Dynamische Psychiatrie

Begründet von Günter Ammon

Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse

34. Jahrgang
3.-4. Heft 2001
ISSN 0012–740 X

Dynamic Psychiatry

Heft 188/189

Die Bedeutung der Gruppe für Krankheit und Gesundheit II

Aus dem Inhalt:

Malcom Pines
There is something more –
Some Ways in which Group Analysis heals: Moments of Meeting

Mauricio Knobel
Negative Social Energy as a Result of Group Dynamics in Postmodernism

I. Manor, Shmouel Tyano
Genetics and Intergenerational Transmission

Margit Schmolke
Gesundheitsförderung und Schizophrenie: Die Bedeutung sozialer Ressourcen für den Patienten

»Pinel« Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie GmbH Berlin

Dynamische Psychiatrie / Dynamic Psychiatry

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

34. Jahrgang, 3./4. Heft 2001, Nr. 188/189

Begründet von Günter Ammon,
herausgegeben von Maria Ammon unter Mitarbeit von
F. Antonelli, Rom – L. Bellak, New York – B. Buda, Budapest – I. Burbiel, München – A. Carmi, Haifa – R. Ekstein, Los Angeles – Th. Freeman, Antrim – A. Garma, Buenos Aires – F. Hansen, Oslo – I. Jakab, Pittsburgh – M.M. Kabanow, St. Petersburg – M. Knobel, Campinas – A. Lambertino, Parma – U. Mahlendorf, Santa Barbara – A. Mercurio, Rom – L. Miller de Paiva, Sao Paulo – K. Okonogi, Tokio – M. Orwid, Krakau – J.F. Pawlik, Warschau – V.S. Rotenberg, Tel Aviv – D. Shaskan, Los Angeles – J.B.P. Sinha, Patna – Y. Tokuda, Tokio – H. Volger, Berlin – T. Yamaguchi, Tokio

Inhalt/Contents

Malcom Pines
There is something more – Some Ways in which Group Analysis heals: Moments of Meeting 155

Mauricio Knobel
Negative Social Energy as a Result of Group Dynamics in Postmodernism 167

I. Manor, Shmouel Tyano
Genetics and Intergenerational Transmission 182

Margit Scholke
Gesundheitsförderung und Schizophrenie: Die Bedeutung sozialer Ressourcen für den Patienten 206

Rolf Schmidts, Gerhild Sandermann
Mythen, Erzählungen und Geschichten im großgruppen-dynamischen Prozess einer Klausurtagung – zur Integration von Untergruppen 221

Ulrike Winkelmann, Bettina Weber, Anita Witte
Was heißt Grenze in der Gruppenpsychotherapie? 239

Gertraud Reitz
Gruppendynamische Prozesse in der ambulanten humanstrukturellen Tanztherapie 254

Gabriele von Bülow, Eugen Kiem
Wiedererleben der Primärgruppendynamik in einer analytischen Psychotherapiegruppe – Widerstand und Heilungschance 268

Bernhard Richarz, Sylvelin Römisch
Gruppenprozess und Therapeutenträume – unbewusste Identifikation mit den Leitern in der stationären Gruppenpsychotherapie 280

Aldo Lombardo
Group Dynamics in Institutions 298

Anette Binder, Daniel Hermelink
Vergleich der Therapiekonzepte von Marsha Linehan und Günter Ammon 313

Nachrichten/Ankündigungen 331

There is something more – Some ways in which Group Analysis heals: Moments of Meeting**

Malcom Pines (London)*

The paper deals with the concepts of empathy, coherence and intersubjectivity within the group therapeutic process. Especially the quality of various forms of inter-individual exchange and relatedness is being discussed by the author in this study - the moments of meeting. In his considerations the author refers to the attachment theories of recent infant research. For the author the moments of meeting are moments of healing connection; the process of change occurs in the rhythm of connection, disconnection, pause and reconnection on a new base in a non-linear dynamic system.

In this paper I will be speaking on subjects which have interested me over many years: on empathy, which has become a subject of much discussion and development, on coherence, a term which we find used increasingly in many areas such as theories of child development and group process; intersubjectivity, how we get to know, to feel with and understand one another; eventually, I hope to bring together these topics looking at how our verbal interventions, can affect changes in the mental and emotional experience of others.

Empathy

Forward definition: „The capacity to understand and respond to the unique experience of another", „everyday midn-reading" (*Ciaramiccoli* 2000). It is an indispensable basic contribution to humanising human beings. It is through sharing the perceived experiences of others that we have to capacity to cooperate, in giving and receiving help to and from others. We now know that a sort of empathy, „cognitive empathy", can be recognised in primate groups who recognise the distress of others of their kind and who will support and help them in their distress, who have developed the potential to replace group violence by group negotiation (*de Waal*, 1996).

Human children react sympathetically to distress in other children very early in life and empathy is identifiable by 7-10 years. It is by being able to take the emotional position of the other, through everyday mind-reading, that we are helped to become more tolerant of the feelings and behaviour of others and of ourselves, to be able to put up with each other, to recognise the mote and the beam. Empathy is essential if we are to be able to put up with ourselves and to develop a compassionate rather than a cruel superego. *Bion* said to *James Grotstein*: "You are the most important person you are ever likely to meet; therefore it is of no small importance that you get on

* M.D. D.P.M., Past President of the Int. Association of Group Psychoanalysis, Psychoanalytic trainer at the Institute of Psychanalysis London; Editor of "Group Analysis"

** Paper presented in modified form at the 13th Worldcongress of WADP, Munich, 13-17 March, 2001

get on well with this most important person". That is indeed a compassionate statement. *Bion* never refers to empathy, choosing to speak of concern, compassion, love and truth. Truth without love and compassion is the domain of the tyrannical super-ego; in society it is pitiless justice without mercy leading to slave labour, exile, guillotine, electric chair, the gas chamber. Within us it is the unrelenting memory of the sins that we humans all commit.

Empathy weaves a web of connection that supports and contains us: gratitude is our response to the realisation that, as *Norbert Elias* so cogently pointed out, we live our lives in chains of interdependency, figurations as he called them, that we need each other if we are to survive physically, mentally and affectively.

In our group-analytic groups we witness and share in the struggle to create and sustain social systems which will undo and hopefully repair hurtful human experiences, no more so than for those who have experienced the extremes of trauma, whether as children or adults. Slowly, group experiences reveal the fears and doubts that are part of us all, doubts that we will find goodness in ourselves or in others. In our groups we can uncover bad faith, deceptions, manipulations. We can learn to recognise false, manipulative, "functional" empathy which can be used to gain advantage over others, not to create reciprocity or to deepen relationships. Would you buy a second-hand car from "tricky Dicky"? We learn the distinction between "authentic" and "functional" empathy. Functional empathy as used by sales people or fraudsters, combines near simultaneous command and seduction to which we are all more or less vulnerable.

Empathy is a learned capacity that leads to compassion and is a driving force in altruism. In empathy we centre on the other and through this other-centred perspective we recognise and learn the subtleties of emotional and mental life, a life which is not our own. Then by being in the position of the other and taking the perspective of the other and combining this with our own self-knowledge, a creative mixture is formed based on intersubjectivity *(G.H. Mead).*

In the presence of sympathy we can share the fear, grief, joy of others and suffer with them, but the other remains basically separate (*Wispe* 1986). Though we recognise common experiences, we are not entering deeply into the experience ot the other, who remains, separate; we are outside the domain of inter-subjectivity.

The strength of empathy arises from commitment to truthful self-knowledge and truthful understanding of others. Through this search for truth we may protect ourselves from both self-deception and from deception by others.

Truly, group-analytic psychotherapy gives to us, and to our patients, opportunities to see ourselves more clearly, to understand others more accurately, to communicate our perseptions in sensitive and tactful ways: tact consists in knowing just how far to go too far".

Tact, sympathy, empathy, reciprocity are not qualities already present in many of our subjects, but over time they can develop and be appreciated. Often I have been impressed and humbled by witnessing empathic tact, concern and understanding at times displayed in the most unexpected ways and from unespected quarters.

Intersubjectivty

The subject of empathy leads to „attunement", a concept brought to prominence by the researches of *Daniel Stern, Beebe, Lachman, Emde, Condon, Sandler, Trevarthen* and others. In infancy attunements come from caregivers' mirroring, responding to the needs of the infants in ways that lead to the infant being understood and satisfied; there is another 'out there' who understandss me and who tunes in to my physiology and emotions. The psychoanalyst *Hans Loewald* (1960) likened the processs of psychological developments in infancy to the dynamics of a psychic field. At one pole there is the caregiver, the more developed and differentiated, thereby able to understand and to respond the needs of the infant; at the other pole is the undifferentiated and as yet undeveloped infant. Through their transactions a tension gradient is set up with the participants sharing a field, growing more alike; the adult can, indeed has to become more child-like, the child grows towards being more like the other who is leading the child on to develop its capacities and potentialities. This is a process that we call internalisation and it is a mutual process, each internalising models of their interaction. *Bowlby* called this internal working models, *Stern* as reactions that have been generalised.

These early ways of being with and interacting with the other lay down what is nowadays termed „procedural" memories, memories of how things happen, how things are done, differentiated from semantic memory, verbal, how to name and to describe what happens. We do not forget how to swim, to ride bicycles, though we all know that we can forget names. When the procedural memory is of how things have been done and are done in relationships, this is now called „implicit relational knowing" (*Stern* et al 1998). These ways of knowing are co-constructed, mutually established ways of being with another, mutually constructed regulatory patterns. Knowing how much is too much, too little, or just right Goldilocks and the Three Bears tells us.

To my mind this approach is more truthful to the process of human life than what has been the prevailing model of object relations theory. This is a subject that *Foulkes* wrote about in a short paper „Concerning criticism of inner-object theory" (1975). He hat re-read *Fairbairn* and other outhors, but died before having done more than indicating some preliminary thoughts which his wife Elizabeth edited, but they were not revised.

He wrote: „Human relationships are essentially relations between whole persons, between individuals whose relationship forms a new whole, a new

system". He writes of interwoven relationships which become new and greater entities, how we develop in a multipersonal field. He writes of introjection, which was the subject of his major psychoanalytic paper (1937), how human beings create polarisations between the absolutely pure, absolutely loved, on the one hand, the absolutely hated, dangerous forces on the other. Only when projected, do we become conscious of these images, hence the belief in devils and gods, angels and evil spirits. *Foulkes* does not believe that we should base psychological theories on these phenomena, which correspond to beliefs in exorcism and penitence. Regrettably *Foulkes* does not elaborate his ideas of how our internal worlds, develop, though you he asked us how can be differentiate between internal and external, as so much of the external is within us, and so much of what is within us we find outside of ourselves.

The model of co-constructed regulatory patterns is more of an open systems theory approach, which allows for change, updating internal schemas through experiences with and between others.

These patterns of relationship, it will be asserted, will be lived out in the transference and counter-transference, in individual and group psychotherapy. There is some truth in this, but nowadays, what is asserted is that what can become consciously articulated will only be a small part of the totality of the patients' and therapists' implicit operating procedures. The fact that they are not accessible to consioucness goes some way towards explaining the „non-specific" aspects of psychotherapy, the healing processes that occur with the many different forms of psychotherapy on offer.

Now, I return to the subject of empathy in the light of this newer knowledge of the dialogical interrelated process of development, maintenance and change. Is there a case for proposing systems of mutal empathy? Indeed, this case has been put forward in the writings of feminist psychoanalysts at Stone Centre, Wellsley Bollege, Boston. In the book „The Healing Connnection" *J.B Miller* makes an impressive case for focussing on connections and disconnections as the fundamental dialogical dynamic process of human life, as essential forms of activity. Mutual empathy is decribed as „the great unsung human gift", our inborn capacity for mutual empowerment, which promotes flow, change, progression through which we enlarge our own thoughts and feelings together with those of others, through being-with-others. This dialogical model was laid out by *Loewald,* as I have already mentioned, by the social psychologists *Cooley, Mead,* above all by the Russian psychologist *Vigotsky,* for whom the psychological fact is always preceded by the social fact.

Two phrases from literature come to mind as I write which I believe illustrate these processes: *Robert Frost,* the American poet, writes of „moving freely in harness": the harness is the framework which is co-constructed through patterns of mutual regulation. The other is *Heinz Kohut's* quotation from *Eugene O'Neill:* „Everywhere man is born broken. The Grace of God is glue". The glue of connection.

Foulkes emphasised the importance of the process of communication as the fundamental change engine of group analysis. We use interpretation only when analysis has failed, meaning that the members of the group are constantly in the situation of trying to understand each other analytically, a process which the therapist can help, but which should not be the prime aim of the therapist, to change what is happening through interpretations.

Miller proposes that there are five components to mutual empathy:

1. Zest. A sense of energy, liveliness, going with the others's experience, coming from a sense of connection.
2. Action. Acting together in moments of immediate exchange which go beyond the immediate situation.
3. Knowledge. Coming to know more about feelings, emotional intelligence: appreciation, sadness, concern.
4. Sence of worth, that one is worthy of attention and recognition: legitimation.
5. Greater sense of connection and desire for more connection, valuing others, caring for others and growing value in oneself through the connection.

Mutual empathy is a shared activity which like „implicit relational knowing" allows openness to change for new things to happen. How new things happen is at the heart of the psychotherapy enterprise and I shall soon return to this.

Connection and disconnection are intertwined. Disconnection occur when a relationship is neither mutually empathic nor mutually empowering. There is much evidence that it is the process of disconnection and reconnection that is a major force for change in psychotherapy, as has been proposed by *Kohutian* self-psychologists. However, in the writings of *Miller* and her colleagues „connection has replaced self as a core concept or focus of creative energy of development". Connection and disconnection are dynamic processes which can be a more fruitful model than focussing on that intangible concept, the self. The basic unit is the „we", the „us", the „nos", as *Ormay* has proposed.

The Russian writer *Mikhail Bakhtin* wrote that we gain ourselves from others, that we carry responsibility both to ourselves, and to the social situation for how we deal with it. *Miller* and her colleagues assert that relationships need authenticity, truthfulness and risktalking; that we need others who can resonate and respond to us, thereby we come to know more about our own feelings. This begins to touch on the subject of mirroring and coherence, which that I shall turn to later.

Disconnection is also an essential human need. *Winnecott's* pause, *Stern's* open space, describe how human beings need both time and space to digest experience and to grow on one's own. We have needs for both connection and for solitude, for relating to the non-human environment as well as to other humans.

In the open space there is a certain disengagement born of confidence in

the availability of the other: parting and meeting, now me, pause, now you, pause, as *Rita Leal* wrote many years ago (1983).

Meeting again, after the pause, allows both participants to restructure their implicit relational systems through their experience with each other, as both *Loewald* and *Vigotsky* have described. *Winnicott* stressed that it is in the interval of disengagement that the child feels safe enough to find its own spontaneous gestures; through the process of senstive attunement we can find ways to respond to those gestures.

Moments of meeting

I have just described a „moment of meeting" between infant and caregiver. This concept „moment of meeting" is a significant new topic (*Stern* et al 1998), clearly relevant to the psychotherapeutic encounter. Between infant and mother they signal openings to new developments within the framework of the relationship. The partners are mutually empathic, mutually empowered, mutually renewed. The sequence is connection, engagement, disengagement, open space, re-engagement. We bear this in mind in our therapeutic encounters, whether in dyadic or group situations. The group conductor as participant observer is in a position to see these sequences in partial or more complete forms.

Now to coherence. I have written about coherence (1998) as being qualitatively different to cohesion, the more familiar term in group therapy. I see it as a psychic process that involves responsive understandings, work done by the higher mental functions. In groups this represents work group mentality as contrasted with basic assumption mentality. I shall now give some examples of how this term appears in recent usage.

„The transition to a more inclusive and hence coherent mutual regulatory system hinges on „moment of meeting between parent and child". „Moments of meeting open the way to elaboration of a more complex and coherent way of being together, with associated change in how relational possibilities are represented in each participant's implicit relational knowing".

„A present moment is a unit of dialogic exchange that is relatively coherent in content, homogeneous in feeling and oriented in the same direction towards a goal" (*Stern* 1998, p. 910).

We can turn back to *Eric Erikson* (1950) who, wrote of basic trust as arising out of „the experience of the caretaking person as a coherent being, who reciprocates one's physical and emotional needs and therefore deserves to be endowed with trust, and whose face is recognised as it recognises".

Coherence is a term used by attachment researchers in relation to adult attachment representations. They follow the philosopher *Grice* according to whom coherence in communication is achieved by adhering to maxims governing quantity, quality, relation and manner, that is, being truhtful, clear, relevant, succinct, yet complete (*Lyons-Ruth*, 1999). Thus coherent dialogue is truthful and elaborative. Again we hear truthfelness put forward

as a vital constituent of collaborative human dialogue. We can recognise truth and falsehood, know the mental effort that has to be put into achieving and maintaining truthfulness. It was *Bion* who propounded that the mind grows upon truth and withers through lies.

Coherency is a quality in complexity theory that is part of the sequence of self-organisation leading to increased complexity emerging into coherency which then allows for new emergent possibilities. Reciprocal exchanges create dyadic states of organisation which are more complex, more coherent than each partner's state alone. It is a process in which each gains greater complexity and coherency.

Finally, to „something more". We can now approach the intriguing question of what makes for a mutative moment in psychotherapy. Is it the correct interpretation, the mutative interpretation in the here and now of the transference. Is it the corrective emotional experience? (*Pines,* 1999). This remains an open question. Perhaps we can take these concepts of moments of meeting, open spaces, engagement, pause, re-engagement and consider what role these may play in the process of psychic change. Nowadays we recognise that moments of change (*Stern* et al) change not only the patient, but change something in both patient and therapist or in group members. A number of factors are involved: hightened affectivity, an authentic encounter, „something more" than the verbal statements. The semantic process is underpinned by the procedural process. We know that when people are asked what they remember of the significant moments in their therapy, more often than not there are such moments of meeting, when something other than words are exchanged. It is more the way something is done than what was done. Self-psychologists write of this as the therapist's recognition that there has been a failure of empathic understanding and recognition which, when acknowledged, can be recognised and repaired.

„Something more than interpretation". This is the sub-title of an important paper „None-interpretative mechanismus in psychoanalytic therapy" by the process of change study group headed by *Daniel Stern* (*Stern* et al 1998).

The opening sentence is „it is by now generally accepted that something more than interpretation is necessary to bring about therapeutic change". They differentiate two mutative phenomena: the interpretation and the „moment of meeting". These are complementary events, but there is still „something more". You will recall that we have already spoken about implicit relational knowing which is in a different domain to explicit semantic declarative knowledge. Implicit relational knowing occurs through „interactional, intersubjective processes" that alter the relational field within the context of what is called the „shared implicit relationship". Group analysts will regard this as something which we already know about through the communicative and relational aspects of our work.

The authors take up mutual state regulation as a joint activity, processes which involve attunement, apprehension, recognition which will „among

other factors, determine the nature and degree of coherence of the infant's experience". Adaptation in the sense of making a good fit is important. Regulation arises out of mutual efforts, constant struggling, negotiating, missing and repairing, mid-course correcting, scaffolding, processes which we are familiar with in the group setting where there is an intersubjective process in our mutual recognition, mutual empathy and mutual empowerment.

The model that applies best to these processes of moving along and moments of meeting, is that of non-linear dynamic systems which produce emergent properties. The „open space" represents to new possibilities, an opening to new levels of intersubjectivity.

Mowing along consists of a sequence of now moments, arriving at Kairos moment, the propitious moment, from which change can emerge. The term now moment is taken from the neurophysiologist *Walter Freeman*'s fascinating book „Society of brains", where he shows that the brain is essentially a social communicative organ reaching out for recognition and response of the other. This sits squarely in the framework of *Goldstein* and *Foulkes.*

In these moments of meeting (which I also call 'moments of meaning'), the Kairos moment, both partners in the enterprise recognise that something new and important is occuring that needs to be caught on the wind before it vanishes, these rather rare moments of absorption in the experience, the moment that leaves its mark.

In *Stern's* paper there is an example, the patient who in an analytic session asks „Do you love me?". This brought to my mind an experience in the first session of an analytic group when an elderly, austere, celibate priest rose from his chair and said that he wanted someone to hug him. After a difficult, tense pause, a woman responded. She said „I don't know you, but I will give you the hug that you are asking for, but after that we need to explore what it is you have been wanting and why". Indeed, a now moment. I am sure that you will all recall many such moments.

The authors warn us that it is important not to offer interpretations which are only explanations: the therapist has to do something more than the strict interpretation, for that alone will not create a new intersubjective context. What we do to recognise and celebrate such moments are not textbook interpretations; remember *Winnicott*'s dictum that towards the end of his life he recognized that what was important in the therapeutic encounter was to „give back" to the patient what they had brought to him. I am sure by that he meant to give back something more, which does not come about through clever interpretations.

These moments of meeting are moments of healing connection; the rhythm of connection, disconnection, pause, reconnection; connection, pause for thought and feeling, reconnecting on a new basis. We are familiar with these processes in group annalysis. *Foulkes* foresaw these developments with his emphasis on mirroring, resonance, the

primacy of communication over interpretation, the mutual processes of introjection and projection, internalisation of experience in relationships, the group as matrix of the individual's mental life. *Foulkes* wrote of the role and function of the therapist as „a perceptive and creative act, like a conductor's interpretation of the work of a composer". He wrote that the therapist is akin to the poet, who finds a way to recognise and express deeper meanings, as does the poet who expresses motifs of society. It is rewarding to see how the ideas that he sketched out, party intuitively, partly from experinece, are being amplified and deepened by current thinking within psychoanalytic development psychology and the clinical situation.

Es gibt da noch mehr

Malcolm Pines (London)

Der Text befasst sich mit den Konzepten der Empathie, der Kohärenz und der Intersubjektivität im Prozess der Psychoanalytischen Gruppentherapie und ihrer Möglichkeit der Einflussnahme auf Veränderungspotentiale im Menschen.

Empathie

Der Autor definiert Empathie nach *Ciaramiccoli* als die Fähigkeit dem einzigartigen Erleben eines anderen Menschen zu begegnen und es zu verstehen. Damit ist die Empathie ein unentbehrlicher und grundlegender Beitrag zur Humanisierung des Menschen. Nach Meinung des Autors wird in einer Gesellschaft ohne Liebe und Mitgefühl die Wahrheit eine Domäne eines tyrannischen Über-Ich, was zum Zustand erbarmungsloser Gerechtigkeit führt. Empathie dagegen hilft ein tragendes Netz zu bilden, basierend auf dem Wissen einander zu brauchen um physisch, geistig und gefühlsmäßig überleben zu können. In Gruppentherapien können verletzende Erlebnisse eine Wiedergutmachung erfahren. Auch falsche Erwartungen, Täuschungen und Manipulationen können in Gruppen sichtbar werden. Falsche „funktionale" Empathie kann von echter „authentischer" Empathie unterschieden werden, wodurch Beziehungen aufgebaut und vertieft werden können. Die Eigenschaft der Empathie erlaubt es Furcht, Trauer und Freude mit anderen zu teilen und sich dennoch getrennt von anderen erleben zu können.

Intersubjektivität

Das Thema der Empathie führt zum Konzept des sich aufeinander Einspielens (attunement), das in der Säuglingsforschung durch *Stern, Bebe*

u.a. eine Würdigung erfahren hat. „Attunement" beinhaltet die feinfühlige Entgegnung frühkindlicher körperlicher und seelischer Bedürfnisse durch die Bezugspersonen. Es kommt dabei zu einer Angleichung zwischen Kind und Erwachsenem. Dieser gegenseitige Prozess wird Internalisierung genannt. Diese frühen Formen des miteinander Seins und Wirkens begründen das, was man den Inhalt des prozeduralen Gedächtnisses (procedural memory) nennt. Im Gegensatz zum semantischen Gedächtnis, das man auch Wissensgedächtnis nennt und in dem gespeichert ist, was geschehen ist, bestehen Erinnerungen des prozeduralen Gedächtnisses daraus, wie Dinge geschehen sind. *Stern* et al. nennt diese Art der Erinnerung heute „implicit relational knowing" (implizites Beziehungswissen). Dem Autor zufolge entspricht dieser theoretische Zugang dem Prozeß der menschlichen Entwicklung mehr, als das vorausgegangene Modell der Objektbeziehungstheorie, was Foulkes zum Thema seiner Arbeit „Concerning critisism of inner object theory" (1975) machte. Das Modell eines gemeinsam entworfenen Regulationsmusters entspricht nach Meinung des Autors einer offenen Systemtheorie, welche Veränderungen und das Aktualisieren mit und zwischen anderen erlaubt. Die Bedeutung des Kommunikationsprozesses wird als „grundlegende verändernde Kraft" (Foulkes) in der Gruppenanalyse hervorgehoben. Der Autor ist der Auffassung, dass im Kommunikationsprozess neben der empathischen Verbundenheit (connection), die Unverbundenheit (disconnection) als wichtiges menschliches Bedürfnis eine wesentliche Rolle spielt, d.h. Raum und Zeit zu haben für die eigene Entwicklung.

Momente der Begegnung

Für den Autor ist dieses verhältnismäßig neue Konzept (*Stern* et al. 1998) von großer Relevanz für die Begegnung in der therapeutischen Beziehung. Gemäß dem Autor signalisieren die Momente der Begegnung zwischen Mutter und Kind eine Öffnung hin zu neuen Entwicklungen in der Beziehung. In gegenseitiger Empathie, Stärkung und Erneuerung ist dies eine Sequenz von Kontakt, aufeinander bezogen sein, Trennung, offenem Raum und erneutem Kontakt. Dies gilt sowohl für die therapeutische Begegnung in der dyadischen Situation, als auch für die Gruppentherapie.

Bezüglich der Kohärenz macht der Autor eine qualitative Unterscheidung zur Kohäsion, die im Bereich der Gruppentherapie ein vertrauter Begriff geworden ist. Er betrachtet die Kohärenz als einen psychischen Prozess, der ein gegenseitiges Verstehen beinhaltet, welches in Gruppen seine Entsprechung in ihrer Arbeitsmentalität findet. Kohärenz in der Kommunikation wird durch Maxime wie Quantität, Qualität, Bezogenheit und die Art und Weise wie kommuniziert wird erreicht. Für den Autor ist der kohärente Dialog wahrheitsgetreu und ausführlich. Die Wahrheit ist hierbei ein essentieller Bestandteil von gemeinschaftlicher menschlicher Kommunikation.

Schließlich geht der Autor der Frage nach, was das verbindende Element in der Psychotherapie ist. Ob die genaue Interpretation im Hier und Jetzt der Übertragung oder die wiedergutmachende, korrigierende, gefühlsmäßige Erfahrung. Eine Frage die für den Autor offen bleibt. Der Autor schlägt vor, sich dem Konzept der Begegnung, der Zwischenräume, des Engagements, der Pausen und des erneuten Engagements zuzuwenden und zu untersuchen, welche Rolle dieses Konzept im Prozess der psychischen Veränderungen spielt. So stellt der Autor fest, dass Patienten befragt, nach dem bedeutungsvollsten Ereignis in ihrer Therapie, den Momenten der Begegnung weit mehr Beachtung schenkten, als den Wortwechseln untereinander. Die Art und Weise wie etwas gemacht wurde ist bedeutender als das was gemacht wurde. Die Folgerung ist, dass das prozedurale Gedächtnis in solchen Prozessen bedeutungsvoller ist, als das semantische Gedächtnis. Um eine therapeutische Veränderung zu erzielen, bedarf es daher „etwas mehr" als der Fähigkeit, den Patienten genau zu interpretieren. Die „Momente der Begegnung" sind für den Autor die heilenden Prozesse im Rhythmus von Verbindung, Nichtverbindung, Pause und schließlich dem Wiederherstellen der Beziehung auf neuer Basis. Der Autor begreift diese regulierenden Prozesse, die sich im „implicit relational knowing" (implizites Beziehungswissen) niederschlagen, als die „Freiräume", die eine Öffnung zu neuen Ebenen der Intersubjektivität ermöglichen.

Literatur

Ciaramiccoli, A. (2000): The power of empathy. London. J. Piatkus.
Divedi, K.M. ed. Group work in childhood and adolescence. London, Jessica Kingsley Publ.
Erikson, E. (1990): Childhood and Society. (Rev,. ed. 1963). New York. Norton
Fonagy, P. (1998): Introduction to papers on theories of psychic change. Infant Mental Health Journal, 19.3.346. Attachment research and psychoanalysis: 1. Theoretical considerations. Psychoanalytic Inquiry (1999)
Foulkes, S.H. (1975). Concerning criticism of inner-object theory. In: Selected Papers. London Karnac books. (1990)
– (1974): My philosophy in psychotherapy. In: Selected Papers. London. Karnac Books. (1990)
Freeman, W. (1994): Societies of brains. Hillsdale, N.J.: Erlbaum
Loewald, H. On the therapeutic action of psychoanalysis. Int. J. Psychoanalysis. (41) 16-33.
Lyons-Ruth, K. (1999): The two-person unconscious: Intersubjective dialogue, enactive relational representation and the emergence of new forms of related organisation. Psychoanalytic Inquiry. 19.4.576
Miller, J.B. (1997): The Healing Connection. Boston Beacon Press.
Stern, F. et al. (1998): Non-interpretative mechanisms in psychoanalytic therapy: the 'something more' than interpretation. Int. J. Psychoanalysis. 79.903.
Pines, M. (1985). Mirroring and child developement. Psychoanalytic Inquiry, 5,2,211 (Also published in Circular Reflections) (1998), London, Jessica Kingsley Publications.
– (1998): What should a psychotherapist know, in: Circular Reflections (1998), London, Jessica Kingsley Publikations.
– (1998): Coherency and disruption in the sense of self. In: Circular Reflections. London. Jessica Kingsley Publications.
de Waal, F. (1996): Good Natured. The origins of right and wrong in humans and other animals. Cambridge.Harvard University Press.
Wispe, L. (1986). The distinction between Sympathy and Empathy: to call forth a concept, a word is needed. J. Personality and Social Psychology. 50.2.314-21.

Adress of the author:

M.D. Malcolm Pines
5 Carisbrooke Court,
65 Weymouth Street
London W1N 3FD
Great Britain

Negative Social Energy as a Result of Group Dynamics in Postmodernism**

Mauricio Knobel (Berlin)*

Based on Ammon's therory of group dynamics we found that in this era known as „post-modernism", many very problematic situations can be easily detected. Experience with adolescents groups, both in institutions and in our clinical practice, prisoners groups, marginal population groups, some underpaid, other homeless or unemployed groups show how the so called „postmodernism" (which is hereby outlined) organizes itself and create a new society, without positive values, criminal mentality and disregard for law and appreciation of corrup-ion and sexual confusion. Thereby, from these very groups stems a strong negative social energy, which, when realized and understood, can help to create new strategies for handling those groups, and following the teachings and experiences of dynamic psychiatry and therapy, help them to a gradually create a way towards a positive social energy.

Society as a human structure follows its own laws, regulations, modalities of human behaviour in a permanent dynamic movement and with variations according to traditions, geographical localization, ethnicity, religiousness, economic structures and political - ideological predominance.

All of those elements are, obviously, very variable and thus, it becomes an oversimplification to speak of "society" in a general manner both, from a sociological point of view as well as from a psychological-psychiatric focus. Within this consideration we must think that we really should make clear what we consider "societies", and, when referring to this item of human life, it becomes necessary to make clear of what particular "society" are we speaking about.

This presentation will be concerned with our so-called "occidental society" with all its local and circumstantial modifications, but with a basic common consistency and its inner temporality, which shows enormous modifications, that allows some scientists to consider"primitive", "medieval", "liberal", "modern", "postmodern" and so on societies, many times quite well localized in different historical periods. This idea can certainly be questioned, since we see nowadays superposition and mixing of apparently clear cut situations and many times confusing patterns of living within our own time and geographical position.

It is not easy to find concepts that could be applied to this vast variability of items as hereby sketched. Nevertheless I do think that within the great amount of theories, proposals, ideas and different ways of thinking„ it is not only possible, but really necessary, to get together within an ample and abarcative line of thought, with a solid theoretical base, and a practical

* Professor „Emeritus", State university of Campinas (UNICAMP), Campinas, São Paulo, Brazil, – Professor of Clinical Psychiatry

** Lecture given at the 13th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry WADP / XXVIth International Symposium of the German Academy of Psychoanalysis (DAP) e.V., at the Ludwig-Maximilians-University Munich, March 13–17, 2001

purpose for mankind, in these troublesome moments we are trying to live through. I do sincerely consider that our great colleague and teacher, *Günter Ammon,* has given us this strong, solid, consistent theoretical and pragmatic foundation for being able to achieve these purposes.

Ammon was very creative when proposing, within psychoanalytic basis, a new"dynamic personality structure", with basic Ego-structures and Ego-functions and relating human development to the oedipal situation and the symbiotic constellation. (*Ammon* 1991). We must very seriously take into account that "...we originate from human potentialities which need for their realization the narcissistic supply of the surrounding group. The still unformed potential is shaped to an individual identity structure by the surrounding group; this involves the realization of the spiritual and creative existence of man, being interested - in the sense of constructive aggression - in confrontation, friendship and help towards the people around him". (*Ammon* 1979).

"The development of constructive aggression can only be understood within the framework of the early mother-child symbiosis. If mother, father and primary group - being for their part dependent on surrounding group and society - face the child's development of personality and its playful apprehension of reality with hostility or indiffence, then essential parts of the infantile personality will remain unstructured, with the destructive aggression corresponding to the undeveloped deficitary ego-parts on the structural level. We distinguish between constructive and destructive aggression; the deficitary aggression being a special form of destructive aggression, that means that the hostility and neglection on the part of the primary group has been so strong that the destructive aggression is turned against the own Ego and is expressed in self-destruction - as in the psychosomatic reaction - or in a complete reflex of behaving like dead, as in depression. Thus underdeveloped ego-functions are the expression of the excessive hostility of the surrounding group. This is said in demarcation to other theories understanding non-development as an expression of a stagnation in development. This makes clear again, that from our standpoint of developmental psychology designed potential and social energy necessary to life correspond with each other and are complementary (*Ammon* 1979).

Following this line of thinking, I pointed out, in a paper dealing with anxiety and aggression in adolescents, that "the passage from signal-anxiety to panic, depends on the interaction of internal external world. Biologically endowed for defend ourselves from real or fantasied aggressions, anxiety stems from primary repression. Thus, if primary infantile experiences are excessively traumatic the Ego will be feeble from the beginning of its structuring and bound to seek apparently adequate defenses according to such circumstances and future aggressions. The fight between the pleasure principle and the reality principle, which can be only frustrating may turn out brutal and destructively aggressive, and we can see, just from infancy, the

development of behavior distorted by anxiety, afterwards by pathological anxiety and finally by true panic crises'' (*Knobel* 1997)

Ammon proposes the concept of "social energy", which stems from the dynamics of ego-structures and ego-functions, but not as isolated and only inner components of our psychism, but as a true outcome of dynamic interaction between inner and outer world. It is important now, to quote again *Ammon* in this instance: "Looking at the formation and the development of the theory of Dynamic Psychiatry, it is apparent that the notion of social energy has been developed by me as a consistent conclusion from my concept of narcissism. Social energy is to be seen in connection with reciprocal interhuman relations, who bring about change and growth in all people involved. Social energy is the strength and the power which human beings can give to each other and which manifests itself in all spheres of the ego structure. Social energy can be constructive, destructive or deficient depending on the group dynamic context, in which the human contact takes place. This is the most recent stage of our theoretical thinking. Social energy is determined by the group dynamic context in which human beings confront each other and approve of each other; l have coined the phrase "social energetic field" in order to characterize this group dynamic context. This social energetic field can be characterized by constructive, destructive or deficient dynamics, and it will always have elements of all these dynamics, if to a varying expend" (*Ammon* 1983) .

The human being can only be considered as such if recognized (seen and named) by another human being. The encounter of humans in the form of meaningful groups shapes personality, identity, belongings, language, communication and all kind of feelings and sensations. It is in this sense that I consider that, in order to understand how we are and how we behave, that it is necessary to have a glance at our milieu or our so called family and political-economic society.

We are becoming more and more familiar with concepts such as modernism and postmodernism, eventhough there are not clear cut definitions of such sociological stages with which apparently we are living together or within them. For some scholars modernism was a form to consolidate the bourgeois society, with its moral principles, capitalism as the center of individual and family, repression of sexuality, the structuring of a strong patriarchal family and the beginning of consciousness of the human being as an individual in its totality . For the brazilian sociologist *Duarte*, the industrial revolution – perhaps one of the great pillars of "modernism" – must be tied-up with "illusionism" as the separating point with the conceptions of the middle age (*Duarte Jr.*, 1997).

Individualistic democracies that were starting idealized moral obligations, the seriousness of the rights of man and citizen, imposing severe, repressive, and disciplinary norms in regard to private life. Family and Homeland were objects of unconditional duties. Sexual relationships became an obligation and not a source of pleasure and/or friendship. At the

same time the Church and the Military structures had a very strong influence in opinions and behaviors (a phenomenon still present nowadays). There was a systematic disciplinarian normalization of mass conducts and a clean, strict, unquestionable family arrangements, where a cult for the ancestors was in many ways, tremendously normative, and in psychoanalytic terms, really castrating.

With growing of capitalism, families turned their aims to the future, and changes become to occur. Parental authority diminished, traditions became less important and families started to think more in their offspring's, with hopes they will be able to improve their socio-economic conditions. Emerging was a must, at all costs.

But this is just one point of view. *Lipovetsky* wrote that modernism is not only a rebellion against oneself, but at the same time a revolution against all norms and values of the bourgeois society, and he states that the so called "cultural revolution" starts at the XIXth century. Of course this is not *Mao*'s thinking, neither other sociologists who consider modernism as a XXst century flash, going from 1914 to 1930, which narrows very much this concept. Going back to *Lipovetsky*, he thinks in the truly revolutionary concept that modernism represents the exaltation of the ego, authenticity and pleasure, which was not acceptable by the bourgeoisie (*Lipovetsky* 1998).

Lyotard considers that "modernity" is nothing more than a fable, and that what was left from the past, could really be considered what is being called "postmodernism ". He recommends the study of language as a model of structuring behavior. According to this sociologist, realism accepts and even demands the presence of the imaginary, which could be considered the very first stages of reality. He considers that science and technique do not fabulate less, neither are they less poetic than literature, painting or cinema. The only difference between each other would be the demand of verification/falsification of the proposed hypothesis. But, he points out that a fable is a hypothesis that escapes from this exigency. The fable this author refers to (our imagination, our action and our thinking) is what he considers to be postmodernism (*Lyotard* 1996).

I purposefully quoted these scholars in order to show, how complex could be the understanding of our way of living, which we, therapists, try to apparently simplify, and how cautious we should be with oversimplifications of our theories and our practice.

But we still have – and probably will have more – some more new conceptions of the milieu we live in. A french cultural theorist, *Paul Virilio,* already considers that our times have the sign of "speed", and coined the idea of "dromology", apparently the science of speed. He declares that the logic of acceleration lies at the heart of the organization and transformation of the modern world, and proposes an hypermodern cultural theory (*Virilio* 1994). Thus, following these ideas, *Armitage* suggest that we must consider our present social situation as being " beyond postmodernism " where the

materialistic conception of history is replaced by a military concept. The growth of modern cities, and society as a whole, follows a "war model", apparently proved by the Persian Gulf and Kosovos wars, rapidly organized by the "chronopolitics", predominant nowadays (*Armitage* 2000). Will the exceedingly rapid increase of neonazi followers perhaps support this somewhat strange cultural - historical - philosophical theory?

I do think that this socio-philosophycal terminology serves to demonstrate the lack of structuring concepts of human psychism and facilitates a reaccomodation of ideas and modalities of living, which could become not necessary if we would follow *Ammon*'s ideas, already outlined in this presentation. Modernism, postmodernism and hypermodernism, as continuism and antagonic sequence reveal the confusional mental state we are witnessing and living in, which demands more comprehension and many clarifying concepts. This confusional level of tying to understand our world and our way of living is really very anguishing, and when pretending to overcome this anxiety we see the appearance of the terms mentioned above. It looks that if we could put this theme in a sort of systematization (which is totally imaginary), we would be able to free ourselves from this confusion and its consequent anxiety. It is possible to observe that this is not true and that it is necessary to recognize - and not deny - what we are. Perhaps it is useful to remind the Spanish philosopher *Ortega y Gasset* who coined the saying "I am I and my circumstances", even when as today, our circumstances can be terrifying. I do believe that they are more anguishing because we really live together and simultaneously in the so called "industrial revolution", a bourgeois concept of a well organized family but with a questionable patriarchal still allied to masculine social predominance (machismo) – which differentiate sexes and ages - imposing an orderly way of living in one side and all the questionable positions against this kind of order and living style on the other side. All of it with progressive acceptance of contradictory changes, like human rights in general, women's rights specially, and the search - some times revolutionary - for free opportunities to work, free considerations of sexual behavior, restructuring of the family or what remains from it, even with the still presence of forms and prejudices of the more archaic bourgeoserie with traits of middle-aged ideas.

It is already possible to state, with what was hereby pointed out, that our environment now-a-days, creates all what is necessary to live within deficient and destructive social energy as well as deficient and destructive ego-functions, specially in the central and secondary ego-structures, which brings about truly negative social energy, the matrix of psychic illness, criminality, aggressiveness and many kinds of distorted behaviors, as a result of very complicated and in a certain way, malignant group dvnamics which should be understood in order to set up possible treatments.

But I do consider that it is still necessary to point out some more clear cut characteristic of today's way of living, consequence of today's way of

thinking, product of distorted (or just new or different) ego-structures and ego-functions with the unavoidable concomitant groups behavior.

I shall try to present a sketch of our actual society and its contradictory expressions in the areas of family, society, politics, economics, biology and individual present characteristics, as seen by many sociologists, social psychologists, economists psychologists, psychiatrists and scientists from different fields.

In regard to the family it is possible to see that together with the so called traditional family (still unconsciously present in our youth) there is a distructuration of the concept and ways of building up another so called „family", with a kind of freedom marked by marital infidelity. There are strong difficulty in assuming parental roles, sexual identity becomes blurred, generation gaps deepens and economic problems creates conflicts in regard to who sustain this kind of family (with mutual constant recriminations) and separations and divorces are becoming more and more common, specially among marriages of young people There are now many single parents families and many times very "infantile" family, that means, extremely dependent (socially and economically) on the grandparents. The questioning of who is who and who is what is frequent and extremely confusing as well as a source of disrespectful attitudes and real fights.

If we look briefly at the social scene what is more terrifying are the social class differences with a fantastic and extremely variable prejudices. It looks that everybody hates everybody. Racial, religious, economic discrimination creates also selfdiscriminating groups, that are faraway from a dynamic group organization and that are ruled by the phenomenon of projection, which in turn generates more discrimination I referred already to actual social "classifications", but we can also realize that social classes are fundamentally based on economy where the so-called "social powers" are still present and very active. I am referring to the military, clergy, "traditional family names", and supposed (many times still accepted), academic or professional hierarchies.

In considering politics it is necessary to admit that we are living through one of the greater crisis of values - in the more ample sense of the word - since it is not difficult to verify that we are in the mist of failure of ideologies and are unable to propose a substitute to the actual system (I already mentioned modernism, postmodernism, hypermodernism) where a brutal capitalism dictates norms of behavior, and where corruption, violence, arrogance and privileges of all kind are not only tolerated, but also stimulated. When one of the leaders are apparently caught (and not necessarily punished) the justification comes as a saying that is becoming useful and absurdly common: "Well, he is one of the politicians". Totalitarism reappears as a fantasy to end with this falsehood - and we see it coming up, and growing up as a so called neonazism, the old unforgotten maoism, and fanatisms of diverse shape - or being replaced but and extremely dangerous indifference, which comes as a consequence of popular

impotence and the enormous moral frustration experienced by practically all the peoples of the world .

Our economic system is absolutely "perverse". Distribution of wealth is absurd and creates severe social differences among the people, with a small group of powerful persons who become richer and richer constantly, while the majority of the world's population becomes poorer and poorer also constantly. In our country, Brazil, as well as in many other Latin American, Asian and African countries, we do not have only poor people, but we also have human beings living in a miserable condition. Millions of homeless, unemployed and starving men, women and children can be found in our cities begging some help. They are old at thirty or forty years of age, their children are dying from hunger and the consequent diseases having not the least of a possible medical or social assistance. This is another way of considering "social classes" in our postmodern society, that is, rich, very rich, poor and miserable . Of course this is just a reduccionistic way of presenting our economic socioeconomic-environmetal group dynamics which I called as perverse in the worse sense of the word, because it creates a circumstantial conformism with an illusory hope to be able to make a big jump from where they are into the higher levels of living. Stories from the "American way of living" supposedly prove that this is possible. This false illusion is stimulated, and fundamentally sustained, through very well machinated swindles like playing for money, lotteries, bingo, allotments of cars, automobiles, houses and thousands of attractions promising a lot of benefices, which are the ways the capitalistic system uses to repeat the process of having every day more poor and more rich persons. Everything is made with the greatest impunity that turns out institutionalized with the protection of unscrupulous and powerful politicians who are the owners of laws and rules.

We should not neglect the mentioning of the biological component. I am also considering here *Ammon*'s concept of the 'primarily organic structures" of the ego, nowadays object of hopeful research, with the study of genetics, microstructural individual components of personality, with the possible and questionable of cloning the human being as it was done with certain animals. The possibility of the presence of genes causing aggression, violence, love and/or responsibility, an so on, are now a rich field of theories, some of them sustained by experiences and evident facts, which can not be denied. *Ammon* was, in the field of psychoanalysis a pioneer in considering, very seriously the biological, organic, base of behavior. But as he already stated, this can not be considered isolated, because "the three areas (of the ego) are not strictly demarcated but permeable, i.e. there is a synergism of unconscious, conscious, mental and bodily activities, must always be seen in a dynamic context" (*Ammon* 1991).

Within the biological context we must also look at the forms the "traditional" family will shape up. In this imaginary postmodernism I already pointed out, the family shows new structures maintaining the face

of parental living, together, as an offspring (children) minded family group where everything is valid if it is for the wellbeing of their sons or daughters who shall have an exemplary behavior and an absolute health . Of course this sort of behavior may create an attachment to infancy (a sort of persistent symbiotic complex), a difficulty of leaving this developmental phase. On the other side, old people become discarded and molesting, somebody who needs help and who now is not useful, a real hindrance, since his productive phase finished. It does not count what these people did before, and they became a charge for the state and for the family. Retired people, from an economic point of view represent only costs and dispenses. In many countries retirement just do not exist for the poor, in other countries special taxes are created for retirement. It looks like it is a pity that medicine is now able to bring, about more health to the elderly. In a global economy, the world belongs to the younger and productive citizen. It is possible to visualize how totalitarian theories can spring from this conception; the more suitable persons, racially "better", healthier and strong, should run this globalistic approach to human life. Economic opportunism is now perfectly accepted. The primary ego-structure and ego-function is the only valid one and is of paramount importance.

The individual paradigm of our times is so complicated and questionable as all the others already pointed out. We must not forget that "the group forms the individual", and what I mentioned in this paper can explain what kind of individual persons we live together with. Pursuit of pleasure became an aim of life in itself. This is a phenomenon that can be seen practically everywhere and in all social classes. Hedonism at any price is an aspiration of people from many contemporary cultures. That is why the individual subject feels he is entitled to rape, be violent, aggressive, accepting of corruption or any kind of discrimination that can provide an immediate pleasure. Thus, it is understandable that drugs, alcohol, tobacco are not considered harmful, as far as agents of an anxiously desired hedonism (putting here global toxic traffic, institutionalized commercial prostitution and organized crime). Future looses significance, and more or less moralistic and ethic ideologies become despicable trash. The most anguishing part of these studies is that many times there are some valid, sociologically and economically speaking, reasons for thinking and acting in that manner. What can the poor and the miserable classes expect from the future, what can they expect if they do not have any money for gambling with the illusion of making the big jump into the higher classes?

Aggression is also part of individual and group behavior. We recognize that there is a normal aggression, necessary for survival, but what we consider outrageous is how human life is vulgarized. To kill a person becomes a common fact that has a strong hedonistic component, and many times this killing obeys economic, politic, or just social apparent reasons. It is interesting to consider the concept of "thanatism" coined by *Miller de Paiva*, who dedicated a profound and serious study of how death is handled

today (*Miller de Paiva* 1980). I already wrote about the psychotic behavior of drug addiction (*Knobel*, 1992); These kinds of aggressiveness are truly pathological, and the tragedy is that it is becoming more common and not to many people are being surprised with this kind of pathological behavior. Is psychopathology also a sign of postmodernism?

Let me now state that I purposely sketched human behavior in its worse appearance and I know I could be seriously criticized. But let me also say that I tried to portray a picture that is not uncommon, which meets with indifference of many people and the complicity of many governments, and which is gradually increasing in a frightening speed. Can't we learn from history? Hitler was underestimated when he started to propose his so called ideology; the armies of Argentina, Chile, Uruguay and many other countries were considered as the saviors of our homelands and applauded before they started to persecute, torture and kill people; *Sadam Hussein* is still an hero for people who live in misery, also as many others in different parts of the world.

Within the ego structural model, the group is of paramount importance. Our environment is made of groups. When we deal with psychopathology we can not diminish the importance of our real style of living together. That is why I dedicated this presentation to show how sick many of the groups are which constitute society in this postmodernist social stage. Negative social energy is many times the result of the above mentioned characteristics which we should and can not deny. Unfortunately we know of professionals of our field that think that all what here was pointed out is just trivial an unimportant. Psychopharmacology, psychotherapy or counseling will take care of our problems. I can not accept a so-called neutrality of a therapist. For me such neutral attitude is mere complicity and the use of strong denial mechanisms. If we agree with *Ammon*'s structural human theory we know -or should know- that these sick groups, which, I repeat, are somewhat passively accepted, are the source of individual as well as group psychopathology. Recognizing that there are, undoubtedly, many, many, healthy groups, healthy organizations, and humanistic minded persons all over the world, this selection of facts in our postmodern society, can be very helpful in planning therapy.

Brief therapeutic considerations. - within the hereby sketched considerations on our postmodern society, which I was able to present based in my large experience on working with adolescents from different cultures and ethnic groups, both in several kind of institutions and in my own clinical practice, as well as some prisoners' groups, groups of unemployed, of homeless people, of hospital outpatients of the lowest social classes and groups from middle classes and also uperclasses, who gave me not only the feeling of our society, but basically the knowledge of how life is going on today. What I did present can be considered the result of a qualitative research which I consider as valid as some "quantitative" researches, with questionable numerical and statistical results.

Thus, based in group dynamics, I consider the most valid therapeutic tool the experience of the Dynamic Psychiatric Hospital Menterschwaige, in Munich, Germany, (*Burbiel* 1999), with its ethical principles as published by *Maria Ammon, Margit Schmolke* and others. (*Ammon, M.* 1998, 1999), (*Schmolke* 1999), both in outpatient and inpatient group and milieu therapy. (*Schmidts & Dworschak* 1998), *Winkelmann* 1998, *Dworschak* 1998). I consider it necessary to remark this groups ethical attitude which guides the principles of a truly dynamic psychotherapy (*Ammon, M.* 1998, *Schmolke* 1999). As this author pointed out, "Such an ethical attitude would not mean a normative idea of a good life, neither adaptation processes nor the (re) construction of a certain level of functions. An ethical attitude should not stand still at well-intentioned ideas of rehabilitation and reintegration of patients who are working at sheltered workplaces. Rather, the patient's ideas how they would like to live and their subjective needs of identity and development should be considered and supported. However, the patients ideas of a certain way of life may differ fundamentally from those of the therapists, as psychodynamically oriented therapists have referred already to this matter, such as *Frieda Fromm-Reichmann, Harry Stack Sullivan* or *Günter Ammon*" *(Schmolke* 1999).

Group and milieu therapies are more and more accepted as scientific and valid therapeutic instruments, but in not so very few professional institutions, groups or individuals resistance is still great. A Brazilian scholar outlined six barriers which difficult the scientific development of the work with groups: 1) the persistent existence of the paradigm of individuality, through which every other approach is vague and has not precise definitions and scientific possibilities; 2) not enough or sufficient epistemological fundaments, 3) there is a market demand stemming from a positivistic model of science, where working with groups is a merchandise to be consumed and universities or similar institutions are not disposed to invest into this apparent non lucrative adventure; 4) individualism disguised as individuality or social identity with no disposition to give up what is individual property, 5) a pseudo groupalist movement with proliferation of unprepared and untrained persons simulating groupality and who perform nothing more than a "groupalized individualism " with organizations that protect themselves, trying to sell their united, but strongly defended, individualism; 6) the university model stimulating individualism and competition, where no critical positions are accepted and what really counts are the individual prizes, diplomas and positions that can mean more money and lucrative returns (*Christo Alves Neto* 1998).

We are studying and working with our ideas, we follow *Günter Ammon*'s thoughts, theories and clinical experiences, we also accompany and belong to his followers and we know this is not an easy task. We accept ideas from other honest thinkers and clinicians, and we try to do something for the welfare of mankind. I do believe that in order to be able to be successful, today we must understand how strong the influence of our

environment is and how important it is to be able to see, to witness, the malignant role played by the so called postmodernism, since in our group work, in our milieu therapy, we shall not forget that many of the persons who come to us for consultation come out of such perturbed groups and are looking for a way out. Conscientization of human health, with no prejudices, with understanding and dealing with limitations, are among our goals with a serious respect for patients concepts and wishes, and to put into consideration a psychoanalytic concept I consider of paramount importance, permanently being aware of our countertransference. It is my hope that with all that was hereby mentioned we are entitled to be more optimistic, even within this complicated and troubled world.

Negative Sozialenergie als gruppendynamisches Resultat der Postmoderne

Mauricio Knobel (Campinas, Brasilien)

Die Gesellschaft als menschliche Struktur folgt eigenen Gesetzen, die je nach Tradition, geographischem Standort, ethnischer Zugehörigkeit, ökonomischer Struktur und politisch-ideologischer Neigung permanenter dynamischer Bewegung unterworfen ist. Da all diese Elemente offensichtlich sehr variabel sind, wäre es zu einfach von einer Gesellschaft im allgemeinen zu sprechen - sowohl aus soziologischer wie auch aus psychologisch-psychiatrischer Sicht. Folgerichtig sollte klargestellt werden, von welcher bestimmten Gesellschaft gesprochen wird.

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der sogenannten "abendländischen Gesellschaft" mit all ihren Modifikationen, aber mit einer inneren Übereinstimmung und Beständigkeit über die Zeit, wodurch manche Wissenschaftler Bezeichnungen verwenden wie "primitiv", "mittelalterlich", "liberal", "modern", "postmodern" usw. Diese Bezeichnungen sind gut einer bestimmten Zeitperiode zuzuordnen.

Wenngleich es nicht einfach ist, Konzepte zu finden, die die Reichhaltigkeit der Variationen erfassen, ist es nach Meinung des Autors notwendig ein solides theoretisches Fundament zu haben, das er in *Ammons* Theorie sieht.

Ammon entwickelte die Theorie einer "dynamischen Persönlichkeitsstruktur" auf psychoanalytischer Basis mit Ich-Struktur und Ich-Funktionen, wonach menschliche Potentiale auf narzißtische Zufuhr durch die umgebende Gruppe angewiesen sind. Das noch unausgebildete Potential entwickelt sich zu individueller Identitätsstruktur durch die umgebende Gruppe, wobei auch geistige und kreative Fähigkeiten miteinbezogen sind. Der Autor widmet sich intensiv der Ich-Funktion der "Aggression", die konstruktiv wird bei freundlichem Gewähren und sinnvollem Abgrenzen, destruktiv oder sogar defizitär bei Feindseligkeit oder Nichtbeachtung der kindlichen Neugierde. Dabei sind die Eltern bzw. die Primärgruppe

ihrerseits auf die sie umgebenden Gruppen und die Gesellschaft angewiesen. Defizitäre Aggression wird als Sonderform der destruktiven Aggression angesehen, da hierbei die Vernachlässigung seitens der Primärgruppe so stark war, dass die destruktive Aggression gegen das eigene gerichtet wird und in Selbstzerstörung ihren Ausdruck findet, wie beispielsweise in der psychosomatischen Reaktion oder im Totstellreflex der Depression.

Unterentwickelte Ich-Funktionen sind also Ausdruck der Feindseligkeit der sie umgebenden Gruppe. In Abgrenzung zu anderen Theorien drückt hier die Nicht-Entwicklung eine Stagnation der Entwicklung aus; die Ausprägung des Potentials und die lebensnotwendige Sozialenergie stehen in Verbindung miteinander. Sozialenergie ist die Kraft, die Menschen einander geben können und welche sich auf allen Ebenen der Ich-Struktur manifestiert. Sozialenergie wird determiniert durch den gruppendynamischen Kontext, in dem Menschen sich auseinandersetzen und gegenseitig annehmen. Diese gegenseitige zwischenmenschliche Beziehung bewirkt Veränderung und Wachstum bei allen Beteiligten. *Ammon* hat diesen gruppendynamischen Kontext als "sozialenergetisches Feld" bezeichnet. Das sozialenergetische Feld ist gekennzeichnet von konstruktiver, destruktiver oder defizitärer Dynamik und wird immer Elemente aus allen drei Bereichen beinhalten, wenn auch in unterschiedlicher Ausprägung (*Ammon* 1979, 1983).

Der Mensch kann nur als solcher betrachtet werden, wenn er von einem anderen Menschen gesehen und verstanden wird. Die Begegnung von Menschen in Form bedeutsamer Gruppen formt die Persönlichkeit, die Identität, die Sprache, die Kommunikation und alle Arten von Gefühlen und Wahrnehmungen. Von daher bezieht der Autor die Wichtigkeit das Milieu, die Familie und die politisch-ökonomische Gesellschaft näher zu betrachten, wenn wir verstehen wollen, wer wir sind und wie wir uns verhalten.

Eigentlich gibt es keine klaren Definitionen der "Moderne" oder "Postmoderne". Im folgenden führt der Autor mehrere Soziologen (*Duarte, Lipovetsky, Lyotard*) an, die sich über die Konzepte der "Moderne" bzw. "Postmoderne" Gedanken gemacht haben: Für einige Gelehrte ist die "Moderne" eine Form, die bürgerliche Gesellschaft zu festigen, wobei der Kapitalismus als Zentrum von Familie und Gesellschaft betrachtet wird.

In individualistischen Demokratien werden moralische Verpflichtungen idealisiert, Rechte der Staatsbürger werden ignoriert, Familie und Vaterland verlangen uneingeschränkte Verpflichtung, wodurch sich eine systematische Normalisierung des allgemeinen Verhaltens mit klarer, nicht in Frage zu stellender Gestaltung der Familie ergibt. Kirche und Militär haben sehr starken Einfluss auf Meinungen und Verhaltensweisen. Mit dem Anwachsen des Kapitalismus richten Familien ihren Blick mehr auf die Zukunft, Traditionen und elterliche Autorität verlieren an Bedeutung zugunsten des späteren sozioökonomischen Wohlergehens der Kinder

Nach *Lipovetsky* ist die Moderne eine Revolution gegen alle Normen und Werte der bürgerlichen Gesellschaft und verherrlicht das Ego, die Authentizität und die Befriedigung, was für die bürgerliche Gesellschaft nicht akzeptabel war.

Lyotard spricht eher von Postmoderne, da die Moderne ein Ammenmärchen, ein Überbleibsel aus der Vergangenheit sei. Nach ihm ist Phantasie als allererste Stufe der Realität zu betrachten und *Lyotard* konstatiert, daß Wissenschaft und Technik nicht weniger poetisch seien als Literatur, Malerei oder Film.

Der Autor zitiert all diese Wissenschaftler, um das komplexe Verständnis der Lebensweise aufzuzeigen, welches die Therapeuten zu vereinfachen versuchen.

Zur Verdeutlichung, daß strukturierende Konzepte für die seelischen Prozesse der Menschen fehlen, führt der Autor weitere sozio-philosophische Überlegungen von *Virilio* und *Armitage* an, die die Bedeutsamkeit der Geschwindigkeit bzw. die Gesellschaftsentwicklung als Kriegsmodell beinhalten.

Der Autor vertritt die Meinung, daß der Versuch ein Verständnis für die Welt und unserer Lebensweise zu erlangen nur zu Verwirrung und Angst führt. Es besteht vielmehr die Notwendigkeit zu erkennen und nicht zu verleugnen, wer wir selbst sind, und er zitiert den spanischen Philosophen *Ortega y Gasset*, der von sich sagte: "Ich bin ich und meine Umstände". Dieses Erkennen ist heutzutage um so quälender, da wir in einer industriellen Revolution leben mit einem bürgerlichen Konzept einer gut organisierten Familie, aber immer noch dem fragwürdigen Patriarchat mit seiner maskulinen Dominanz anhängen, einerseits nach einem geordneten Leben streben, andererseits aber die ganzen fragwürdigen Positionen vertreten, die gegen diese Art von Ordnung und Lebensstil sind. Dies alles ist verbunden mit zunehmender Akzeptanz von sich widersprechenden Veränderungen, z.B. die Menschenrechte im Allgemeinen, die Rechte der Frauen im Speziellen und die manchmal revolutionäre Suche nach freien Arbeitsmöglichkeiten, der freie Umgang mit der Sexualität, die Wiederherstellung der Familie oder dessen was von ihr übrig geblieben ist.

Aus dies allem geht hervor, daß unsere heutige Umgebung defizitäre und destruktive Sozialenergie hervorbringt, die zu defizitären und destruktiven Ich-Funktionen führt. Dies gilt insbesondere für die zentralen und sekundären Ich-Strukturen. Diese extrem negative Sozialenergie bildet den Boden für psychische Erkrankung, Kriminalität, Aggressivität und viele Arten gestörten Verhaltens, die aber verstanden werden muß, um Behandlungsmöglichkeiten zu finden.

Der Autor erachtet es als Notwendigkeit, klare Charakteristiken der heutigen Lebensweisen herauszustellen ebenso wie die Konsequenzen heutigen Denkens, die ein Produkt gestörter Ich-Strukturen und Ich-Funktionen sind und dem dazugehörigen Gruppenverhalten. Dazu führt er aus, daß parallel zur sog. traditionellen Familie ein Zerfall dieses Konzeptes

stattfindet. Elterliches Rollenverhalten zu erlernen wird schwierig, die sexuelle Identität verwischt sich, die Kluft zwischen den Generationen wird größer und wirtschaftliche Probleme schaffen Konflikte in Bezug darauf, wer die Familie versorgt. Trennungen und Scheidungen werden – insbesondere bei jungen Menschen – häufiger. Im Bereich des Sozialen gibt es große Klassenunterschiede, jeder scheint jeden zu hassen. Rassenbezogene, religiöse und ökonomische Diskriminierung schafft Gruppen, die weit von einer dynamischen Gruppenorganisation entfernt sind, und die bestimmt sind von dem Phänomen der Projektion, was noch mehr Diskriminierung hervorruft. Soziale Klassen beruhen auf wirtschaftlichen Verhältnissen mit ihren sogenannten „sozialen Mächten", z.B. Militär, Kirche, Familienverbände und vermeintliche akademische und berufliche Hierarchien. Politisch betrachtet leben wir inmitten eines Ideologienverfalls und sind unfähig, Ersatz für das aktuelle System vorzuschlagen. Im gegenwärtigen System diktiert ein brutaler Kapitalismus Verhaltensnormen von Korruption, Gewalt, Arroganz und Bevorteilungen aller Art, die nicht nur toleriert, sondern sogar noch gefördert werden. Als Phantasie taucht der Totalitarismus auf, z.B. in Form des sog. Neonazismus, des Maoismus und Fanatismus unterschiedlichster Ausprägung oder wird ersetzt durch eine äußerst gefährliche Gleichgültigkeit angesichts der allgemeinen Machtlosigkeit und der enormen moralischen Frustration. Das ökonomische System ist völlig pervers. Die Verteilung des Reichtums schafft schwere soziale Unterschiede, d.h. es gibt eine kleine Gruppe Mächtiger, die immer reicher werden, während die Mehrzahl der Weltbevölkerung immer ärmer wird oder sogar unter menschenunwürdigen, elenden Verhältnissen leben. Geschichten vom „american way of life" suggerieren die Illusion, eines Tages den Sprung in eine höhere Ebene zu schaffen. Diese Illusion wird noch geschürt durch raffinierten Schwindel wie Geldspiele, Lotterie, Bingo etc., wodurch Wohlergehen versprochen wird, aber nur die Kluft zwischen arm und reich immer größer werden lässt. All dies geht mit der größten Unverschämtheit skruppelloser und mächtiger Politiker vonstatten, die sich als Eigentümer von Recht und Ordnung aufspielen.

Wenngleich es heutzutage viele – ernstzunehmende – Studien über das mögliche Vorhandensein von Genen für Aggression, Gewalt, Liebe und/oder Verantwortung gibt verweist der Autor auf *Ammon,* der eine biologisch-organische Komponente des Verhaltens als primär-organische Struktur des Ichs miteinbezog, aber konstatierte, dass „die drei Bereiche des Ichs nicht voneinander getrennt sind, sondern fließende Übergänge aufweisen, d.h. es gibt einen Synergismus von unbewussten, bewussten, geistigen und körperlichen Aktivitäten, die immer in einem dynamischen Kontext betrachtet werden müssen" (*Ammon* 1991).

References

Ammon, G. (1979): „On the unconscious structuring and group dependent development of personality." Lecture at the International Symposium on „The Unconscious. Nature, Functions, Methods of Study"; Tiblisi
– (1983): „What is Dynamic Psychiatry?" Introduction to the First Issue of the Bulletin of the Indian Branch of the World Association for Dynamic Psychitry WADP
– (1991): Dynamic human-structural psychiatry today; Dyn. Psychiat. (Munich), 24:21-33
Ammon, M. (1998): Ethik in der Dynamischen Psychiatrie: Dyn. Psychiat. (Berlin), 31:162-173
– (1999): Schizophrenie und Borderline-Erkrankung aus humanstruktureller Sicht; Dyn. Psychiat. (Berlin), 32:1-21
Armitage, J. (2000) „From Modernism to Hypermodernism and Beyond: An Interview with *Paul Virilio* in *J. Armitage* (ed.) „Paul Virilio: From Modernism to Hypermodernism and Beyond" (Pp. 25–56), London, Sage
Burbiel, I. (1999): Inpatient psychotherpay of schizophrenia and borderline disorders in the Dynamic Psychiatric Hospital Menterschwaige; Dyn. Psychiat. (Berlin), 32:37-54
Christo Alves Neto, M.de. (1998): „O Grupo Como Sujeito Educativo: Um Estudo Critico Sobre a Docència de Psicologia da UNAMA"; Master's Thesis, UNAMA, Belém, Pará, Brazil
Duarte Jr., J.F. 1997): „Itinerario de uma Crise: a Modernidade"; UFPR (Ed); Curituba, PR, Brazil
Dworschak, M. (1998): Inpatient humanstructural milieu therapy – historical roots and essential aspects of today's practice; Dyn. Psychiat. (Berlin), 31:27–33
Knobel, M. (1992): Drug addiction as a psychotic entity in adolescence: its treatment; Dyn. Psychiat. (Munich), 25:23–31
– (1997): „Normalidade, Responsabilidade e Psicopatologia da Violência na Adolescência" in *D.L.Levisky* et al. „Violência na Adolescência. Conseqüências da Realidade, Brasileira; Porto Elegre (Brazil), Artes Médicas
Lipovetsky, G.(1998): „La era del Vacio. Ensayos sobre el Individualismo Contemporáneo", (10ª Ed) Barcelona, Eds. Anagrama
Lyotard, J.F. (1996): „Moralidades Pós-Modernas"; Papirus, Campinas, São Paulo
Miller de Paiva, L. (1980): „Crime: Tanatismo, Psicanálise – Psicossomática" (Vol. I); Rio de Janeiro, Brazil; Eds. Imago
Schmidts, R. & Dworschak, M. (1998): Grundzüge stationäre humanstruktureller Milieutherapie:; Dyn. Psychiat. (Berlin), 31:1–7
Schmolke, M. (1999): Resources and healthy potentials of schizophrenic patients; paper presented at 12th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatriy (WADP), Humboldt University, Berlin
Virilio, P. (1994): „The Vision Machine"; Bloomington and London, Indiana Univers. Press
Winkelmann, U. (1998): Ambulante Milieutherapie; Dyn. Psychiat. (Berlin), 31:8–26

Address of the author:

Mauricio Knobel, Prof. M.D.
School of Medicine, Dept. of Clinical Psychiatry
State University of Campinas
Brasil

Genetics and Intergenerational Transfer**

I. Manor, Shmouel Tyano (Petah-Tiqua)*

Genetics is the biological basis for existence, while intergenerational transmission is the background into which we are born. Is this a sharp distinction, or an overlap? Synthesis is a key word in the relationship between heredity and heritage. It works through statistical tools, and its principles are circular rather than linear. Brain and environment, shaping of forms in which individual traits are manifested, are such circles. Group therapy is an expression of this synthesis. Its proliferation also expresses the difficulty inherent in human lonelines. The group therapy experience is also reflected in the experience of the therapists, and its reflection in the milieu. The individual's energy, affected and adjusted by both heredity and heritage, comes to the fore in the shift from individual to group, thus playing a centropathic role, the redirection of power from the group to the individual, who is found in the center. One can observe the channeling of energies from the individual to the group. The different ties between heredity and heritage, as well as the channeling of energies will be discussed.

Genetics constitute the biological basis of existence –genetic successions determine the basis of our existence: how we will look and behave, what abilities and talents we will have and what inclinations we will express.

Intergenerational transmission constitutes the seedbed in which we are born, and will determine our human profile, how we will behave, what abilities, talents and inclinations we will possess. In a certain sense, dealing with genetics and genetic transmission is a return to the polar argument between environment and heredity, since intergenerational transmission takes place in the environment, starting with the parents and extending to society as a whole.

Thus from two sources, we arrive at the same spatial totality which creates the human being. The two components we present are actually the two major melting pots from which we are created as who we are, and we have no control over either of them. When one says that a person has no control over where he was born, he similarly has no control over the genes he will receive, nor over the basis upon which they are meant to reach expression.

We would like to present these two mechanisms in an attempt to understand their conjoint creation of the human being. As is true in other spheres, we suggest that the main factor that will ultimately determine their expression is the interaction between the various data, not necessarily the data themselves.

Genetics

Genetics is the science that attempts to understand and describe the basis of human existence in terms of biological inheritance, by means of decoding

* M.D., Prof. of Child and Adolescent Psychiatry, President of the Israel Psychiatric Association

** Paper represented at the 13th World Congress of the World Association of Dynamic Psychiatry (WADP) / XXVth Intern. Symposium of the German Academy for Psychoanalysis (DAP), March 13–17, 2001 at the Ludwig-Macimilians-University Munich

the genome. The genome is made up of a chain of acids communicating among themselves in pairs, and it is structurally divided into groups that form genes - the minor part of the genome - and groups forming "noise" or "junk," that make up most of the genome (95%). In the past decade, there has been a concentrated effort to decipher the genetic code in its entirety, and although this project is nearing completion, the identification of the genes and their meaning remains an unmet challenge. Even the number of genes is still open to discussion, and estimates range from 45,000 to 140.000 separate genes.

The connection between environment and heredity, between the importance of the genes and the importance of environmental influences, continues to represent a topic for discussion, while each side arrives at a set of opinions and beliefs - accompanied by well-based research - which present various stands on the issue. Today the accepted model for the transmission of characteristics and at least some psychiatric disorders is polygenic, and it seems that genetic expression is a result of the epistatic effect – a synergistic effect. This means that the interaction between genes changes their relative value beyond their union. In other words, even according to the "pure" genetic approach, the simple Mendelian – or dichotomic - approach is no longer accepted as a major model, and the approach today is a complex one with a strong probability basis.

For example, in an attempt to identify hereditary personality factors, the types of relationship between mothers and daughters was examined (*Miller* et al, 1997). It was found that a type of ineffectual control is passed on through generations of mothers and daughters. No connection with maternal depression, maternal temperament or socio-economic status (SES) was found in daughters. The importance of SES as a factor passing from generation to generation and representing a risk factor was refuted. In addition, the importance of maternal temperament was refuted as significant for the daughter's perception of the mother. On the other hand, a connection was found with the child's temperament, i.e., a child with a difficult temperament arouses a form of contact of ineffectual control. Conversely, this study found that in the final analysis, the type of contact is not seriously affected by characteristics of childhood temperament and these characteristics represent more "peripheral influences," i.e. they contribute to the final form, but not to the foundation. It is important to note that no connection was found between types of contact and social learning.

The transmission of the form of parental contact was found to be totally separate from the transmission of major depression. Children of alcoholics are considered to be at high risk since several risk factors are present in their lives (simultaneously genetic and intergenerational, among others). *Johnson*'s (1999) paper deals with the existence of these many risk factors, that are spread out over genetic makeup, intra-uterine risk (in the case of an alcoholic mother), the psycho-biological signs of vulnerability to alcoholism, and the psychological and social characteristics of these families.

The problem is that most of these studies are not longitudinal, but rather examine behavior at one point in time. One may ask if what is being discussed here is a true disorder or a developmental delay.

As opposed to Darwinist evolution (which describes selection on the basis of survival skills and ability), *Lamarck* discusses accidental selection. If today the approach is that the environment causes certain genes to ignite, whereas other genes remain "extinguished," then there is an element of accident that accords with probability theory. That is, certain genes will be expressed or will be active with certain probability in a certain environment, whereas every change – genetic or environmental – will redefine the probabilities. And again since what is being discussed is probability in the environment and in defined genes, there is no certainty that there will be a particular effect on one gene or another. The chance may merely be greater or lesser.

This approach to evolution is extremely significant for the realm of the psyche, since it provides a new dimension to the study of mental illnesses. It is not enough to identify possible polymorphisms; there is also the need to define them in relation to a changing environment (and psychological environment is often extremely badly defined), while retaining the element of chance. These "filings" of the inheritance model not only represent the difficulty in locating the polymorphism, but also the definition of its relative importance. That is, it is not clear if a specific polymorphism is actually the expression of an illness or a disorder. Perhaps it is in fact the expression of a positive ability that is very necessary in specific surroundings and a particular type of world. The polymorphism of serotonin transporter is a good example. Indeed the more efficient gene (in genetics longer means more efficient) is that found most commonly (at least according to certain studies) in attention deficiency, suicidal tendencies, violent situations. It is possible to call this "a quality that went mad." Or perhaps a quality that has tremendous value in one world, "the civilized one," has importance for aggressiveness and impulsiveness. Aggressiveness is defined as one of the engines driving the world, and its combination with impulsiveness can lead to creativity, the power to manage affairs and more. And yet, suicidal tendencies, serious violence and attention deficiency are all beyond the realm of the normal. If the gene having the highest "evolutionary status" is that which directs towards aggressiveness and impulsiveness, and if these qualities have value in today's world, then it is possible that the problem lies not in the qualities themselves but in their interaction with other qualities and motives of humanity. From this one may draw conclusions regarding the importance of the transition or juxtaposition between the hereditary-genetic basis of intergenerational transmission. Again we are talking about integration or interaction as a central factor, and not about each of the connecting components itself. There is a need for understanding the interaction between the quality and the environment so that the final product will appear in the range between the normal and the pathological.

Intergenerational transmission

Freud (1964) describes intergenerational transmission in his discussion of dreams. He claims that "dreams bring up content whose source is in the life of the dreamer as an adult or in the forgotten period of childhood. We must relate to dreams as part of the primeval heritage that the child brings with it into the world, a heritage that was influenced by the life experience of his forefathers and was imprinted in him before he experienced or underwent any type of experiences of his own." (*Freud*, On Psychoanalysis, 1964.) In other words, *Freud* already gave importance to the transmission of content from one generation to another, content that is not the child's or the person's himself, but are an expression of a chain of thought and action whose roots are remote. The individual is its carrier, but not its creator and he has no control over it.

Even before *Freud*, the early source of religion, philosophy and Western social thought, i.e. the Old Testament, discusses the importance of intergenerational transmission. The Old Testament relates to aggressive content ("Remember what *Amalek* did to you.") and libidinous content (...to you and your seed forever) as possessing great transferable impact, echoing from generation to generation. Furthermore, the Old Testament forbids one to forget, thus nullifying this type of transmission. In addition, the basis for the existence of religion, from which the people's existence is derived, is strengthened by this commandment to transmit from generation to generation, starting from the "covenant between the pieces," and concluding with the covenant of circumcision. Incidentally, circumcision may be considered the point where body and soul unite into one transference based on the identification of an individual as belonging to a group, or a separate tribe. This separation is marked in his soul - learning, daily habits, world view - and also concretely in his flesh. It is possible to see generational transmission here as the basis upon which identity is formed, not only personal but tribal, so that finally national and religious identity is created. After the spiritual - cognitive and physical components described above, the genetic component also appears, through separate identification of the group, tribe or nation by means of genetic characteristics, real or imaginary.

In an attempt to understand the influence of transmission on the child's development, *Selma Fraiberg* (*Fraiberg* et al, 1975) states that in every child's room there are ghosts. In normal conditions, the unfriendly ghosts are driven out back underground. The baby demands its place in the parents' hearts, and as in fairy tales, the tie of love between child and parents protects the child from the bad ghosts. Even in families in which the ties are strong, the ghosts infiltrate and plot evil. They shatter the magic shield, and the parent and child find themselves reconstructing a scene from another place and time, that is acted by other characters. Generally, these scenes are lacking in significance in the family theater and the tie is not threatened by

a brief invasion. On the other hand, in other types of families, ghosts exist on a selective basis and take up permanent residence. They act according to an historical or thematic agenda and are experts in spheres such as sleep, food, habits of cleanliness and discipline, according to the harm done to the parent in the past. In these cases, even when there are strong ties of love, the parent feels threatened and impotent and applies for help. In a third type of family - the ghosts invade and reside in the child's room permanently, demanding traditional property rights. They can move in without an invitation and direct a replay of the family tragedy according to a set script. These families frequently apply for treatment - the newborn is already at risk and displays the first symptoms of emotional hunger, acute symptoms or developmental defects. In any case, the infant is a silent participant in the family tragedy - he is buried beneath the yoke of his parents' past from the moment he enters the world. The parent is doomed to repeat the tragedy of his childhood with his infant in horrible, exact detail.

These parents will not turn for help due to recognising the invader. The ghosts are already well established, and the therapist, not the ghost, is experienced as the invader. According to *Fraiberg*, in our daily work as therapists we constantly encounter ghosts. The ghosts from the first two groups are easily exorcised, but ghosts from the third group are a different story. In these cases, the ghosts take precedence over the child.

Here one may ask if this approach isn't rather too dichotomic? Isn't it possible that in every family, healthy (neurotic, according to *Freud*) as it may be, there are ghosts that take precedence over everything else? These ghosts may be called principles or values and are liable to be inscribed deeply in the collective soul of the family, sometimes as part of a tribe, sometimes as an isolated family. Among these ghosts may be found "In our house we don't argue," the attitude to food, the attitude to a certain talent that runs through the family, and more. Around a theme such as this, memories, experiences, beliefs and fears are woven and embroidered which are passed on and strengthened throughout the generations. Is there a family innocent of any of these?

According to *Fraiberg*, it is typical of all parents in families in which precedence is given to ghosts that when they themselves were children, at the peak period of the fear, they created pathological identification with the frightening and aggressive image of the enemies of the ego. In this defence a type of repression exists that supplies a motive and energy for re-enactment, and what is rejected is the effective experience. The child remembers the difficult details down to the smallest one, but does not remember the terror, pain and humiliation. The original effects have undergone repression and it is they that are re-enacted by the child. It is possible that the re-enactment is an attempt to arouse the repressed effect.

We suggest again that this phenomenon of a spirit having precedence exists in every family, therefore the repressed effects in this sphere or another exist in every family. These effects will be the basis of the energy for

intergenerational transmission. They constitute the fuel, the drive to continue adhering to the agonising thing itself, while by means of re-enactment there is an attempt to arrive at an impossible repair - the complete figures, acceptance of the difference, and more.

According to *Fraiberg*, parents who do not harm their children - those who say "I wouldn't do that to my child" - these are the parents who remember, thus being saved from blind re-enactment. The memory allows them to identify with the damaged child - the ego of childhood - whereas the parent who does not remember is in unconscious league with the enemy. Accordingly, it is possible that working on intergenerational transmission will allow a change in direction of the intergenerational transmission in the family. In a study conducted on the type of connection of three generations - maternal grandmother, mother and son - it was found that the type of connection is stable and simple in its transmission from one generation to the other (*Benoit,* 1994).

The integration of genetics and intergenerational transmission

The memories and experiences that influenced the parent are transmitted to the offspring. Thus a choice of qualities is likely to take place and pass on from one generation to another, together with the fear of a certain quality that is perceived as harmful, the nurturing of another quality, and so on. An interesting question arises regarding musical dynasties. There must have been some genetic basis there, but was there also intergenerational transmission that brought about the unconscious fostering of musical qualities while repressing others?

Ann Edelmann (1995) in her article about traumatic memory and inter-generational transmission describes life experiences that accumulate in the memory not only as autobiographical facts, but also as psychological constructs. These constructs are knitted together as the result of self-perceptions as well as perceptions of others and the world. That is, these experiences become a part of the threads forming the nucleus of the ego. According to *Edelmann*, these formative experiences are later transmitted through the generations; she focuses on the traumatic experiences of the holocaust in order to demonstrate this. Indeed, in cases of cruel, traumatic and tragic experiences such as the holocaust, it is appropriate to inquire about transference. Was it only fate, or did the survivors possess a certain profile that allowed them to survive. In opposition to those who perished, regarding whom there was not necessarily this type of differentiation, it is possible to assume that those who survived such a difficult experience possessed especially powerful survival skills, qualities that made the impossible possible. In other words, perhaps here too genetics intervened and by terrifying choice certain genes were transmitted to the next generation related to durability, will power, suppression of the effect and more. It is possible that also in the case of prolonged trauma (as opposed to

short-lived, acute traumas such as are present in natural catastrophes, in which the only selectors are time and place), a mixture of genes and intergenerational transmission determine what will be transmitted by generations.

Another important point raised by *Edelmann* is a change in the ability of expression that occurs with the transmission. She illustrates how mothers and daughters who experienced the holocaust found it difficult to describe the experience and its accompanying effect, but with transmission psychological integration became possible. She suggests that mothers who imparted security and acceptance of the effective situations of the daughters enabled the daughters to integrate the traumatic memories. On the other hand, mothers who did not afford this left open gaps with lapses in memory and experience to the next generation as well.

In fact, it is possible to relate to this finding as to an inverted Winnicotian approach. Here the mother's effective containment finally allows the daughter to integrate and process the mother's experience. This understanding of a possible development of verbal ability with intergenerational transmission represents in fact an optimistic finding according to which transmission allows development and growth from within the trauma.

It is worthy of note in this context that a study performed in Israel regarding the third generation of the holocaust (*Bachar,* 1994) which examined expressions of aggression in this generation compared to a control group showed that there was no difference between the grandchildren of holocaust survivors and those in the control group.

This phenomenon is more striking in pregnancy itself. At this period, in which the foetus is still apparently cut off from all external surroundings, it is exposed to environmental influences more that it will be at any time in the future. The environment at this period is made up of the biological dimension, more of a concrete enveloping environment, that transmits the mother's physical state to the foetus by means of various biochemical intermediaries, as well as her feelings, anxieties and own surroundings. Examples of such a biological environment are pregnancy diabetes or ageing of the placenta, measures over which the mother has no psychological control. They are absolutely organic components, yet have a great influence on the foetus. The foetus is no less influenced by stress in the mother's surroundings, the anxieties or depression she suffers and more. That is, the foetus constitutes in a certain sense a genetic foundation that is beginning to undergo formation, compensation and control by a multidimensional and highly influential environment. When the infant is born, it has already gone part of the way with the never-ending collaboration of heredity and environment (*Leff*).

In studies performed on babies (*Tyano*, ref), a connection was found between brain development and environment, through genetic change that was transmitted onward to future generations. This is in fact a strengthening

of the evolutionary approach, according to which survival also takes place by means of constant change that is transmitted onward and allows survival in a changing world.

Transference from the group to the individual and from the individual to the group

One characteristic of intergenerational transmission is that it moves in a diffusional non-linear, manner. That is, transference from the group to the individual is possible, as may be seen for example in kibbutzim in previous generations, the communist world, underground groups, etc. In relatively isolated situations given strong ideological values there is a high impact of the ideal, therefore there is transference of the ideal from the collective to the individual.

This transmission constitutes a highly powerful factor, as we can see for example in emigrants from the Soviet Union who take up residence in the West, but who absorbed ideals and attitudes that are today imprinted in them, even though removed from the surroundings in which they live today. At times it is possible to witness the transmission of opposing experiences or existence. An example would be when a child lives in a restricted environment, as opposed to the broader environment. In these cases it is possible to see how contents from both sides have been transmitted and the possible fluctuations between them. That is to say that beyond the intergenerational transmission that the child absorbs directly from its parents, it absorbs (through them) the deep group experience and develops according to it.

Conversely, intergenerational transmission can take place from the individual to the group. For example, the conceptual world of many people living in Israel today is highly affected by the holocaust despite the fact that their parents and grandparents did not undergo this trauma. This is an environmental and spreading influence, as though if it is deep enough, the experience of the individual spreads and touches populations that are apparently detached and distant. Accompanying the factor of transference as the group's influence on the individual are the changes in family structure in the twenty-first century. These are a continuation of changes that took place in the twentieth century and show a transition from the intergenerational transmission of the individual family to a broader transmission that still exists in the wider family tree. If intergenerational transmission in the conservative view is a genealogical tree, we are more and more witness to the dispersion of the genealogy and its loss. Families disintegrate, unite and disintegrate again, and the children carry the transmission of a complex history that does not necessarily run parallel to their genetic history. Step-parents, step-siblings, half brothers and sisters and other family members who appear and disappear create a transferable chaos, together with a heightening of the question of who influences the

child. Is it the biological parent or the parent that raises it, or a person who is not a parent at all but is responsible for raising the child over the years? Not surprisingly, this question is reflected in the organic dimension as well. Asregards children created from test tube fertilisation, especially those created from sperm or ovum donations - what do they transfer, and from whom to whom? Do they carry the genes they received from a hidden donor or the pregnancy experience they underwent in the womb of the one whom they call mother? And what has a stronger influence over them - genetics or intra-uterine influences, be they physiological and psychological?

In other words, the interaction between genetics and transmission becomes more complicated and complex, so that to understand it one must use the chaos theory. Understanding transmission no longer depends on a clean model of a father and mother transmitting genes and experiences to a child, but works on a probability model, according to which the child may experience and develop on the basis of many sources, some of which are hidden. The final transference, that is the element that determines or "wins," is of a random nature, and is liable to be compounded of many sources. These many sources become the agents of society in the child's upbringing. They represent society because they are part of it, such as their mission and task in creating the child, who would not have been created without technology, donors and legitimisation of the technique. This approach raises more acutely and forcefully the question upon whom is laid the responsibility for the "product," the responsibility for development - on the family or on society?

Archetypal intergenerational transmission

In the framework of the changes taking place in society, new family models are being developed that differ from the conservative model. These changes cast a doubt on the existence of the basic psychological approaches, due to the fact that one may ask if the existence of a mother or father is possible when the mother or father are absent. Today families exist in which there are two fathers or mothers, and there are definitely many one-parent families, in which there is a parent of one sex only who is the only one present. One may ask how children in these families are capable of developing in a way we consider normal, i.e., how will they go through the Oedipal stage.

From an historical point of view, the family triad - father, mother, child - is not so old, and in certain cultures does not apply even today, despite the fact that today it is the model determined by Western culture. The first family of early man was the group, the tribe, where according to the accepted idea then it was impossible in any case to determine the father's identity, and the child had a mother only. The men protected the women, who took care of the children, and responsibility was apportioned among

everyone. In addition, the first prohibition against incest was accordingly connected with the woman: the mother, sister or brother from the mother's side were forbidden. Siblings from the father's side were not considered siblings. Conversely, in order to avoid stagnation, it was acceptable to exchange mates among different tribes, and thus to allow the continued mixing of a variety of genes. Tribes that married among themselves gradually diminished.

In time, the cult of the mother was replaced by the cult of the father, and together with this the acquisition approach developed, resulting in the woman's being the man's possession through marriage, while the children belonged to the father, not the mother. It is interesting to note how much importance was given to the children as the chief property, as the carriers of the self to the next generation. Here it is perhaps possible to mark the beginning of genetic activity and transference conjoining together. Both the woman and the man wanted to see in the child they cared for their biological image in external appearance and talents, and in addition as the carrier of their ideas, perceptions and experiences. Stated differently, in a certain sense the attitude towards children was the spearhead of global change regarding family structure, philosophy of life and religious belief. Generations after the transition from the mother to the father, Socrates expressed the idea that genetics and transmission are meant to slake the thirst for eternity. Socrates discusses children of the body and children of the spirit as the carriers of man's hope for eternal life, and thus perhaps touches the deepest root of our discussion of genetics and transmission, our need to live forever, both as individuals and as part of the whole human race. It may be suggested that this is one of the bases for *Oedipus* that will be discussed later - giving up eternal life for a significant life. However, part of the significance is its transfer to the next generation, and by means of the next generation making an impression on eternity.

Regarding historical development, it seems that the impetus of civilization and progress demands the development of the triad. Perhaps it is not accidental that the more developed Western world, at least from a technological point of view, is built on the triad. Conversely, today more and more family developments are distancing themselves from this model, or so it appears. Among the new family types existing today one can find many-branched families, technological families (test-tube children), and unisex families. Many-branched families are become more and more common with the spread and acceptance of divorce. It is not unusual to see families in which siblings grow up having no blood ties between them. It is interesting to note that historically speaking this is not such an innovation, since this family is replacing two other types of families that exist until today: the polygamous family, usually having one man and many women, in which the children are the offspring of one father but different mothers, and families in which two widowed parents having children from the previous marriage marry one another. The first type of family exists until

today in certain cultures, where in some cases the women do not have specific roles, whereas in others there is a division of roles among the women, but all have an equal share in the children's upbringing, their own or others'. The second type of family has become rarer with the increase in life expectancy (especially of childbearing women), but in the medieval period it was extremely common. Documentation of the development of this type of family may be found for example in the legend "*Cinderella.*" Characteristic of one-parent families is the sense of chaos on the one hand and the group on the other hand. Every child has a biological father and mother, at times known, at times "backed up" by mourning, at times strange and distant and arousing anger. In addition, there are partial figures of parents remaining partial, as the biological parents exist in most cases and have their own place. That is, within the child several images exist, each having a place, but in many cases not one of them occupies the entire space typical of parents in the conservative family. This type of internalization is in fact the transference of internalization from individuals to the group, thus the group has more influence than clear, differentiated images of "mother" or "father." One possibility is that these definite images remain confused and lack limits. Another possibility, which we will discuss in greater detail, is that the definite images are constructed gradually, like a puzzle, from shreds of internalization of the partial images, according to various archetypal models.

The children of progress - a phenomenon unique to this century - are the children "from a bottle," i.e., children who are the result of test-tube fertilisation and who were mentioned earlier. Among these children there exist a number of levels regarding our discussion. There are children who are the biological children of their fathers and mothers, but for different technical reasons could not be born in the "usual" way. This too can be problematical. First, there is the process of choice (in which the physician takes the place of nature, and determines that a certain fertilized ovum and not another will be replaced). Secondly, there is the feeling of a "gift" that surrounds these children, who are often very expensive and bought at the price of great suffering, and in general in whatever is connected to the intervention of man in nature. In addition, there are the groups in which test-tube fertilisation bypasses something more essential such as the absence of a father (women who become pregnant by a donor) or the impossibility of the sexual alternative to bring a child into the world (ovum donation, and sometimes sperm donation as well). In these groups there is also the additional element of the missing (unknown) biological parent. As opposed to the many-branched families, here there was initially no mother or father. There was no partner. There was only a germ cell. With the reception of the donation, the unknown enters and intervenes in the inception of the child, and is the basis for hypotheses, hopes, fears and fantasies. In addition, there here is a resemblance to adoption. The child carries genes that were not given him by his parents although it is their child from the beginning, from

the womb. The mother (or the father, depending on who needs the donation) may have a sense of worthlessness, there is liable to be a feeling of strangeness, or the child is liable to be the chosen child since it was taken from a reservoir of cells just like it by choice. Conversely, the family itself functions in most cases according to the conservative model: the child is born into a family having a father and mother. This combination of the bizarre," the child "who comes from nothingness, from the sea," together with the child as representing a great gift involving sacrifice, and its frequently being "chosen" (as the donors are usually educated, healthy, etc. and in the United States there are already banks affording specific requests), results in the child having a mythical dimension. It is possible to say that there is in all this a trace of the experience of the godly child, who comes to reside among mortals, as has been described frequently in legend.

Unisex families nevertheless respond to the number three. There are two parents and a child, but both parents are members of the same sex, although they are not necessarily the same types. That is, it is definitely possible that there is an internal division between father and mother, functions of father and functions of mother, in accordance with the internalised perceptions of father and mother that exist in the parents, without relation to their sex. Especially in these families it is possible to see the need for the early division of mother and father, as though the roles are apportioned of themselves beyond biology and genetics (XX, XY). On the one hand, since biology has its say, and the child sees before it two parents of the same sex, it must rely on internalised concepts of its own regarding father and mother. One may ask whether it perceives a lie (or pretence) according to which a man is masquerading as a women or the opposite? Is there sexual confusion, according to which there is no connection between sex - male or female - and type - mother or father? Or are there indeed archetypes having their own strength, allowing the child to identify with something familiar to him beyond parental sexuality? It is important to note that these are the most complex families, since alongside the central problem described here, there exists a motif from one of the families previously described - the child also has a biological parent external to the family, known or unknown, thus multiple parents exist or alternately the child is the result of test-tube fertilisation and half of it, at least genetically speaking, comes from nothingness - an anonymous donor who will never be known.

As a continuation of this idea, of the change in the concept of the family as creating a probability model of genetics and transmission of the child, it is possible to suggest that alongside individual intergenerational transfer there exists intergenerational transfer on the deeper, perhaps archetypal, level.

According to *Jung*, an archetype is the tendency to form myths out of the materials of daily experience transmitted by heredity. He emphasizes that the archetype is not determined by content, but by form only, and the primeval image is determined according to its content only after one

becomes conscious of it, because then it is filled with the materials of conscious experiences (*Jung*). According to *Jung*, the archetypes are loaded with much emotional significance, and all human beings experience life, at least at times, in an archetypal way. In other words, beyond the day-to-day and basic, the event or the experience receives an accompanying significance of a mystical "godlike" quality, that imparts to it a dimension of depth, a kind of experience beyond the experience. It is interesting to note that *Jung* claimed that modern man alienates himself from the poetic level that creates myths in his existence, and as a result his life has become meaningless and valueless. *Jung* relates to archetypes created from the parents' image. For instance, he discusses the development of the archetype of the wicked witch as opposed to the holy goddess, which are based on existential daily experiences. The father too represents on the one hand the spiritual basis, pure godliness, and on the other hand he represents the devil, the symbol of sexual desire. The difference between *Jung* and the clinical school, for example, is in his viewing these images as based on inborn tendencies, and not on internalizing internal objects.

If we advance another step, then the parental archetype, based according to Jung on early life experiences, has a life force of its own and does not necessarily require a permanent, integrated parental image in order to grow. Assuming that every infant absorbs something from someone in the first stage of its existence, then some kind of initial experiences are being constructed. Assuming that these experiences connect to an inborn tendency, and also assuming that there is also an inborn tendency to the concept of the parent, and parenting in general, then from here it is possible to conclude that the first archetypes, the parents, are common to all humanity, dependent on the internal more than the external, in other words based on human genetics no less than on intergenerational transfer. This concept of the archetype allows us to understand how children living in environments of chaotic families create for themselves parental images and obey their internalized rules. For apparently these children should have been fragmented, unable to accept the rules of law and society since these rules are based on the internalization of parental images and the use of these internal objects to build a world of laws and insights. Nevertheless, these children develop into social creatures capable of obeying the rules of society and accepting them. They function in various frameworks, construct emotional and social ties, and they develop much better than could be expected according to classical models.

We suggest that even in families in which parental images are problematic, changeable or split between biological and environmental, there is still the possibility of building the parental image, and this image is based on the archetype of the parent. That is, the child relies on the parental image and internalizes it without knowing it as a complete whole, but relies on something more basic and deep, so that it connects the fragments of parenting surrounding it into one complete image. A question arising from

this hypothesis would be what type of parental image can be created in conditions like these. Is the archetypal parental image parallel to that created by a real parent, or rather from the beginning as a result of "bad initial data" is one discussing a more archaic, primitive image obeying earlier rules of development (defense mechanisms, etc.) and history (earlier concepts of the parent).

Group therapy as an expression of the importance of the group

During the last decades, group therapy has developed, involving the limited and intimate family group (family therapy), or involving a broader group of strangers who meet in order to discuss a particular topic (group therapy). Family therapy is based on the experience of the family as a network that imparts to every member a place and function, according to Laing's approach, of hierarchies and constructed roles, according to *Minuchin*, or as a group having its own language which must be processed, according to the Italian approach. In a certain sense, an elaboration of this approach developed into support groups, another development of the twentieth century. These groups are divided according to need, difficulties or specific disorders of people, ranging from addiction to alcohol, drugs, food or sex to parents of deviant children or normal children, for example groups running under the auspices of the *Adler* foundation.

An example of the expanding of the importance of group therapy, and the value added to it, may be found in the treatment of special children, such as those suffering from attention deficit disorder. In this disorder, one of the most important aspects of treatment is working with the parents - guidance, behavioral therapy, and dynamic work whose aim is attitude change. From accumulated experience it was found that this work is much more effective when done in a group and not individually with each set of parents. In fact, group therapy is in this case the answer to two dilemmas typifying modern life and the therapeutic conception according to which therapy is available to all. As a result, one of the characteristics of the modern psychiatric clinic is a large number of clients requesting therapy, and the creation of long waiting lists. At its inception group therapy was first of all an answer to the problem of overload - it allowed contact and work with eight or ten times as many clients simultaneously (a group of eight or ten families). Through forming the groups it was found that parents were more willing to co-operate, opened up more easily, worked more at home and brought more detailed reports. This co-operation could be explained primarily by the fact that the group effect caused people to do what was expected of them due to embarrassment before the rest of the group members. Excuses such as "I didn't manage." or "The homework was too hard!" suddenly sounded less convincing when they were said before other people having a similar problem, who still managed to co-operate. An additional factor leading to co-operation - which became less significant in the course of the group

process - was the existence of a basic feeling of loneliness and isolation that typified the families of these children. In the parents' groups many parents underwent the first experience of this type of co-operation, the ability to openly discuss painful and troubling subjects such as anger, shame and guilt with people who know what they are talking about. They know this not from the point of view of professionals, but because they were in the same place and experiencing the same things. This experience of co-operation, of discovering the possibility of empathy, is described by parents as a sort of sigh of relief, or a feeling of release of tremendous pressure, although they were unaware of this beforehand. According to the reports of participants, these groups allow them an experience of catharsis, of unloading difficult and painful experiences while coping with them. This feeling is common to parents of all age groups, classes and education levels, and forms ties between people who apparently have nothing in common. As a result, the experience of therapeutic catharsis is possible, through affording the possibility of processing dynamic materials and attitude changes on the emotional level, not only on the technical cognitive one.

One may ask how groups like these have flourished so much in the last few decades, and here we must return to the socio-historical dimension. It is perhaps possible to explain the success of group therapy by considering an additional quality of modern life, human alienation. As opposed to the experience of the society that dictated and enveloped, particularly at the end of the twentieth century loneliness has developed as part of the structure of human life. If in the distant past, people belonged to a tribe, and the tribe raised the children communally, and in the past the rural, village or neighborhood experience was more familiar, where everyone knew everyone, for better or worse, in the present people are involved in a limited family unit. The process of transition to the city and rapid urbanization began with the industrial revolution of the nineteenth century. By chance or by design, the modern city was the growth medium for the development of psychological therapy in general; among other reasons, perhaps people felt the need to talk to someone. This process was accelerated with the spread of the "anti-social occupations," ranging from the factory to the computerized office, from the workplace and even from home, and the interaction of man with machine instead of man with man. As early as Chaplin's film "Modern Times," one can see alienation, the loss of interpersonal interaction and even bondage to machines. Today, when in many homes it is becoming more and more common that both halves of the couple work, and the work itself in many cases is impersonal and lasts for many hours a day, the parents find themselves remaining alone with their problems. Often the problem begins with parenting itself; as a person finds himself a parent, he does not really know what to do, and the guiding, directing and containing hand of the tribe or the extended family is lacking. In a certain sense one may compare the situation of the modern mother to the situation of the modern animal, who in many cases was not raised by its mother, and therefore does not

know how to raise its young. When there is a problem or disorder, loneliness magnifies and strengthens the problem because it increases fear, shame ("This is only happening to me.") and therefore anger and guilt in a negative magic circle, that becomes ever more acute. One of the qualities of humanity is the need to express things verbally, share, involve others and enjoy other forms of human contact. Accordingly, in the course of parents' groups, parents allow themselves to express such things as "My child is garbage." "I hated him. I didn't want him in my house, "How did we get such a thing, why do we deserve this?" and more. The discovery of identification and identity allows one to cope with the experience and invalidates the seclusion surrounding it. Expressing the difficult experiences neutralizes their demonic character and makes it possible to break them down into their parts and rebuild them through love and caring.

Put another way, one of the basic needs of human beings is the social need, the experience of being part of one's surroundings. Especially with the strengthening of mutual alienation, the isolation of every person in his silicone tower sitting opposite the computer and the Internet and the scattering of the extended family all over the country, people seek for themselves the gratification of the group, the satisfaction of the communal experience. It is not accidental that one of the tenets of dictatorship is people's detachment and isolation from one another. As *O'Brien* says in 1984, the purpose is to perpetuate the person's feeling of guilt and dissatisfaction, causing him to be weak and dependent on the leader. The satisfaction of the social experience when possible allows the human being to uncover and admit his weak human components, such as fear, anger and shame, thus freeing himself from them. The group experience thus allows the human experience, the discovery of the human as it is reflected in others, and stemming from this the identification of the human within us, and its acceptance as part of us.

The same therapeutic group experience is reflected in the experience of the therapists. An additional development of the twentieth century is the work in clinics of teams that led to the discovery and development of the milieu approach. According to this approach, the team treats the person as a body, and each team component corresponds to another part of the body. That is, each member of the team has a function and specialization of his own, but all work in harmony. In our opinion, the development of the milieu stems from two important sources. On the one hand, it reflects the integrative approach to the patient as a whole person who lives and functions on different axes. Due to this, there is room for solutions from different perspectives, which may include the psychological dynamic perspective, the behavioral-psychological perspective, the physiological-medical perspective, the social perspective, the physical perspective, etc. Each member of the team specializes in one of these areas, but at the same time all work in harmony through mutual respect in order to create an integrated approach to the patient. On the other hand, the team has another

goal, which is to relieve the loneliness of the patient. As opposed to the classical therapist, who sits in his clinic opposite the patient on a one-to-one basis, the complex world of the soul often demands a large number of relational perspectives. It also demands partners, such as an advisory team that above all contains and allows a resonance of its thoughts and reflections regarding the patient. Similarly to the father's role in the dyadic world of child and mother, here the role of the milieu corresponds to the world of the group in this dyad. Social changes create alienation on the one hand and an appeal to the group and its rules as an escape on the other (kindergarten, support group, etc,). Similarly, they inspire in the therapist the need for a containing group of his own in whose confines he will feel less alone.

Discussion

In the course of this paper we raised several ideas regarding heredity and heritage, and we would like to conclude by focusing on a number of key suggestions.

1. Interaction – In our opinion, interaction constitutes the key word in relation to heredity and heritage. It functions with probability tools; thus tracking is very difficult, since its principles are circular, not linear. The external circle is the mutual influence between the brain and the environment; thus the environment constantly restructures genetics. The inner circle is the internal structure of an expression of characteristics – what ignites, and even before that what is transferred from one generation to another. This transfer is reflected in two worlds – in both heredity and heritage, while these two worlds are in a state of considerable mutual influence.

According to the approach of modern physics, internal energy is influenced by environmental forces. Internal forces are free and endless, and external forces fix them. That is, from a probability standpoint the result is an endless variation of the combination of spontaneous behaviors of each structure and the forces working on it. Environment affords choice, or fixing, also of exceptional combinations, that were not seen in the individual system. The conclusion is that external selection causes and affords constant changes in the structure. Put another way, instability is itself the only stable internal structure through which behavior is influenced according to external forces. Things change according to their context.

As a result, tremendous importance is imparted to the processing and regulating of characteristics. As we described the polymorphism of serotonin transporter earlier, it is also possible to be even more extreme and discuss heritage of illnesses. Schizophrenia is an extremely difficult and debilitating mental illness, and it still persists in 1% of the population. It is customary to think that the significance of this distribution is that schizophrenia has some kind of peculiar value in human development. Conversely, it is very difficult to see the value of schizophrenia itself for

development. By way of explanation, it is possible perhaps to suggest the basis of schizophrenia in the development of some kind of "forefather." That is, the genetic - environmental complex that causes the illness is based on an early complex that in another environment - and perhaps in today's environment - constitutes an advantage. It is possible that what is being discussed is a complex of qualities that include sensitivity, vision, creativity, that is based on certain biochemical codes as well as environment. However, with continued development, this complex continued to be more extreme and acute until it ultimately became pathological.

Put another way, as the Greeks said, "Moderation is everything." We suggest that in this complex genetic and environmental system, development is based on the development of complex qualities, as the quality pushes forward and the environment regulates backwards and impedes. As long as the quality has a relative advantage it continues to become more refined and powerful. There is a greater chance of the ignition of the genes that code it, they are transmitted with higher probability, and the environment encourages its expression. At a certain stage, this complex quality becomes too extreme; it becomes pathological. At this stage the pathology becomes a brake, and that is what stops the continued development and flourishing of the quality. That is, it is possible to project from this to the place of the mental disorder and its role as an aid to development in that it constitutes an inhibiting factor. The nucleus of the disorder has considerable evolutionary value – genetically, culturally, developmentally – while the "wrappings" around the nucleus, or the significance of the disorder is the brake.

2. The internal energy that is influenced and regulated among other things by environmental circumstances, expresses itself also in the transfer from the individual to the group, and thus plays a centropathic role – the diversion of the strength from the group to the individual, whose place is in the center. In group therapy, as well as in the milieu, it is possible to see the flow of energy between the individual and the group, from the totality of the individual and vice versa. The energy of the individual is influenced by group events and regulated by them, as a result finding structure and expression. Parallel to the flow of the individual's energy, there is also group energy and there is interaction between them. An interesting question is whether group energy is the sum of the energy of the participants or differentiated energy that does not necessarily represent a quantitative sum. It is possible that this is a new equation expressing the interaction among the participants, as each of them contributes to the group quantitatively and qualitatively. As a result of this interaction, the group as a body has energy of its own. In other words, this is an equation having three unknowns. In each analysis of the reaction of a group, a situation exists in which activities differ from those expected by parts of the group, i.e. the individual people of which it is composed. Frequently this energy allows the creation of things that the individual parts cannot create, and often this is destructive

energy, as in the case of war or acts of destruction. In other words, group energy possesses great power and possible magical elements. Is the group an exclusively human creation? It seems not, since among many species the group exists as a center of power, again without any connection to the relative strength of the individuals of which it is composed. It bestows the ability to survive no less than it demands the sacrifice of the individual for the good of the whole. Quite often it is that sacrifice which allows the whole to survive, thus the group unknown enters into the equation – the importance of its survival as opposed to the survival of the individual. Human groups in the past offered human sacrifices to the gods as a function of custom and culture, not necessarily as an expression of anarchy, and to this day the scapegoat exists in every group and serves it in various ways. It seems that these behaviors are imprinted in the human organism, an imprinting that exists beyond individual logic, ideology or even will. That is, as part of the question of heredity versus environment, the possibility arises that the existence of the group and its behavior are no less heredity than environmental, and they are transmitted by means of clusters of genes. As was mentioned before, 99% of the human genome is no different from any other genome on earth. In other words, one may ask if what is being discussed is an early heredity characteristic, not specific to man, that characterizes all living creatures, and upon which we have no more control than over our eye color. If we assume that the group really does hold within itself hereditary and environmental elements, then group therapy and the use of the group as a clinical tool are also the expression and reflection of a basic human quality or need that does not find expression in "conservative" dyadic therapy. This is a further development of therapy in its reflection of the human and its needs, and will lead to the future harnessing of the group to constructive ends. In a certain sense, this is the harnessing of energy, of natural power that is capable of destroying and creating, for the needs of man, and a return to the development of the individual, and the way to allow him a voice of his own within the needs of the group.

3. The interaction between environment and heredity rather obscures an interesting question: the importance of aggression as an evolutionary value in the development of the human race. If, as stated earlier, what is being discussed is a quality possessing vital developmental significance, then this strengthens the approach according to which development is achieved as a result of a struggle and acts of aggression. This approach constitutes a problem for various moralistic approaches, according to which aggression is a negative thing, as they object to the use of force, competition and generally exercising aggression among human beings. From an "evolutionary" perspective, it is perhaps possible to say that this moralistic approach does not withstand the test of reality. The world, especially the Western world, and the world in general, is based on power. The human race began its development from predatory apes, which flourished at the expense of non-predatory vegetarian apes, and this predatory quality serves us until today.

Conversely, the worship of power, aggression and predatory behavior has brought upon humanity some of the most dreadful disasters in its history, and the twentieth century offers ongoing proof of this. It may be suggested that what holds true in the case of schizophrenia or illness, holds true for the characteristic as well. In other words, the value of aggression is in its processing, in the interaction between impetus and restraint. We suggest that aggression too as a quality regulates itself by means of the balance between characteristic and disorder, thus sublimation is made possible.

4.Transmission too works on the basis of legitimate chance, therefore it is important to be aware of the randomness of the regularity of the unconscious. Transmission demands a hierarchy, time, content, meaning and depth or intensity. If there can be transmission of experiences, can ideas too be transmitted? Can they be partially transmitted? Intensity is a risk factor in unconscious transfer. Put another way – what happens to Oedipus or the prohibition against incest, which constitute the two pillars of Western culture? Does it undergo a change in which there is no need for the old attitude, or is it based on archetypes that cannot be changed? Yet again, what is being discussed here beyond anything else is plasticity, the ability to change. The basic impetus behind the whole complex system of genes and transfer, which allows at times the expression of one characteristic and at other times the expression of another, while leaving the "storeroom" of knowledge and memories whole and unharmed, is the ability to change.

5.The need for eternity. – Man is an animal that stood on two legs and saw a star. He is eternally caught between the life force and the death force, between now and the past, between earth and heaven. Archetypes are an expression of the metaphysical dimension that exists beyond the day-to-day. The idea of Oedipus as an attempt to place a framework and limits on the hunger for eternity and the fear of death. The prohibition against incest as guarding the limits of genetics and the relationship between trait and disorder. The renunciation of eternal life as opposed to a meaningful life, and the renunciation of merging with the parent – the archetype for the sake of the development of the next generation.

Oedipus is life and death.

Incest is merging versus development.

But part of the significance is in its transfer to the next generation and by means of the next generation making an impression on eternity. Perhaps the "civilized" world will have to find new limits and frameworks for itself by means of the archetypes. In the past, the family was extended in the intergenerational sense, even if not the concrete one, through an imprinted and stable hierarchical model. Today not only is the concrete family limited and changing, but in addition the extended family is becoming diffused. What is the role of archetypes in this? Will the internalized father and the internalized mother be imposed on images having changing sexual identity? In other words – the group will offer parts of archetypes and the child will put them in order, like putting together a jigsaw puzzle. Will identity be

made up of several parts and not two parts, as has been acceptable until today? Two questions arise from this: Does group therapy in these cases reflect the development of the self more than individual therapy? Does the human being really need central permanent figures in the real world in order to develop various internalizations?

We suggest that as mutations exist in biological genes, mutations also exist in intergenerational transfer, with the fragmentation and changes in the internalization of parental figures. As there are mutations that become extinct and others that flourish, it is possible to consider possible mutations in intergenerational human ideas that assist in the continuation of humanity – in preserving significant life, but also in preserving development at the price of merging. These are the life-bearing mutations of parental archetypes based on the changes taking place in the concepts of Oedipus and incest.

Together with this, it is important to remember that at least in genetic biology, most of the mutations in genes mean extinction. Conversely, there is the possibility of a different expression of genes, that is, not fragmentation or acute change, but a different expression on the background of a different environment. That is, it is possible that what is being discussed is not mutation but a pendulum swing among several possible family models through history that reach expression according to changes taking place in the environment. What unites them (the basic gene from which they are expressed) is the existence of deep-seated archetypes of parental figures. These archetypes allow stability in periods of instability, and forecast the development of the next period of stability. We suggest that the archetypes are the turner and the turned, the axis upon which intergenerational development turns, as heredity turns on the axis of genetic changes. These are parallel mirrors in a state of constant interaction, which obey the same rules – expression in accordance with environment which relies on something basic, ancient and unchanging. The child, the individual, obeys his genetic rules and also archetypal laws. He uses them in order to create another environment, another heredity and another transfer, by which he preserves significance and development, only the color, style and technique are different. The foundation remains permanent, together with the unwavering belief that there is something new under the sun.

Genetik und generationenübergreifende Weitergabe psychischer Erfahrungen

I. Manor, S. Tyano (Petah-Tiqva)

Die Absicht der Autoren ist es, einen Diskussionsbeitrag zum bekannten Erbe-Umwelt-Problem zu geben. Das genetische Erbe verstehen sie dabei als die biologische Basis der individuellen menschlichen Existenz, welche - im Sinne eines Potentials - die Eigenschaften definiert, die ein bestimmtes Individuum entwickeln kann. Demgegenüber determiniert die Umwelt

und hier besonders die intergenerationalen sozialen Transmissionsmechanismen, welche Aspekte dieses genetisch verankerten Potentials von einem bestimmten Individuum tatsächlich verwirklicht und genutzt werden können. Im Hinblick auf das individuelle Ergebnis spielt die jeweilige Gestalt dieser beiden Komponenten nicht die Hauptrolle, diese kommt vielmehr der Interaktion von Erbe und Umwelt zu.

Für die genetische Übertragung von Eigenschaften hat sich ein weithin akzeptiertes theoretisches Modell durchgesetzt, dass von einer hohen Komplexität der beteiligten Mechanismen und ihres Zusammenspiels ausgeht und auf wahrscheinlichkeitstheoretischen Grundlagen beruht. Der lineare Determinismus der Mendelschen Genetik erscheint in dieser Perspektive nicht mehr als zeitgemäß und angemessen. Der gegenwärtig verfolgte Ansatz ist polygenetisch, d.h. es wird angenommen, dass erst das Zusammenwirken mehrerer Gene den genetischen Ausdruck einer Eigenschaft ermöglicht. Diese Interaktion der beteiligten Gene wird zudem durch den epistatischen Effekt bestimmt, einem synergistischen Effekt, der bestimmt, dass die Interaktion der Gene ein Gewicht erzeugt, das größer ist als die Summe der Einzelgewichte.

Die gestaltende Rolle der Umwelt lässt sich daran ablesen, dass sie den Ausdruck, bzw. die Aktivität bestimmter Gene fördert, während sie den Ausdruck anderer hemmt. Dadurch wird ein Zufallselement eingeführt, das in Einklang mit der Wahrscheinlichkeitstheorie steht. Dies ist so zu verstehen, dass bestimmte Gene mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit in einer bestimmten Umwelt zum Ausdruck gelangen bzw. aktiv werden, wohingegen jede Veränderung – genetisch oder in der Umwelt – die Wahrscheinlichkeiten neu definiert. Die von den Autoren vertretene interaktionale Perspektive hat auch wichtige Konsequenzen für die Erforschung psychischer Störungen. Sie macht deutlich, dass es nicht ausreicht, genetische Polymorphismen als mögliche Ursachen psychischer Störungen zu identifizieren, ohne eine Aussage über ihr Zusammenspiel mit der (sozialen) Umwelt zu treffen. Ein bestimmter Polymorphismus ist somit nicht automatisch Ausdruck einer Erkrankung, es kann sich dabei auch um den Ausdruck einer an und für sich positiven Fähigkeit handeln, die unter bestimmten Umweltbedingungen notwendig und konstruktiv sein kann, während ihr erst unter veränderten Umweltbedingungen der Charakter einer krankheitswertigen Fehlanpassung zukommt. Die Interaktion von Genen und Umwelt ist also auch hier entscheidend dafür, an welcher Stelle des Spektrums zwischen normal und pathologisch der Ausdruck einer bestimmten Eigenschaft anzusiedeln ist.

Die familiäre Umgebung ist der bedeutendste Aspekt der Umweltbedingungen, denen ein Kind ausgesetzt ist. Die Konstituierung der kindlichen Psyche wird stark durch die Übertragung von Wünschen, Ängsten, Einstellungen, Werten, etc. von der Eltern- auf die Kindergeneration beeinflusst; ein Mechanismus, den die Autoren als intergenerationale Transmission bezeichnen. Intergenerationale Transmission nimmt auch in

besonderem Maße Einfluss auf die seelische Gesundheit des Kindes, nämlich z.B. dann, wenn die Eltern eigene Kindheitstraumata im Sinne eines unbewussten Wiederholungszwangs gegenüber ihrem Kind ausagieren. Das Ausmaß, in dem eine solche pathogene Transmission stattfindet, variiert von Familie zu Familie. Es wird wesentlich dadurch bestimmt, wie gut es Eltern gelingt, sich an die eigenen Kindheitstraumata zu erinnern und sich damit auseinander zu setzen. Wo dies der Fall ist, wird eine Identifikation mit dem kindlichen Ich möglich und die Identifikation mit dem Angreifer kann vermieden werden. Dadurch kann der Teufelskreis pathogener intergenerationaler Transmission durchbrochen werden.

Das Zusammenspiel von genetischer Veranlagung und Umwelteinflüssen wird von den Autoren an einer Reihe von Beispielen illustriert. Besonders anschaulich wird es an der intrauterinen Existenz des Fötus. Obwohl der Fötus von allen direkten äußeren Umwelteinflüssen abgeschnitten ist, wird er in den neun Monaten im Uterus stärker von Umwelteinflüssen geprägt, als zu irgendeinem späteren Zeitpunkt nach der Geburt. Die Umwelt während dieses Zeitabschnitts ist die biologische Dimension des umhüllenden mütterlichen Körpers. In dieser wird die Entwicklung des Fötus durch eine Vielzahl biochemischer Überträgerstoffe und -prozesse, ausgelöst sowohl durch den physischen als auch durch den psychischen Zustand der Mutter, geprägt. Sowohl organische Eigenheiten der Mutter wie z.B. Schwangerschaftsdiabetes, als auch psychischer Stress, den sie während der Schwangerschaft erfährt, wie z.B. Ängste und Depressionen interagieren auf diesem Weg bereits im Mutterleib mit den genetischen Anlagen des Kindes. Wenn das Kind auf die Welt kommt, hat es somit schon ein gutes Stück des Entwicklungsweges zurückgelegt, der aus dem niemals endenden Zusammenspiel von Erbe und Umwelt entspringt.

Die intergenerationale Transmission, so wie sie von den Autoren verstanden wird, ist aber nicht nur auf die Weitergabe autobiographischer Erfahrungen der Eltern im Familienkontext beschränkt, sondern bezieht sich auf alle Ebenen sozialer Ökosysteme. Durch das Beispiel der Eltern und anderer für die Entwicklung des Kindes signifikanter Personen findet z.B. auch eine Vermittlung von Werten und Einstellungen der Gesellschaft, des Kollektivs, statt. Diese Transmission geschieht in einer diffusen, nichtlinearen Weise, so dass eine Vielzahl von zum Teil auch widersprüchlichen Kombinationen unterschiedlicher Einflüsse möglich ist. Ein Beispiel wäre etwa, wenn ein Kind in einer sehr eingeschränkten und einschränkenden Familienumgebung aufwächst, die zugleich in einen permissiveren, vielfältigeren gesellschaftlichen Kontext eingebettet ist. In solchen Fällen ist zu beobachten, dass Inhalte von beiden Seiten übertragen werden, und es können auch die möglichen Wechselwirkungen und Fluktuationen dieser Inhalte im Individuum nachvollzogen werden. Eine weitere Möglichkeit der Transmission vom Kollektiv zum Individuum wird von den Autoren in Betracht gezogen, die sich direkt im genetischen Erbe niederschlagen kann. Sie gehen davon aus, dass geistige Konzepte einer Kultur über eine lange

Generationenfolge den Status von Archetypen erlangen können, d.h. Teil des genetischen Erbes werden und dadurch die individuelle Existenz in späteren Generationen prägen. Der umgekehrte Weg der Transmission – vom Individuum zum Kollektiv – wodurch kollektive Identitäten bestätigt auch verändert werden können, wird von den Autoren ebenfalls berücksichtigt und anhand von Beispielen beschrieben. In Anbetracht der vielfältigen Übertragungs- und Einflussmöglichkeiten ziehen die Autoren den Schluss, dass die Interaktion zwischen genetischem Erbe und sozialer Übertragung so komplex ist, dass lineare Kausalmodelle nicht geeignet sind, sie angemessen abzubilden. Allein Modelle, die auf der Grundlage von Chaostheorie und Wahrscheinlichkeitstheorie gebildet werden, können dieser mehrdimensionalen komplexen Realität gerecht werden.

References

Bachar, E., Cale, M., Eizenberg, J., Dasberg, H.(1994): Aggression expression in grandchildren of holocaust survivors – a comparative study. Isr J Psychiatry Relat Sci. 31: 41-47.

Benoit, D., Parker, K.C. (1994): Stability and transmission of attachment across three generations. Child Dev , 65(5): 1444-56.

Edelmann, A. (1995): Traumatic memory and the intergenerational transmission of holocaust narratives. Psychoanal Study Child.; 50:343-367.

Fraiberg, S., Adelson, E., Shapiro, V. (1975): Ghosts in the nursury. Journal of Child Psychiatry, 14:3, 387-390.

Freud S. (1964): An outline of psychoanalysis. S.E. XXIII. London: The Hogarth Press and Institute of Psycho-Analysis, 166-7.

Johnson, J.L., Leff, M. (1999): Children of substance abusers: overview of research findings. Pediatrics103 (5): 1085-1099.

Jung, C. (1953-1971):Collected Works, 9, Part I. London: Routledge and Kegan Paul, 1953-1971.

Liang, F., Holt, I., Pertea, G., Karamycheva, S., Salzberg, S.L.,; Quackenbush, J. (2000): Gene index analysis of the human genome estimates approximately 120,000 genes. Nat Genet June; 25(2):239-40

Miller, L., Kramer, R. Warner, V., Wickramaratne, P., Weissman, M. (1997): Intergenerational transmission of parental bonding among women. J Am Acad Child Adolesc. Psychiatry. 36(8): 1134-1139.

Adress of the Authors:

I. Manor
Prof. S. Tyano
Children and Adolescent Division
Geha Mental Health Center
P.O. Box 102
Fax: 972 – 9241041
Tel.: 972 – 9258206/6

Gesundheitsförderung und Schizophrenie: Die Bedeutung sozialer Ressourcen für den Patienten**

Margit Schmolke (New York)*

The general meaning of „health resources" is discussed within the conceptual framework of health promotion formulated in the Ottawa Charter of the World Health Organization. Personal, social and material resources play a central role in this concept. A basic message of a resources perspective is the following: Even in the most disturbed individual as well as in the most deficient environment one can find resources to be promoted for development within the individual-environment-system. In this connection, the author discusses Ammon's concept of „strengthening the patient's healthy parts" and the healing impact of social relationships in psychotherapy and Sullivan's clinical observation that schizophrenic patients are basically capable of „interpersonal relatedness". The author documents the importance of social resources (eg, supportive network, peer relations, partnership, family) in the life of schizophrenic patients using empirical results she has recently obtained. She also illustrates the concept of social resources with a short case study.

Konzeption der Gesundheitsförderung

Die erste internationale Konferenz der WHO zur Gesundheitsförderung im Jahre 1986 in Ottawa verstand sich in erster Linie als eine Antwort auf die wachsenden Erwartungen an eine neue öffentliche Gesundheitsbewegung. Während in den vergangenen Jahrzehnten die medizinisch ausgerichtete Gesundheitsversorgung in den Industrienationen mit stetig steigenden Kosten verbunden war, wurde zunehmend deutlich, dass weitere Investitionen im kurativen Bereich die Gesundheit der Bevölkerung nicht mehr grundlegend verbessern kann. Aufgrund dieser Erkenntnis setzt sich die Ottawa-Charta für eine umfassende, soziale und ökologische Auffassung von Gesundheit ein.

Die Ziele eines „aktiven, gesundheitsförderlichen Handelns" umfassen folgende Schritte:

- Eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik entwickeln
- Gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen
- Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen
- Persönliche Kompetenzen entwickeln
- Die Gesundheitsdienste neu orientieren

Im Sinne der Ottawa-Charta der WHO wird Gesundheit nicht als vorrangiges Lebensziel verstanden, sondern als ein aktiv herzustellender wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens. Gesundheit wird demnach

* Dr. phil., Dipl.Psych., Psychoanalytikerin, Gruppenpsychotherapeutin, approbierte Psychotherapeutin. Klinische Psychologin am Bellevue Hospital Center, New York.

** Vortrag, 13. Weltkongress der WADP und XXVI. Internationales Symposium der DAP zum Thema „Die Bedeutung der Gruppe für Krankheit und Gesundheit", 13.-17. März 2001, im Physiologikum der Ludwig-Maximilians-Universität München.

von den Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt, nämlich dort wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben.

> „Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen." (Ottawa-Charta, 1986)

Gesundheit kann nicht erreicht und gefördert werden lediglich durch Prävention und Behandlung von Krankheiten, dies gilt ebenso für psychische Krankheiten (vgl. *Orley,* 1998). Geht es um Gesundheitsförderung, dann stößt das Konzept der Prävention, das auf dem Risikofaktoren-Modell basiert, auf klare Grenzen. In der folgenden Tabelle soll das Konzept der Prävention und der Gesundheitsförderung in ihren zentralen Aspekten gegenübergestellt werden.

Konzepte der Prävention und Gesundheitsförderung

Die Grundannahmen, die den Konzepten „Prävention" und „Gesundheitsförderung" zugrundeliegen, unterscheiden sich. Folgende Gegenüberstellung (in Anlehnung an *Waller*, 1992) soll diese konzeptionellen Unterschiede verdeutlichen.

Prävention	*Gesundheitsförderung*
Negativdefinition von Gesundheit (Abwesenheit von Krankheit)	Positivdefinition von Gesundheit (Gestaltungskraft, Bewältigungsfähigkeit
Vermeidungsverhalten bezüglich Risikofaktoren und Krankheiten	Aktivierung von Ressourcen, selbstbestimmtes Gesundheitshandeln / Empowerment
Medikalisierung von Gesundheit	Politisierung von Gesundheit
Professionelle Vereinnahmung von Gesundheit Gesundheitserziehung	Mitsprache und Mitgestaltung der Bürger in der Gemeinde Laienkompetenz, Selbsthilfe
Privatisierung u. Individualisierung von Gesundheitsrisiken	Öffentliche Zuständigkeit für die Gesunderhaltung der Bevölkerung

Interessant ist, dass die WHO das Konzept der Salutogenese von *Antonovsky* (1997) in ihren Ansatz der Gesundheitsförderung integriert hat. *Antonovsky* hat mit seiner zentralen Frage, wie Gesundheit entsteht und aufrechterhalten wird, eine rege Diskussion und Forschungstätigkeit

weltweit angeregt. Dabei hat er auf die Gefahr hingewiesen, dass im Rahmen von Gesundheitsförderungs-Programmen einheitliche, rezeptartige Interventionen entwickelt und angewandt werden, die für jeden Patienten die gleiche Wirkung haben sollen. *Antonovsky* war es wichtig, die Einzigartigkeit des Individuums zu betonen mit seiner je individuellen Lebensgeschichte, Lebensstil und Erfahrungen, worauf im Rahmen von Gesundheitsförderungs-Programmen explizit eingegangen werden muss, wenn eine Intervention Erfolg haben soll (vgl. *Antonovsky*, 1996).

Faltermaier (1999) versteht das gesundheitsbezogene Handeln von Laien als ein bedeutsames „verdecktes Gesundheitssystem" des Alltags. Er betont, dass eine sinnvolle Gesundheitsförderung, die die Mündigkeit von Bürgern und Patienten ernst nimmt, nicht daran vorbei komme, sich auf deren Lebenswelt und Vorstellungswelt einzulassen. Eine „Wiederaneignung von Gesundheit durch die Betroffenen" bedarf nach *Faltermaier* (1991) des Sichtbarmachens alltäglicher Gesundheitsleistungen. Er schlägt für eine „subjektorientierte Gesundheitsförderung" folgende vier Bestandteile vor:

Subjektorientierte Gesundheitsförderung:

1. ein ganzheitlich-positiver Gesundheitsbegriff
2. Orientierung am Subjekt und seinen Alltagskompetenzen
3. Förderung von Ressourcen
4. Berücksichtigung eines lebensweltlichen und sozialen Kontextes

(vgl. *Faltermaier*, 1999)

Das Konzept des Empowerment

Das Konzept des „Empowerment" ist eng verbunden mit der Definition der Ottawa-Charta, die gesundheitsbezogene Aktionen sowohl auf individueller als auch auf der Ebene der Gemeinde beschreibt und Empowerment zu den zentralen Bestandteilen der Gesundheitsförderung zählt. Empowerment ist das Gegenteil von Demoralisierung. Das bedeutet im einzelnen, dass Individuen und Organisationen ihre Fähigkeiten und Ressourcen in gemeinschaftlicher Anstrengung einsetzen, um aktiv an politischen, sozialen und kulturellen Entscheidungsprozessen teilzuhaben (vgl. *Nutbeam*, 1998) Durch ein solches Engagement wird das Bewusstsein gestärkt, einen gestaltenden Einfluss auf die eigenen Lebensbedingungen nehmen zu können. Es werden neue persönliche Kompetenzen entdeckt und gefördert und befriedigende Sozialkontakte in der Gemeinde geknüpft (vgl. *Legewie & Jansen*, 1997).

> „Empowerment geht davon aus, dass viele Fähigkeiten beim Menschen bereits vorhanden oder zumindest möglich sind, vorausgesetzt, man schafft Handlungsmöglichkeiten. Das Konzept des Empowerment unterstellt, dass das, was als Defizite wahrgenommen wird, das Ergebnis sozialer Strukturen und mangelnder Ressourcen darstellt, in denen sich vorhandene Fähigkeiten nicht entfalten können." (*Rappaport*, 1985, S. 270)

Gesundheitsressourcen und Ressourcenperspektive

Der Begriff „Ressourcenforschung" wurde von *Badura* (1981) analog zum Begriff der „Belastungsforschung" entwickelt und stellt ein Gegengewicht zum pathogenetischen Ansatz dar. Gegenstand der Ressourcenforschung ist die Identifizierung von persönlichen, sozialen, organisationalen und materiellen Ressourcen, Hilfen und Schutzfaktoren für die Verhinderung von Krankheiten bzw. für die Erleichterung ihrer Bewältigung. Einen wichtigen Beitrag zur Erforschung von Schutzfaktoren von Kindern, die trotz erheblicher Belastungen gesund geblieben sind, haben die Ergebnisse der sog. „Resilienzforschung" in Form von Längsschnittstudien (*Werner & Smith*, 1982) geliefert.

Die „Ressourcenperspektive" propagiert nicht ein Ideal des „allumfassend ressourcenreichen und handlungskompetenten Menschen in einer allumfassend ressourcenreichen Umwelt", sondern beinhaltet auch Zugeständnis, Akzeptierung, Abfinden und Leben mit persönlichen und kontextualen Mängeln und Defiziten. Allerdings geht sie davon aus, dass auch im schwerstgeschädigten Individuum, in der defizitärsten Umwelt und in den gestörtesten Mensch-Umwelt-Transaktionen förderbare Ressourcen zu finden sind. Beispiele sind etwa die Erfahrungen aus psychiatrischen Programmen zur Enthospitalisierung, bei denen langjährige Anstaltspatienten alte und neue Ressourcen (wieder)entwickeln und neue Kontextressourcen entstehen konnten (vgl. *Nestmann*, 1996).

Zur Veranschaulichung von gesundheitsprotektiven Ressourcen sei im folgenden das „Anforderungs-Ressourcen-Modell" des Trierer Psychologen *Peter Becker* (1992, S. 99-105) herangezogen, das inhaltlich viele Parallelen zu dem Konzept der Salutogenese von *Antonovsky* (1997) aufweist. Der Kerngedanke des Modells von *Becker* (1992) besagt, „dass der aktuelle Gesundheitszustand davon abhängt, inwieweit es einer Person mit Hilfe der ihr zur Verfügung stehenden Ressourcen innerhalb der letzten Zeit gelungen ist bzw. aktuell gelingt, bestimmte Anforderungen zu bewältigen. Fällt die Erfolgsbilanz der letzten Zeit positiv aus, ist eher mit Wohlbefinden und Gesundheit, bei negativer Bilanz mit Missbefinden und Krankheit zu rechnen" (*Becker*, 1992, S. 99). *Becker* unterscheidet zwischen externen und internen Anforderungen sowie zwischen externen und internen Ressourcen. An dieser Stelle soll nur auf die Psychosozialen Ressourcen näher eingegangen werden.

Anforderungs-Ressourcen-Modell (Becker, 1992)

Externe psychosoziale Ressourcen: Günstige familiäre Bedingungen, günstige Bedingungen am Arbeitsplatz, intakte nachbarschaftliche Beziehungen, günstige materielle Bedingungen, gut ausgebautes Netz von Gesundheitsdiensten und sozialen, kulturellen und pädagogischen Einrichtungen, demokratische und rechtsstaatliche politische Rahmenbedingungen.

Externe physische Ressourcen: Eine gesunde Umwelt, ein Angebot an preiswerter, gesunder Nahrung, Medikamenten, Schutzeinrichtungen vor gesundheitlichen Gefährdungen am Arbeitsplatz, im Wohnbereich und im Straßenverkehr.

Interne psychische Ressourcen: Habituelles Gesundheitsverhalten (wie gesunde Ernährung, Bewegung, Entspannung, Erholung) und habituelle seelische Gesundheit (sich dem Leben und seinen Schwierigkeiten gewachsen zu fühlen, Sinnerfülltheit des Lebens, Selbstverwirklichung, hohes Selbstwertgefühl, Liebesfähigkeit, etc.)

Interne physische Ressourcen: Gute physische Kondition, geringe Labilität des autonomen Nervensystems, konstitutionelle Invulnerabilität (niedrige genetische oder erworbene Krankheitsdisposition)

Zum Verständnis „sozialer Ressourcen"

Zu den sozialen Ressourcen werden soziale Unterstützung, soziale Integration und soziale Netzwerke sowie Zugangsmöglichkeiten zu professionellen Hilfen gezählt. Im Verständnis der WHO beinhaltet soziale Unterstützung die emotionale Unterstützung, das Teilen von Informationen, materielle Ressourcen sowie Dienstleistungen und wird als wichtiger Bestandteil von Gesundheit betrachtet. Außerdem trägt soziale Unterstützung zur Verbesserung der Lebensqualität des einzelnen bei (vgl. *Nutbeam*, 1998).

Soziale Netzwerke können je nach Größe und Zusammensetzung in unterschiedlichem Grade folgende Funktionen erfüllen: Informationsvermittlung, praktische Alltagshilfe, emotionale Unterstützung und Vermittlung eines Rahmens für den Aufbau der sozialen Identität. Menschen mit einem ressourcenreichen Netzwerk können mit Bedrohungen, Belastungen und Konflikten besser fertig werden als Menschen mit einem reduzierten Netzwerk (vgl. *Keupp*, 1991; v. *Kardoff & Stark*, 1990). In Analogie zum biologischen Immunsystem spricht *Caplan* (1964) vom „sozialen Immunsystem".

Im Rahmen des Konzeptes der Gesundheitsförderung wird betont, dass sowohl die soziale Unterstützung als auch das soziale Netzwerk wesentlich von dem aktiven Austausch zwischen der Person und ihrer Umgebung abhängen. Soziale Unterstützung kann also nicht einfach als gegeben angesehen werden, sondern „sie muss auch von der Person wahrgenommen und angenommen werden" (*Hurrelmann*, 1991, S. 198). Außerdem kann die Person in ihren unterschiedlichen sozialen Beziehungen nicht nur der empfangende, sondern auch der gebende Teil von Unterstützung sein.

Ammon (1982) weist in diesem Zusammenhang auf die Wechselwirkung zwischen der Identität des Einzelnen (hier verstanden als personale Ressource) und dem sozialen Austausch unter Menschen hin, den er auch als Austausch von „Sozialenergie" bezeichnet hat. In *Ammons* gruppendynamischen Verständnis stehen Identität und soziale Beziehungen in einem engen wechselseitigen Bedingungsverhältnis zueinander.

In der Forschung zur „sozialen Unterstützung" wird neben den bekannteren positiven auch auf negativen Wirkungen hingewiesen. So kann soziale Unterstützung auch inadäquate, misslungene Hilfeleistung, Overprotection, unbeabsichtigte Verminderung des Selbstwertgefühls, enttäuschte Erwartungen, Abhängigkeit oder verminderte Reziprozität bedeuten (vgl. *Baumann* et al., 1998)

Zur Bedeutung der Gesundheitsförderung insbesondere für das Verständnis von schizophrenen Patienten

Helmut Milz (1992) macht Vorschläge für die praktische Umsetzung des Health Promotion-Ansatzes und betont, dass das Individuum in seiner komplexen, realen Lebenssituation untersucht und in seiner eigenen Sprache und Ausdrucksform verstanden werden muss, wenn gesundheitsfördernde Lebensstile sinnvoll gefördert werden sollen. *Milz* schlägt folgende hierarchisch aufgebaute Interventionsebenen vor:

- Gesundheitsförderung
- Gesundheitsschutz
- frühes Aufdecken von Gesundheitsmängeln
- frühe Diagnostik von Krankheiten
- Akutbehandlung
- kontinuierliche Behandlung und Rehabilitation

Im folgenden soll nun explizit auf den zentralen Bereich der „Sozialen Ressourcen" im Konzept der Gesundheitsförderung eingegangen werden, und zwar soll dieser Bereich veranschaulicht werden am Beispiel schizophrener Patienten.

Soziale Beziehungen und Bedürfnis nach Kontakt und Austausch sind bei schizophren erkrankten Menschen entgegen herkömmlicher psychiatrischer Auffassung nicht defizitär ausgeprägt im Sinne einer „geringen Soziabilität" (vgl. z.B. *Wiedl*, 1991), sondern explizit vorhanden. Dazu eine bedeutsame Aussage von *Weitbrecht* (1963, zit. nach *Schaub*, 1993, S. 288):

„Das mangelnde Kontaktbedürfnis des Schizophrenen ist eine Sage; er tut sich nur gewöhnlich schwer bei der Verwirklichung." (*Weitbrecht*, 1963)

In Bezug auf die Arbeit mit psychiatrischen Patienten betont *Frieda Fromm-Reichmann* (1950), eine der Pioniere der Schizophrenie-Psychotherapie in den 50er Jahren, die sich intensiv um einen therapeutischen Zugang zu chronisch schizophren Erkrankten bemüht hatte, dass diese Patienten oft einsame Menschen sind, aber in ihrem zurückgezogenen Zustand durchaus nicht glücklich seien. Und *Harry Stack Sullivan* (1962), ebenfalls ein Pionier der Schizophrenie-Psychotherapie, hatte stets auf die grundsätzliche Fähigkeit zur „interpersonalen Bezogenheit" (interpersonal relatedness) sogar beim zurückgezogensten schizophrenen Patienten hingewiesen.

Günter Ammon hat explizit auf die „Stärkung gesunder Persönlichkeitsanteile" in der Psychotherapie hingewiesen, wozu ganz besonders die heilende Wirkung sozialer Beziehungen gehört. In seinem Schizophrenie-Verständnis gilt grundsätzlich, dass jede Beziehung, die der schizophren erkrankte Patient hat – sei es zu Therapeuten, Mitpatienten, Freunden, Kindern, geliebten Tieren oder Dingen – in welcher er sich als Partner ernstgenommen und existent fühlt, einen emotionalen Schutz und eine wichtige Kontaktbrücke darstellt (*Ammon* 1979) und somit als ein gesundheitsprotektiver Faktor verstanden werden kann.

Den Patienten zu allererst versuchen zu verstehen in seinen oft subtilen Kontakt- aber auch in seinen Abgrenzungsbedürfnissen, stellt eine eine wichtige Aufgabe in der Therapie dar. In Bezug auf die Abgrenzungsbedürfnisse von schizophren erkrankten Menschen schlägt die kanadische Ethnologin *Ellen Corin* (1997) ein positives Verständnis von Rückzugstendenzen dieser Patienten vor: Statt diese im Sinne des pathogenetischen Denkens der Psychiatrie als typische Negativsymptomatik zu kategorisieren, bezeichnet sie den Wunsch nach Abgrenzung als „positiven Rückzug" (positive withdrawal). Und zwar trifft diese Bezeichnung für eine Gruppe der von ihr untersuchten Patienten zu, die im Vergleich zu anderen Patienten weniger häufig hospitalisiert werden mussten. Diese Form des Rückzugs ist charakterisiert durch eine Position der Distanz zu sozialen Rollen und sozialen Beziehungen, verbunden mit verschiedenen Strategien, die dennoch eine subtile, feine Verbindungslinie zu ihrer sozialen Umgebung aufrechterhalten. Diese Distanz zur sozialen Welt versteht *Corin* eher als eine Einstellung des „detachment" als einen empfundenen Ausschluss. Ein Auszug aus einem Interview illustriert den „positiven Rückzug" eines Patienten, der sein vorangegangenes Leben als überaus hektisch und geschäftig bezeichnet:

„Als ich das Krankenhaus verließ, bin ich mit mir selbst ins reine gekommen, ich habe fast versucht, mich in mich selbst zurückzuziehen, ich brauchte den Rückzug, dieses gelegentliche Alleinsein." (*Corin*, 1997)

John Strauss et al. (1986), der im Rahmen der bekannten WHO-Schizophreniestudie zahlreiche Verlaufsuntersuchungen bei schizophrenen

Patienten durchgeführt hat, versteht Rückzugstendenzen bei diesen Menschen als wichtigen Regulationsversuch innerer und äußerer Anforderungen.

Ergebnisse aus einer eigenen Untersuchung zum Thema „Soziale Ressourcen"

In einer eigenen Untersuchung zu „Subjektiven Gesundheitsförderungs-Strategien bei ambulant betreuten schizophrenen Patienten" (*Schmolke*, 2000, 2001) wurden ausführliche Interviews mit diesen Patienten mit einer „salutogenetischen Perspektive" ausgewertet. Dabei konnte u.a. nachgewiesen werden, dass die meisten untersuchten sog. chronisch schizophren Erkrankten keineswegs nur „passive Opfer" sind, die ihrer Erkrankung hilflos ausgeliefert sind, sondern dass sie im Laufe der Zeit ein „Expertenwissen" und vielfältige Regulierungsmechanismen entwickelt haben, um mit ihrer Erkrankung und darüber hinaus mit den alltäglichen Anforderungen in ihrem Leben umzugehen. Die Krankheit stellt nur einen Aspekt in ihrem Leben dar, außerhalb von akuten Krankheitsphasen bezeichnen sich die Probanden explizit nicht als „psychisch krank". Dieses Selbsterleben stellt m.E. eine wichtige Grundlage für ein gesundheitsförderndes Arbeiten mit diesen Menschen bzw. für die Arbeit mit den „gesunden Ich-Anteilen" dar.

Zu den zentralen Ergebnissen dieser Untersuchung gehört – entgegen der in der herkömmlichen Psychiatrie vertretenen Ansicht, dass schizophrene Patienten ein mangelndes Kontaktbedürfnis hätten – dass bei den Untersuchungsteilnehmern die „sozialen Ressourcen", d.h. die Wichtigkeit persönlicher Kontakte und Beziehungswünsche, am stärksten ausgeprägt waren. Dabei spielen Familie und Partnerschaft eine zentrale Rolle. Allerdings haben Probanden, die sehr zurückgezogen leben und ganz auf die Kernfamilie als ihr ausschließliches Lebensfeld angewiesen sind, am wenigsten Eigenständigkeit und Kontaktwünsche zu anderen Menschen außerhalb der Familie entwickelt.

In Bezug auf die sozialen Ressourcen der untersuchten Patienten konnten folgende Hauptthematiken anhand eines eigens entwickelten Gesundheitsressourcen-Inventars herausgearbeitet werden, das der Interviewauswertung diente:

Soziale gesundheitsförderliche Strategien und Ressourcen von ambulant betreuten schizophrenen Patienten

- ❑ Bedürfnis, Teil der Gesellschaft zu sein und gebraucht zu werden
- ❑ Emotionales Wohlbefinden durch aktiven sozialen Austausch
- ❑ Unterstützende Arzt-Patient-Beziehung
- ❑ Teilnahme in Peer-Gruppen
- ❑ Wunsch nach Distanz zum kranken Umfeld
- ❑ Partnerschaft als protektiver Faktor
- ❑ Familie als Ort sozialer Unterstützung und starker Bindungen
- ❑ Sinn im Leben durch zwischenmenschliche Beziehungen und für andere wichtig zu sein

---

Teil-Ergebnis aus der empirischen Studie „Subjektive Strategien der Gesundheitsförderung bei ambulant betreuten schizophrenen Patienten" (*Schmolke*, 2000, 2001)

Im folgenden soll ein kurzes Fallbeispiel aus der genannten Untersuchung geschildert werden, die die zentrale Rolle der „sozialen Ressourcen" und insbesondere das Bedürfnis der Patienten, gebraucht zu werden und wichtig für andere Menschen zu sein, illustrieren soll.

Fallbeispiel einer ambulant betreuten schizophrenen Patientin
Motto: „Ich war immer ein Herdentier"

Frau G ist 59 Jahre alt, sie lebt mit ihrem Mann, der eine Alkoholproblematik hat, und einem Hund in einer Dreizimmerwohnung in Leipzig, die gepflegt und bürgerlich eingerichtet ist. Frau G ist seit 38 Jahren verheiratet, sie hat drei erwachsene Söhne. Der Hund wird von ihr ebenso aktiv in das Interview einbezogen wie der Ehemann. Frau G spricht sehr viel und schnell, sie ist gefühlsmäßig beteiligt. Bei bedeutsamen Themen, v.a. wenn es um ihre lange Krankheit oder ihre belastete Kindheit geht, ist sie den Tränen nahe oder gereizt. Frau G befand sich mehrfach in stationärer psychiatrischer Behandlung in einem Zeitraum von ca. 15 Jahren. In einer Phase extremer Regression, in der sie gefüttert und gewindelt werden musste, sollte sie in ein Pflegeheim verlegt werden. Dies wurde von einem engagierten Arzt verhindert, der ihr zutraute, wieder zuhause zu leben und sie aus der Klinik – mit Erfolg – entließ. Seitdem ist Frau G in ambulanter Behandlung bei einem Psychiater, zu dem sie Vertrauen hat, sowie in einer ambulanten Gesprächsgruppe.

Frau G berichtet ausführlich und detailreich über wichtige Lebensereignisse, z.B. über ihre Mutter, die selbst nervenkrank gewesen ist und in einer Heilanstalt untergebracht wurde. In ihrer Kindheit wurden Frau G und ihre drei Geschwister in verschiedenen Kinderheimen untergebracht. Im Kinderheim habe sie sich zu einem „Herdentier" entwickelt – ein Motto, das sich als eine zentrale Thematik durch ihr Leben zieht. Ihr Bedürfnis,

sich an andere Menschen anzuschließen, half ihr schließlich, die schwierigsten Zeiten in den psychiatrischen Kliniken und die dortige Behandlung mit Elektroschocks und Zwangsmedikation psychisch zu überstehen.

Die Familie und ihr Zusammenhalt ist für Frau G das wichtigste Thema, das sich durch beide Interviews wie ein roter Faden zieht. Im Zusammenhang mit der Familie spricht Frau G auch von einem „Faden" oder „dem normalen Gang, dass man eben Familie hatte, dass man eben Mann hatte und alles in Ordnung ging, weil jeder dafür gesorgt hat". In Krankheitsphasen „war der Faden ganz einfach weg", das Aufrechterhalten des „normalen Lebens" war in diesen Zeiten durchbrochen oder abgeschnitten. Die lange bestehende Ehe, die Geburten ihrer Söhne, die Beziehung zu ihren Kindern, deren Ehefrauen bzw. Freundinnen und zu ihren Enkelkindern nehmen einen großen Raum im Interview ein.

Durch die Beziehung zu ihrem Mann habe Frau G die Zeit ihrer Krankheit überhaupt überstehen können, ohne die Familie hätte sie es nicht geschafft. Das Alkoholproblem des Ehemannes belastet sie zwar, aber sie toleriert es und führt es darauf zurück, dass ihr Mann durch ihre lange Krankheit selbst überlastet und überfordert war. Zur Familie zählt auch der Hund, der ihr über viele Sorgen hinweg hilft. Die notwendige Fürsorge für den Hund und ihre Haushaltspflichten geben ihr Struktur und Disziplin und damit einen gewissen Halt im Alltag. Manchmal macht sie lange Spaziergänge und führt mit ihrem Hund Selbstgespräche, danach fühlt sie sich entlastet.

Frau G ist in ein Netz unterschiedlicher sozialer Beziehungen eingebunden, das sie sich zusätzlich zu ihrem familiären Kreis geschaffen hat. Sie hat einige Freundinnen, denen sie mit Zuhören und Ratschlägen für deren Problemen hilft und von denen sie selbst Zuwendung bekommt. Sie besucht seit vielen Jahren einen Chor, in dessen Gemeinschaft sie einen festen Platz hat. Sie unterhält außerdem lockere Beziehungen zu einigen Nachbarn, die um ihre Krankheit wissen, oder zu anderen Hundebesitzern in ihrer Nachbarschaft. Charakteristisch für Frau G ist ihre gebende und helfende Rolle innerhalb der Familie und anderen sozialen Beziehungen. Es bedeutet ihr sehr viel, dass sie selbst auch für andere wichtig ist.

Wird Frau G nach ihren Erwartungen an andere Menschen gefragt, antwortet sie überraschend, dass sie von anderen gebraucht wird. Und wenn es den anderen gut geht, dann gehe es ihr auch gut. Dies entspricht eher dem Gemeinschaftsdenken in traditionellen Gesellschaften als einer individuumzentrierten Sichtweise.

Seit 1989, dem Jahr der Wende in der früheren DDR, ist Frau G nicht mehr in einer psychiatrischen Klinik gewesen, ihr Gesundheitszustand hat sich weitgehend stabilisiert. Manchmal leidet sie unter Konzentrationsschwierigkeiten, depressiven Phasen und Stimmungswechsel und erlebt sich verunsichert in ihrem Selbstwert. Insgesamt sei sie mit ihrem jetzigen Leben zufrieden, wie sie selbst sagt. Für die Zukunft wünscht sich Frau G eine stabile Gesundheit für sich und ihren Mann, dass „einer dem anderen

Implikationen einer gesundheitsfördernden Sichtweise für die klinische Praxis

Im folgenden sollen zentrale Implikationen einer gesundheitsfördernden Sichtweise für die klinische Praxis in der Psychotherapie und Psychiatrie zusammengefasst werden, sie werden im nachfolgenden Kasten skizziert und anschließend erläutert.

Implikationen einer gesundheitsfördernden Sichtweise für die klinische Praxis

1. Gesundheitsförderung als „Perspektivenerweiterung" – nicht als Gegensatz zur psychopathologischen Sichtweise
2. Umsetzung selbstdefinierter Lebensziele des Einzelnen
3. Gesundheitsfördernde Faktoren sind keine statischen Größen
4. Ein Risikofaktor kann u.U. einen protektiven Effekt haben
5. Gesundheitsförderung in Beziehung zu persönlichen Werten und Lebenserfahrungen des Einzelnen
6. „Personsein" statt „Patientsein"
7. Symmetrische Therapeut-Patient-Beziehung
8. Beitrag zum Abbau von Stigmatisierung

Implikationen einer gesundheitsfördernden Sichtweise für die klinische Praxis

Im folgenden sollen zentrale Implikationen einer gesundheitsfördernden Sichtweise für die klinische Praxis in der Psychotherapie und Psychiatrie zusammengefasst werden, sie werden im nachfolgenden Kasten skizziert und anschließend erläutert.

1. Eine gesundheitsfördernde bzw. salutogenetische Sichtweise ist nicht als Gegensatz oder als Alternative zu dem nach wie vor vorherrschenden pathogenetischen Verständnis aufzufassen, sondern vielmehr als „Perspektivenerweiterung", bei dem ein erweiterter Blick auf den gesamten Menschen in seinem Lebenskontext und Lebensalltag und nicht nur auf seine Pathologie möglich wird.

2. Als gesundheitsfördernd kann das bezeichnet werden, was einen Patienten in die Lage versetzt, trotz seiner Krankheit die von ihm selbst definierten Lebensziele umzusetzen bzw. an der Umsetzung festzuhalten.
3. Gesundheitsfördernde Faktoren sind keine statischen Größen (wie z.B. soziale Unterstützung), sie sind veränderbar und oft nur im Einzelfall auf die jeweilige Person in ihrem jeweiligen Kontext als förderlich zu bewerten. Das bedeutet bezogen auf die Schizophrenie: es gibt nicht die gesundheitsfördernden Faktoren des schizophrenen Patienten. Was einem Menschen zu einem bestimmten Zeitpunkt in seinem Leben hilft bzw. ihn stabilisiert, kann zu einem anderen Zeitpunkt oder in einem anderen Lebenskontext wirkungslos sein.
4. Ein als Risikofaktor bestimmtes Merkmal (z.B. alkoholkranker Partner) kann in einem bestimmten Kontext unter Umständen protektive Effekte haben, weil er ein vorhandenes evtl. größeres Risiko (z.B. Vereinsamung) verringert.
5. Gesundheitsfördernde Faktoren stehen in enger Beziehung zu den persönlichen Werten und Lebenszielen sowie der Lebensgeschichte und den Lebenserfahrungen des einzelnen Menschen.
6. Gesundheitsförderung steht in engem Zusammenhang mit einer unterstützenden, nicht-stigmatisierenden Umgebung, die das „Personsein" (personhood) statt das „Patientsein" (patienthood) im Sinne von *Malm* (1999) in den Vordergrund stellt.
7. Das Sich-Einlassen der Professionellen auf die intakten, gesunden Seiten kann ihnen den Patienten menschlich näher bringen, die Kluft zwischen dem Professionellen und dem Patienten kann sich verringern. Eine etwas weniger professionell-klinische Haltung zugunsten einer mehr persönlichen, symmetrischen Therapeut-Patient-Beziehung wird heute zunehmend von Psychiatrieerfahrenen gefordert.
8. Schließlich könnten zukünftige systematische Studien über die Stärken und kreativen Seiten von schizophren erkrankten Menschen sowie die aktive Verbreitung dieser Ergebnisse in der Öffentlichkeit einen wichtigen Beitrag dazu leisten, der nach wie vor bestehenden Stigmatisierung von psychisch Kranken in der Gesellschaft aktiv entgegenzuwirken.

Health Promotion and Schizophrenia: The Importance of Social Resources for the Patient

Margit Schmolke (New York)

The general meaning of „health resources" and in particular of „social resources" is discussed in the conceptual framework of health promotion as formulated in the Ottawa Charter of the World Health Organization (1986). Personal, social and material resources play a central role in this concept. According to the concept of WHO, health is an essential part of daily life. Health is created and flourishes where human beings play, learn, work and love. The concept of prevention is still oriented to the model of risk factors (eg, avoidance of health risks) whereas the concept of health promotion includes a positive definition of health in which the activation of resources and empowerment play a central role. The concept of health promotion has meaningful clinical implications for the understanding and treatment of psychiatric patients. In this paper, the importance of social resources in the life of schizophrenic patients is emphasized and illustrated by empirical results obtained by the author in her study on health promotive strategies of schizophrenic outpatients (*Schmolke* 2000, 2001).

Social relationships and needs for social exchange are not deficient in schizophrenic patients as the pathogenetic concept of psychiatry suggests. Social needs are explicitly existent in those patients. They only have sometimes difficulties to deal with social contacts and they are afraid when human contacts become real (*Weitbrecht* 1963, quoted in *Schaub* 1993). *Sullivan* (1962) pointed out that schizophrenic patients are basically capable of „interpersonal relatedness", even the most withdrawn patients. Besides social needs the patients have also the need for resting and withdrawal what in psychiatry is often diagnosed as „negative symptoms". The Canadian anthropologist *Corin* (1990) calls this „time out" a „positive withdrawal" (*Corin* 1990) in the sense of self-protection, *Strauss* et al. (1986) understands the need for withdrawal as regulation mechanisms of internal and external demands.

Ammon has always emphasized the „strenghthening of the healthy parts of personality" in his psychotherapeutic approach. The healing impact of social relationships plays a particular role hereby. A basic therapeutic rule is that all relationships of a schizophrenic patient have to be taken seriously, they can be understood as emotional protection and as an important contact and communication bridge. Those relationships can exist either with the patient's therapist, peer patients, friends, children, beloved animals or things – in which he experiences himself existent as an important social partner (*Ammon* 1979). In this sense, those relationships have an important health promotive function.

Following social health promotive strategies and resources of schizophrenic outpatients were found empirically by the author (*Schmolke* 2000):

- ❑ Need to be part of society und to be useful to others
- ❑ Striving for emotional wellbeing through active social interaction
- ❑ Supportive therapist-patient relationship
- ❑ Participation in peer groups
- ❑ Wishing distance from domain of illness
- ❑ Having a protective partnership
- ❑ Strong bonds to family as main source of social support
- ❑ Finding meaning in life through human relationships and to be meaninful for others

Summarizing, a health promotive, salutogenetic perspective is not regarded as alternative or opposite of the still predominating pathogenetic concept of (mental) illness but rather as complementation of perspectives. This way a broader perspective on the totality of a person and his context is possible including the positive aspects of health and not just the perspective on his pathology. This means for schizophrenic patients: The explicit search for healthy aspects in these patients and for meaningful social resources in their immediate environment has tremendous impact on treatment and rehabilitation. The dissemination of knowledge about those „healthy parts" in the public may help to counteract still existing stigmatization of mental patients in our society.

Literatur

Ammon, G. (1979): Schizophrenie. In: *Ammon, G.* (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie. Band 1. (München: Ernst Reinhardt) S. 364-462.

– (1982): Identität – ein Geschehen an der Grenze von Raum und Zeit. Zum Prinzip der Sozialenergie. Dyn Psychiatry 15; 114-128.

Antonovsky, A. (1996): The salutogenetic model as a theory to guide health promotion. Health Promotion International 11, 11-18.

– (1997): Salutogenese – Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Dt. erw. Herausgabe v. *Alexa Franke*. (Tübingen: DVGT).

Baumann, U., Humer, K., Lettner, K. & Thiele, C. (1998): Die Vielschichtigkeit von sozialer Unterstützung. In: *Margraf, J., Siegrist, J. & Neumer, S.* (Hrsg.): Gesundheits- oder Krankheitstheorie? (Berlin: Springer) S. 101-114.

Badura, B. (1981): Zur sozialepidemiologischen Bedeutung sozialer Bindung und Unterstützung. In: *Badura, B.* (Hrsg.): Soziale Unterstützung und chronische Krankheit. Zum Stand sozialepidemiologischer Forschung (Frankfurt/M.: Suhrkamp) S. 13-39.

Becker, P. (1992): Die Bedeutung integrativer Modelle von Gesundheit und Krankheit für die Prävention und Gesundheitsförderung. In: *Paulus, P.* (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung. Perspektiven für die psychosoziale Praxis (Köln: GwG-Verlag) S. 91-107.

Caplan, G. (1964): Principles of Preventive Psychiatry. Basic Books, London.

Corin, E. (1997): Die Dichte des Seins. Intentionale Welten, Identitätsstrategien und die Erfahrung von Personen mit der Diagnose Schizophrenie. In: *Angermeyer, M.D. & Zaumseil, M.* (Hrsg.): Verrückte Entwürfe. Kulturelle und individuelle Verarbeitung psychischen Krankseins. Edition Das Narrenschiff (Bonn: Psychiatrie-Verlag) S. 166-205.

Faltermaier, T. (1991): Subjektive Theorien von Gesundheit: Stand der Forschung und Bedeutung für die Praxis. In: *Flick, U.* (Hrsg.): Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Subjektive Theorien und soziale Repräsentationen. (Heidelberg: Asanger) S. 45-89.

– (1999): Subjektorientierte Gesundheitsförderung: Zur Konzeption einer salutogenetischen Praxis. In: *Röhrle, B. & Sommer, G.* (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung. (Tübingen: DGVT) S. 27-52.

Fromm-Reichmann, F. (1950): Principles of Intensive Psychotherapy. (Chicago: University of Chicago Press).
Hurrelmann, K. (1991): Gesundheitswissenschaftliche Ansätze in der Sozialisationsforschung. In: *Hurrelmann, K. & Ulich,* D. (Hrsg.): Neues Handbuch der Sozialisationsforschung. (Weinheim: Beltz) S. 189-213.
Kardoff, E.v. & Stark, W. (Hrsg.)(1990): Zwischen Netzwerk und Lebenswelt – soziale Unterstützung im Wandel. Wissenschaftliche Analysen und praktische Strategien. München.
Keupp, H. (1991): Sozialepidemiologie – Zur gesundheitspolitischen Hypothek der Klassengesellschaft. In: *Hörmann, G & Körner, W.* (Hrsg.): Klinische Psychologie. Ein kritisches Handbuch. (Reinbek: Rowohlt) S. 62-88.
Legewie, H. & Janßen, M. (1997): Bürgerinitiativen fördern Gesundheit in der Stadt. In: *Klotter, C.* (Hrsg.): Prävention im Gesundheitswesen. (Göttingen: Hogrefe) S. 326-356.
Malm, U. (1999): „Clanning" for Recovery. Commentary. In: *Maj, M. & Sartorius, N.* (eds.): Schizophrenia. (Chichester: Wiley) pp 297-300.
Milz, H. (1992): „Healthy ill people": Social cynicism or new perspectives? In: *Kaplun, A.* (ed.): Health Promotion and Chronic Illness. Discovering a New Quality of Health. (Copenhagen: WHO Regional Publications, European Series, No. 44) pp 32-39.
Nestmann, F. (1996): Psychosoziale Beratung – ein ressourcentheoretischer Entwurf. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 28; 359-376.
Nutbeam, D. (1998): Health promotion glossary. Health Promotion International 13; 349-364.
Orley, J. (1998): Application of Promotion Principles. In: *Jenkins, R. & Üstün, T.B.* (eds.): Preventing Mental Illness: Mental Health Promotion in Primary Care. (Chichester: Wiley) pp 469-477.
Ottawa Charter for Health Promotion (1986): 1st International Conference on Health Promotion of the World Health Organization (WHO), Ottawa, Canada.
Rappaport, J. (1985): Ein Plädoyer für die Widersprüchlichkeit: Ein sozialpolitisches Konzept des „empowerment" anstelle präventiver Ansätze. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 17; 257-278.
Schaub, A. (1993): Formen der Auseinandersetzung bei schizophrener Erkrankung. Eine Längsschnittstudie. (Frankfurt/M.: Peter Lang).
Schmolke, M. (2000): Subjektive Strategien der Gesundheitsförderung bei ambulant betreuten schizophrenen Patienten. Eine empirische Untersuchung. Dissertation TU Berlin.
– (2001): Gesundheitsressourcen im Lebensalltag schizophrener Menschen. Eine empirische Untersuchung. (Bonn: Psychiatrie-Verlag)
Strauss, J.S., Harding, C.M., Hafez, H. & Lieberman, P. (1986): Die Rolle des Patienten bei der Genesung von einer Psychose. In: *Böker, W. & Brenner, H.D.* (Hrsg.): Bewältigung der Schizophrenie. (Bern: Hans Huber) S. 168-175.
Sullivan, H.S. (1962): Schizophrenia as a Human Process. (New York: Norton).
Waller, H. (1992): Neuorientierung psychosozialer Dienste für Gesundheitsförderung? In: *Paulus, P.* (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung. Perspektiven für die psychosoziale Praxis. (Köln: GwG-Verlag) S. 163-171.
Werner, E.E. & Smith, R.S. (1982): Vulnerable but Invincible: A Longitudinal Study of Resilient Children and Youth. (New York: McGraw-Hill).
Wiedl, K.H. (1991): Zur Einschätzung der Bewältigung einer schizophrenen Erkrankung: Belastungen, Bewertungen und Bewältigungsverhalten. Vortrag, 3. Internationales Schizophrenie-Symposium, 4.-6. Oktober 1991, Bern.

Adresse der Autorin:

Dr. phil. Margit Schmolke
175 E 96 St, Apt. 5 L
New York, N.Y. 10128
USA

Mythen, Erzählungen und Geschichten im großgruppen-dynamischen Prozess einer Klausur-tagung – zur Integration von Untergruppen****

Rolf Schmidts*, Gerhild Sandermann** et al.*** (München)

Seit einigen Jahren haben sich der Autor und eine kleine Arbeitsgruppe mit Phänomenen von Großgruppenprozessen auseinandergesetzt. In der vorliegenden Arbeit werden einige Ergebnisse aus einer Oster- Klausurtagung, besonders unter dem Aspekt der unbewussten Interaktion von Untergruppen miteinander, zusammengetragen.. Dabei wurde die Rolle des Mythos und der Dynamik seiner Entmythologisierung im Gruppenprozess untersucht. Protagonist dieser Dynamik wurde die Kindergruppe, die in einer Folge von gemalten Bildern mit Themen der Aeneis den Prozess der Gruppenbildung sichtbar machte, indem sie sich als eine Untergruppe im Rahmen der gesamten Tagung konstituierte. Parallel zu dieser Entwicklung veränderte sich der Stil der Bilder. Aus der Darstellung zeitloser mythologischer Ereignisse wurden Bilder, die der realen Wahrnehmungswelt der Kinder und ihrer Deutung der eigenen Erlebnisse entsprachen, sowie gleichzeitig den gruppendynamischen Prozess der Großgruppe widerspiegelten. Denn mit dieser Bilderfolge wurde die Geschichte dieser Gruppe durchaus im Sinne eines Gründungsmythos beschrieben, mit Geschenken und Gaben an jeden Teilnehmer der Tagung gefestigt und in einem Fest der gesamten Gruppe sichtbar gemacht. Die Phänomene eines solchen „sozialenergetischen Austausches" müssen genauer als bisher erforscht werden, um so die Bedeutung des Festes für die menschliche Gesellschaft wieder besser zu würdigen.

Über Großgruppen zu **a r b e i t e n**, bedeutet konsequenterweise, darüber auch **m i t** Gruppen zu arbeiten. Die vorliegende Untersuchung entstand im Zusammenhang mit der Aufarbeitung einer "Klausurtagung" von 10 Tagen in Paestum durch einige Teilnehmer. Eine solche Tagung ist als eine Großgruppenveranstaltung anzusehen, weil sie, -obwohl sie mit 30 Tagungsmitgliedern numerisch relativ klein erscheint- , die begrifflichen Kriterien einer Großgruppe, soweit sie bisher in der Literatur erarbeitet worden sind, erfüllt.

Da es jedoch bisher " keine eindeutige und allgemeingültige Definition für Großgruppen gibt" (*Königswieser* 2000) und numerische Einschätzungen weitaus mehr Fragen aufwerfen, als Klarheit zu schaffen, stützt man sich bei ihrer begrifflichen Abgrenzung eher auf qualitative, denn auf quantitative Gesichtspunkte. So hebt etwa *Hanna Zapp* (in *Königswieser* 2000) bei ihrer Begriffsbildung eine "mehr oder weniger signifikante Dynamik von Großgruppen" hervor, die sich ab einer Größe von mehr als 25 Personen bis zu Größenordnungen von tausenden (als Beispiel berichtet sie etwa über Kirchentage) "regelmäßig sowohl formell als auch informell in kleinere Gruppierungen splitten" (ebd.) und als solche wechselweise interagieren.

* Dr. med, Chefarzt der Klinik für Dynamische Psychiatrie München, Psychoanalytiker, Lehranalytiker (DAP)
** Dipl.Psych.Klin.Psych. BDP, Mitarbeiterin in der Klinik für Dynamische Psychiatrie Menterschwaige, München
*** G. Plöchinger, D. Senecovic, I. Steinhausen, H. Tapavicza, M. Tapavicza, E. Viechtbauer,
**** Vortrag gehalten auf dem 13. Weltkongress der WADP, XXVI. Intern. Symp. der DAP zum Thema „Die Bedeutung der Gruppe für Gesundheit und Krankheit", vom 15. bis 18. März 2001 an der Universität München

A.K. Rice hat diesen Sachverhalt im Rahmen des Tavistock-Leicester Forschungsprojektes untersucht und darüber in "Führung und Gruppe" (1973) berichtet. Er hat dabei für Seminargruppen aus der Wirtschaft "Intergruppenübungen" entwickelt, deren Dynamik weitere Fragen zu Großgruppenprozessen, angefangen von einer gruppendynamisch-soziologischen Neuformulierung massenpsychologischer Komplexe zu einer positiveren Bewertung von Gruppen und ihren Ressourcen in der menschlichen Gesellschaft überhaupt bis hin zu politischen Fragestellungen, in Gang zu setzen geeignet ist.

Es ist also wichtig, wie *Obholzer* und *Glouberman* (in *Königswieser* 2000) feststellen, "nicht nur die diesen Unterstrukturen eigenen Prozesse zu verstehen, sondern auch in Betracht zu ziehen, was aus diesen Untergruppen wahrscheinlich in die Großgruppe zurückfließen wird oder zumindest könnte".

Diese Hinweise in der Literatur machen deutlich, dass es sich bei Großgruppenprozessen um multidimensionale Geschehnisse handelt. Daraus ergibt sich auch, dass die jeweils unterschiedlichen Gesichtspunkte unterschiedlicher Teilnehmer an einer Gruppenerfahrung und einer Untersuchungsgruppe über Großgruppenphänomene in einer Gruppe integriert werden müssen. Man stößt in diesem Zusammenhang also unausweichlich auf das Problem der Beziehung vom Allgemeinen und Besonderem, die *Zizek* zufolge von *Hegel* in dem Satz, "dass das Ganze immer schon sein eigener Teil" sei, zusammengefasst wurde und auf diese Weise prinzipiell auf das Allgemeine bezogen und gleichzeitig im Partiellen "aufgehoben" erscheint. (zit. in *Schmidts* 1996). Wenn daher nach *Hegel* "das Allgemeine inmitten des Partikularen sich selbst in seinen gegensätzlichen Bestimmungen antrifft (...) und das Subjekt eigentlich nur in dieser Spaltung " existiert, dann befindet man sich nicht weit entfernt von mythologischen Bestimmungen, wie sie *Kurt Hübner* in seinem Werk "Die Wahrheit des Mythos" (1985) herausgestellt hat: Die Teile sind demnach nämlich sowohl "Funktion des Ganzen", wie auch umgekehrt "das Ganze eine Funktion der Teile" ist, weil dazu scheinbar im Widerspruch dieses Ganze "...weder eine Funktion seiner Teile (darstellt), denn es (ist) ja identisch in jedem Teil (...), noch sind die Teile eine Funktion dieses Ganzen, weil sie ebenso im Ganzen, wie ausgesondert aus ihm das Gleiche sind."(*Hübner* 1985, S. 177/178)

Unsere Klausurtagungsgroßgruppe hat sich die in einer Arbeit von 1976 entfaltete Frage *Günter Ammons* „Was macht eine Gruppe zur Gruppe?"(1976) zu eigen gemacht. Sie hat sich im Sinne der „rangdynamischen Strukturformel der menschlichen Gruppe" nach *Raoul Schindler* (1957, 1960) mit der Einführung der sogenannten „Gegenposition", „aus der Fülle des Möglichen" in unserem Fall z.B. das obige Thema zur Aufgabe gemacht und somit ihre „Realität" , in der die „Begegnung persönliche Wirklichkeit" wird, geschaffen. Auf diese Weise wurde sie zugleich „mit der Hinwendung der gemeinsamen Handlungs-

bewegung nach außen... (zur Aufgabe und der) Herstellung einer Rangordnungsdynamik im Innern" , sowie dem "Aufbau ...aufgabenorientierter Rangstrukturen" aus einer „unstrukturierten Menge" voller zufälliger Impulse zufällig zusammengekommener Individuen zu einer Gruppe in der eigentlichen Bedeutung des Wortes (siehe *Majce-Egger* zu *Raoul Schindler* 1999).

Die Leitergruppe der Klausurtagung hat den initialen Impuls der vom Tagungsleiter zusammengerufenen, bereits in der Planung und Vorbereitung einer solchen Tagung mit vielfältigen Aufgaben befassten Vorbereitungsgruppe und deren Untergruppen aufgegriffen. Die geplanten themen- und aufgabenzentrierten verbalen sowie nonverbalen Gruppen wurden zusammengestellt, die Integration im voraus geplanter formeller Gruppen in Plenarsitzungen vorgesehen und die Möglichkeit spontaner, im Beginn immer informeller Gruppenbildungen ins Auge gefasst.

In einer ebenfalls vorab geplanten Reihe von Seminaren sollte die Teilnehmergruppe der Frage nach der Gruppe auch theoretisch nachgehen. Tatsächlich hat sie neben ihrem Leitthema „Was macht eine Gruppe zur Gruppe?" die Bedeutung der „zentralen Figur" einer Gruppe (*F. Redl* 1973), des „Alpha" nach *Schindler*, und ihren eigenen Beginn reflektiert. Das davon abgeleitete Thema der Bedeutung von „Zeit und Zeiterleben" (*Ammon* 1986) für die Gruppe stellte einen damit in Zusammenhang stehenden, dennoch eigenen Diskussionspunkt dar.

Die umgebende Gruppe und die Identität des Einzelnen sind dem Gruppenmodell *Ammons* zufolge durch sozialenergetische Austauschprozesse (*Ammon* 1981) in einem wechselseitigen Bedingungsgeschehen voneinander geschieden und miteinander verbunden. Deshalb erscheinen die Frage nach den Grenzen und die Frage nach solchen Grenzen erprobenden, strukturverändernden Grenzerfahrungen, sowie noch prinzipieller der „Grenzsituationen" (*Jaspers* 1973), wie z.B. die Erfahrung des das Leben beendenden Todes, als wesentliche und unvermeidbare Fragen von Gruppen. Normen der Gruppe, ihre Werte und die in ihr mögliche Gerechtigkeit dem Einzelnen gegenüber werden so ein zentrales Anliegen einer jeden Gruppe (*Schmidts* 1994).

Ein Seminar über die Geschichte der Gruppendynamik und „Dynamische Gruppenpsychotherapie" nach Maria *Majce-Egger* (1999) sowie ein Referat über *Maurice Godeliers* „Das Rätsel der Gabe, Geld, Geschenke, heilige Objekte" (1999) führte zu Überlegungen über die Großgruppe (*Schmidts* 1994, 1999), die schließlich das Thema der hier vorgelegten Arbeit „Mythen, Erzählungen und Geschichten im großgruppendynamischen Prozess" sowie das Problem der Integration und die spätere theoretische Aufarbeitung unausweichlich erscheinen ließen.

Unsere Großgruppe war - auf ein Kommunikationsmedium nonverbaler Art zentriert- als Tanzselbsterfahrungsgruppe konzipiert. In ihr hat die Teilnehmergruppe Konflikte und Spannungen in der körperlichen Bewegung zu selbstgewählter Musik und in der Darstellung der diese

Konflikte tragenden Gefühle und Phantasien kreativ gelöst. Vor dem Hintergrund solcher Erfahrungen im Plenum konnte die fünfköpfige Arbeits- und Studiengruppe, die sich mit Vorbereitungen auf Prüfungen, Studienabschlüsse und ähnlichen Aufgaben beschäftigte, sich zwar erst spät, schließlich aber dennoch mitteilen. Sie entdeckte damit etwa ab der 5. Sitzung den Leistungsvorteil im Hier und Jetzt zusammenarbeitender Gruppen, die die Gefühle und Phantasien der Einzelnen mit einbeziehen. Das Ergebnis der Arbeit in dieser Studiengruppe konnte sich sehen lassen:

In der Folgezeit nach der Tagung gab es

- den Abschluss zweier Diplome in Psychologie, mit einer Arbeit über „Organisationspsychologie und Management in Arbeitsgruppen" und einer weiteren auf dem Gebiet der Psychopathologie über das Thema: „Sexualität und Schizophrenie",
- eine glücklich bestandene Abiturprüfung
- eine gut benotete Schularbeit über *Lena Christs* „Memoiren einer Überflüssigen"
- die Planung und Erarbeitung einer einige Wochen später erfolgenden Studienreise, für welche die Reiseleitung dann beachtliche Anerkennung erhielt.

Zwei Kinder, ein acht- und ein zehnjähriges Mädchen, deren Eltern Mitglieder der Arbeitsgruppe bzw. der Selbsterfahrungsgruppe waren, sollten nach der Planung der Vorbereitungsgruppe lediglich betreut werden. Die anfänglich alternierenden „Betreuer" während der Tagung fanden sich in der Selbsterfahrungsgruppe. Es waren zunächst jüngere Teilnehmer, die sich bald selbst als „Jugendlichengruppe" benannten und die Aufgabe der Kinderbetreuung übernahmen, ohne jedoch als eine feste Gruppe, etwa wie die Leitergruppe, im Rahmen der Tagung institutionell in Erscheinung zu treten.

Erst einige Tage später meldeten sich auch ältere Erwachsene. In gewissem Sinne erhielten die beiden Mädchen auf diese Weise „Eltern" und wurden erst so zu einer Kindergruppe. Das Leitthema der Tagung „Was macht eine Gruppe zur Gruppe?" nahm auf diese Weise in der Kindergruppe erstmalig Gestalt an. Parallel dazu waren bedeutsame Veränderungen zu beobachten. Während die Kinder zu Beginn vorgelesene Geschichten illustrierten, begannen sie nun, eine eigene Geschichte zu entwickeln, die das Thema der Tagung beinhaltete und sichtbar machte.

Weil die Kinder nunmehr die eigentliche Geschichte der Tagung malten, konkretisierten sich in dieser Gruppe alle Gesichtspunkte der Psychologie von Gruppen überhaupt: die Frage nach dem Leiter, nach dem äußeren Raum und den Gruppengrenzen, die Frage nach der Zeit, der Begegnungen in der Gruppe und der Gruppe schlechthin, sowie dem Gruppenthema.

Ruth Cohn (1975) hat in ihrer Arbeit „Großgruppen gestalten mit themenzentrierter Interaktion" die drei Wesensmerkmale von Gruppen, der Konzeption von *R. Schindler* ganz ähnliche, in einem Ideogramm, dem Dreieck von „Ich, Wir und Thema" sichtbar gemacht. Auch *J. Rattner*

(2001) hat in vielfältigen Arbeiten über Großgruppenphänomene ähnliche insbesondere auch pädagogische Gesichtspunkte entwickelt.

In einer früheren Arbeit über die Großgruppe (*Schmidts* 1996) wurde versucht aufzuzeigen, dass sich die Gruppe in einem integrativen Prozess als ein Raum konstituiert, dass sie bildhaftes Denken und logisches Kalkül in einem von *Ammon* sogenannten „tertiären, kreativen Denkprozess" integriert und damit „offenes und unabgeschlossenes" Denken „in mehrdimensionalem zeitlichen Fluss des Gruppenprozesses" zusammenfügt. Damit ergab sich ein enger Zusammenhang mit Begriffen wie Information, Zeit und Denken, sowie als einem noch zentraleren Komplex von Vorstellungen wie der Identität der Großgruppe, der Kleingruppenidentität und der Identität der Person. Ein ebenso wichtiger Bedeutungskomplex war mit der Erfahrung von Werten, des Festes, der Gruppengrenzen und der Gerechtigkeit verbunden.

Die einer Gruppe adäquaten Auffassungen von Raum und Zeit entsprechen deshalb nicht einem Newton´schen leeren Raum und einer physikalischen leeren Zeit, innerhalb derer sich die physikalischen und nicht-physikalischen Ereignisse in Form von abstrakten Gesetzen, der Vorstellung einer „mathesis universalis" eines *Descartes* entsprechend, manifestieren, sondern wie *Kurt Hübner* in „Die Wahrheit des Mythos" (1985) in Übereinstimmung mit der internationalen mythologischen Forschung zeigt, sind grundsätzlich inhaltlich bestimmt.

Deshalb gibt es auch den mythologischen und ebenso, wenn auch in einem sehr gebrochenen Sinne, gruppendynamischen Unterschied von profaner und heiliger Zeit bzw. von profanem und heiligem Ort, als abgetrennten numinosen Bezirken und Bereichen in der Alltäglichkeit zufälliger Ereignisfolgen, als einem temenos, dessen sprachliche Gemeinsamkeit mit dem Wort Tempel ins Auge springt. *Hübner* beschreibt deshalb auch den Übergang vom Mythischen zum Profanen, z.B. auch in der modernen Form der Entmythologisierung, wie sie *K. Bultmann* in seiner existentiellen Theologie der Heiligen Schrift gegenüber vertreten hat. In diesem Zusammenhang erwähnt Hübner aber auch die griechischen „Logographen, Genealogen und Mythographen", die schon im Altertum versuchten, den „Mythos auf den Logos zu bringen". *(Hübner* 1985, S. 145)

Versucht man eine inhaltliche Bestimmung des Ortes unserer Tagung in einem assoziativen Kontext, so wären u.a. folgende Stichpunkte aufzuzählen:

- Die Lage Paestums am Thyrrenischen Meer, inmitten der Magna Graecia, unweit des antiken Elea mit seinen vorsokratischen und vor allem pythagoreisch-philosophischen Traditionen,
- der ein wenig südlicher gelegenen Meerenge von Messina mit den beiden sagenumwobenen Felsen Scylla und Charibdis
- der auch von *Goethe* beschriebenen bedeutenden dorischen Tempel Paestums mit Grundmauern griechischer Besiedlung
- einem städtebaulich interessanten Buleutherium, dem Versammlungs-

und Beratungsort der freien Bürgerschaft, an dem sich historisch gesehen eine demokratische Selbstbestimmung entwickelt hat,
- einem dicht daneben liegenden römischen Forum, das die Assoziation an die augusteische Zeit besonderer Machtvollkommenheit nahelegt.

Zum Komplex der Zeit: Dem eben skizzierten Bedeutungskontext entsprechend, hatte sich die Veranstaltungsleitung im Vorfeld der Tagung mit *Christian Meiers* „Die politische Kunst der griechischen Tragödie" (1988) zu beschäftigen. Dieses Buch erschließt dem Leser die Verwobenheit eines sowohl geistig-religiösen, mythologisch-narrativen und gruppendynamisch-sozialen sowie politischen Hintergrundes der griechischen und im Nachklang römischen Kultur, die in einem komplizierten historischen Prozess die Grundlagen einer Selbstregulation menschlicher Gemeinschaften und schließlich Staaten, sowie der rechtlich verankerten, zumindest eingeschränkt bestehenden Freiheit des Einzelnen in ihnen gelegt hat.

Wie oben bereits erwähnt, hatten die Kinder Illustrationen zu den „Sagen des klassischen Altertums" von *G. Schwab* geschaffen. Dieses Buch war von der Co-Leiterin der Tagung gewissermaßen „zufällig", dennoch sinnvollerweise aus dem Bibliotheksregal gegriffen und den Kindern zur Verfügung gestellt worden. Die Tagungs-Coleiterin übernahm damit ihre Aufgabe als Leiterin, ähnlich, wie es z.B. E. *Ansermet* als Aufgabe eines Dirigenten eines Orchesters formuliert, der das „geistige Inbild" eines Werkes gestisch und mimisch – also nonverbal in einer Art Tanz – seinen Musikern anbietet und mit ihnen auf diese Weise die musikalischen bzw. hier die gruppendynamisch-geistigen Ereignisse gestaltet. Weit mehr, als es ausdrückliche Direktiven vermochten, setzt er damit transformative und performative Prozesse in Gang, die ihn selbst und sogar den passivsten Teilnehmer miteinschließen.

Das Thema ergab sich dementsprechend . Die ersten zwei Bilder der Kinder hießen: „Aeneas betet Apollon an" und „Aeneas reißt den blutenden Baum aus".

Aeneas entstammt dem Königshause Trojas. Er ist der Sohn des Anchises und der Göttin Venus. Diese wurde einst von Paris, dem Trojaner, als die schönste unter den drei Göttinnen auserwählt. Die beiden nicht auserwählten, Juno und Minerva, nahmen dafür später Rache an Troja.

Die Kinder bauten am Abend desselben Tages mit ihren zwei anfänglichen jugendlichen Betreuern, einem jungen Mann aus der Selbsterfahrungsgruppe und einer Schülerin aus der Arbeits- und Studiengruppe, ein Floß und schminkten sich gegenseitig. Das eröffnet den Blick auf die auch bei Vergil in seiner zu Ehren des Kaisers Augustus verfassten Aeneis gezogene Parallele zu den Taten, Abenteuern und Erlebnissen des Odysseus und seinen „listenreich" überstandenen Gefahren.

Die Episode mit den Sirenen ist dabei nach *Franz Kafka* nur ein Beispiel dieser Gefahren. Ein Anhang zu seinem kleinen Prosastück „Über das Schweigen der Sirenen" behauptet sogar, dass sie eine „schrecklichere

Waffe als ihren Gesang, nämlich ihr Schweigen" hätten (*F. Kafka* 1921) und dass Odysseus vielleicht „wirklich gemerkt" habe, „dass die Sirenen schwiegen". Er hat, so *Kafka*, „ihnen und den Göttern den ...Scheinvorgang" seines Verführtseins durch den Gesang „nur gewissermaßen als Schild vorgehalten".

Die Nähe *Kafkas* zum Schöpfer der Psychoanalyse ist offenkundig. Er hat sich selbst 1912 nach der Abfassung seiner Erzählung „Das Urteil" und in gleichzeitigen Tagebucheintragungen als psychoanalytischer Autor verstanden und sich auch ausdrücklich auf *Freud* berufen.

Die Sirenen jedenfalls tauchen in einem von der Gruppe selbst als Gruppen- und Initialtraum diagnostizierten ersten Traum eines jungen Mannes der Selbsterfahrungsgruppe schon ganz zu Beginn der Tagung auf. Alle für Gruppenprozesse wesentlichen Kriterien- wie Ort, Zeit, Leiter, Thema- finden in diesem Initialtraum einen wichtigen Platz.

Der Ort:

Er sei mit einer Gruppe auf einem Baum gesessen.

Der Leiter:

Der unter dem Baum sitzende Leiter habe „verordnet oder verboten", sich 3 Wochen lang zu waschen oder zu rasieren. Irgendwie hänge der Traum mit dem bedeutsamen Ereignis des Falles der Mauer in Berlin 1989 zusammen. Wie damals habe er im Traum etwas Festliches empfunden und dabei gedacht: „Das müsste gefeiert werden".

Die Gruppe verstand seine Geschichte sofort: „Jetzt sitzen die Sirenen auf den Bäumen". Ein Gruppenmitglied stellte fest: "Der Mythos ist immer die Geschichte einer Gruppe" So, als realisiere sich der Mythos, wurde die Gruppe in diesem Augenblick durch den Vorbeitrieb einer Herde von Ziegen unterbrochen.Ein Gruppenmitglied meinte darauf: „Untertauchen" in der Gruppe heiße „Niemand sein". Man erinnerte sich an das verzweifelte Geschrei des einäugigen Riesen Polyphem nach seiner Blendung durch Odysseus: Der ihm namentlich nur als „Niemand" bekannte Odysseus habe ihm ein Leid getan, worauf die herbeigeeilten Riesen dieser Gegend wieder von dannen zogen, ohne ihm zu helfen.

Man kann den Traum und die dazugehörigen Gruppenassoziationen als die Tendenz verstehen, die eigene Identität zugunsten des „omnipotenten Leiters" aufzugeben, wie es *Bion* in seinem Konzept des Gegensatzes der „Grundannahmengruppe" und der „Arbeitsgruppe" beschreibt.

Gleichzeitig wird der Leiter mit der Benennung des Problems und der Polarisierung der Gruppe in zwei mit zwei unterschiedlich farbigen Hemden bekleideten Untergruppen, in denen sich die Gruppe von ihm differenziert, entmythologisiert. Das zu bearbeitende Thema ist jetzt die Identität jedes Einzelnen..

Der Eröffnungstanz der Großgruppen-Tanzsitzung begann mit einer Inszenierung einer Arie von *Vivaldi*: „Sich verzehren, zwei Augen treu ergeben, scheint ein Vergnügen und ist doch eine Qual", nämlich tormento, schweres Leid und Bedrängnis. Getanzt wurde dieses Stück von einer

Studentin, die die Verführung, die Qual und das Leid gültig und diskret zur Darstellung zu bringen vermochte. Jemand fasste die gesamte erste Tanzsitzung mit den Worten zusammen: „Es geht um den Raub der Helena". Tatsächlich aber ging es hier um die Differenz der Geschlechter und die Angst vor der Abhängigkeit.

Die zweite Sitzung begann eine jugendliche Tänzerin, die unter den erotischen Erwartungen ihrer männlichen Umgebung zu leiden hatte. Sie schien dabei einer griechischen Core ähnlich, einer Art Hera in Mädchengestalt. *Kerenyi* erwähnt sie in seiner Arbeit „Das neue Bild von Paestum" und weist darauf hin, dass sie einen eigenen Tempel neben den anderen Heratempeln besessen habe. Italienische Hochzeiter besuchen bis heute neben der Kirche der Granatapfelmadonna in den Bergen in feierlichem Zuge den sog. „Tempio di Nettuno", einen der drei erhalten gebliebenen Tempel Paestums, der, wie man heute weiß, ebenfalls der Hera gewidmet war. Die inhaltliche Zusammenfassung der Tänze dieser zweiten Sitzung jedenfalls stellte die „Belagerung Trojas" vor, weil ja der Trojanische Krieg einer Frau wegen geführt werden musste.

Die kurz davor stattfindende, von der umschwärmten jungen Frau betreute Vormittags-Kindergruppensitzung, zu der im späteren Verlauf, ungeplant und ohne Wissen der Tagungsleiter der Tagungsarzt stieß, um sie zu unterstützen, war vom eifrigen und fleißigen Malen der Kinder gekennzeichnet. Die Kinder und die beiden Erwachsenen entsprachen mit ihrer gruppendynamischen Inszenierung der zweiten Grundannahme *Bions.* Die beiden Erwachsenen bildeten das ideale Paar, das mit dem Versprechen eines Messias wenigstens zukünftig alle Sorgen und Ängste beseitigt.

Das erste von den Kindern gemalte Bild dieser Sitzung erzählt die schreckliche Geschichte Polyphems, der „sein blutendes Auge auswäscht", das zweite Bild berichtet vom Tod des Anchises kurz vor der Anlandung Aeneas an der Küste Latiums, also noch vor der Gründung des Weltreiches Rom durch Aeneas, den wundersam durch seine Mutter Venus geretteten Helden aus Troja.

Das letzte Bild dieser Reihe ist eine „Chimäre oder das tausendzüngige Gesicht eines Ungeheuers". Ein Detail dieses Bildes, nämlich ein Kuheuter, weist voraus auf eine später die ganze Tagung begleitende Gestalt einer Kuh. Diese Verwandlung stellt, weil die Chimäre ein Symbol der Bedrohlichkeit von Veränderungen allgemein und insbesondere der Sexualität, darstellt, ebenfalls den Beginn einer Entmythologisierung dar, insofern sie mythische Inhalte auf die reale Lebenssituation in der Gruppe und den aktuellen gruppendynamischen Prozess hinweist.

Die Nachmittagssitzung der Kinder übernahm ein Mann in bestem Alter, der zur Selbsterfahrungsgruppe gehörte. Er fragte nach den Eltern, nach der Schule sowie den Lieblingsfächern der Kinder. Er sah seine Aufgabe als eine Kinderbetreuung an, die er mit Gartenarbeit aufzulockern gedachte. Seine Aufgabe begann er methodisch und pädagogisch: Neben

einer Einführung in griechische und römische Geschichte erzählte er den Mythos des Sysiphos, weil „ja so vieles im Leben vergeblich sei". Natürlich wurde er auch von den Kindern befragt. Dabei wurde der Suizid einer seiner beiden Söhne bekannt. Eines der Mädchen erzählte daraufhin vom Tod ihres Onkels. Beide trauerten. Das andere Mädchen tröstete sie. Offenbar handelte es sich hier um eine „Grenzsituation" im wahrsten Sinne des Wortes , wie sie im Seminar theoretisch in ihrer grundsätzlichen Bedeutung für Veränderungs- und Entwicklungsprozesse herausgearbeitet worden war. Die vier Bilder dieser Sitzung trugen jetzt völlig neue Titel: „Labyrinth", „Schnecke", „Kuh", sowie „Holzpferd" und „Katze". Im Gegensatz zu den bisherigen gemalten mythischen Bildergeschichten und dem die gesamte Großgruppe in einem Ideogramm symbolisierenden Labyrinth, erscheinen jetzt Bildvorstellungen aus der alltäglichen Wahrnehmung und Erfahrung. Deshalb stellen diese Bilder eine Art Wendepunkt des gesamten Gruppenprozesses der Kindergruppe und ebenso sehr der anderen Gruppen sowie der gesamten Großgruppe dar: Die Schnecke und die Kuh werden in der Folge zum Ausgangspunkt einer bis zum Ende der Tagung weitergeführten Geschichte aus Bildern. Die Abfolge dieser Bilder wird schließlich zu einer fortlaufenden Erzählung über die Tagung selbst.

Diese erhielt zuletzt sogar einen zusammenfassenden Titel: „Aeneas oder die Schnecke schickt Frau Kuh einen Geburtstagsbrief"

Der Titel, die Geschichte selbst mit ihrer Thematisierung der von Person zu Person weitergereichten Information im Verlauf der Tagung, sowie die Funktion der Bilder als Geschenke der Kinder an jeden Einzelnen in der letzten festlichen Großgruppensitzung legen ein Zeugnis ab für die Reziprozität des Austausches in Gruppenprozessen. Indem die Bilder sozialenergetische Abläufe (*Ammon* 1979) und die jeweiligen Momente des Austausches sichtbar machten, erwiesen sie sich sowohl als Abbildungen der Ereignisse, wie auch als Deutungen ihres Sinnes und ebenso als Träger des Geschehens, weil sie im Sinne von *Marcel Mauss* „Essai sur le don" (1920, dt. 1990) das elementare anthropologische Datum menschlicher Beziehung realisierten.

Der Dreh- und Angelpunkt dieses Prozesses aber war das „Trojanische Pferd" als Sinnbild der Grenzsituation. Die nach der Tagung ins Leben gerufene neue Arbeitsgruppe in München, die sich die Untersuchung von Großgruppenprozessen zur Aufgabe gemacht hat, begann sich beim Auftreten von Verständnisschwierigkeiten zu fragen, wo denn das „Trojanische Pferd" in der Selbsterfahrungsgruppe, der Tanzgruppe, im Seminar und den anderen Gruppen zu finden sei.

Das „Trojanische Pferd" in der Selbsterfahrungsgruppe waren zeitgleich die Erzählungen von persönlichem Leid, Selbstoffenbarungen über eigene Verletzungen, Kritik an verlassenden Eltern oder Partnern und die Klage über manchmal nur schwer erträgliche Schuldgefühle. Das „Trojanische Pferd " in der Tanzgruppe fand sich sowohl in einem roboterhaften Tanz

ohne Musik, einem „Danse macabre", dem Tanz eines Zauberlehrlings, in einem unmöglich tanzbaren Requiem als auch in einer endlichen Erlösung im Tanz einer gelähmten Frau, die ihren Stock jetzt beiseite lassen konnte.

Ricciardi-v.Platen hat 1999 darauf hingewiesen, dass viele Großgruppen am Anfang „Urbilder der Menschheit", das sind Figuren aus der Mythologie, religiöse Symbole, Bilder von Katastrophen und Umbrüchen, hervorbringen. Die Entmythologisierung der Urbilder und vor allem der von *Bion* sog. Grundannahmen des omnipotenten Leiters, des idealen, zuletzt einen Erlöser hervorbringenden Paares und des unausweichlichen Kampfes in der Gruppe, sowie der Flucht aus ihr erscheint daher als Vorbereitung von Veränderungen, die mit dem Einzelnen in der Gruppe und mit der Gruppe selbst vor sich gehen, indem sie eine direkte Erfahrung des Anderen in der Gruppe möglich werden lässt.

Das tatsächliche Vorhandensein eines mit dem Bild des „Trojanischen Pferdes" symbolisierten Dreh- und Angelpunktes des als Labyrinth dargestellten Gesamtgruppenprozesses erklärt, weshalb die Bilderdokumentation der Kinderbilder zwei von einander völlig geschiedene Zeitebenen und somit eine Spaltung des Erlebens der Zeit sichtbar werden lässt:

- Die synchrone Darstellung der griechischen Mythen.
- Die diachrone Darstellungsweise der Stationen des fiktiven Geburtstagsbriefes, dessen einzelne Stationen sogar notiert wurden.

Hübner (1985, S. 409) hat Ähnliches im Sinn, wenn er die Mannigfaltigkeit in der Erscheinung des an sich Gleichen beschreibt und von einer synchronen und einer diachronen Form spricht. Erstere liege etwa vor, wenn die verschiedenen Erscheinungsweisen desselben Mythos in der frühen Antike verfolgt werden, letztere dann zum Beispiel als Fortsetzung des griechischen Mythos in den Werken moderner Künstler.

Die Kinderbilder der ersten Zeitebene machten eine atmosphärische Wahrnehmung der im Kern zeitlosen, dennoch umschriebene Erfahrungen stiftenden Archetypen griechisch-römischer Mythologie erlebbar.

Die Bilder der zweiten Zeitebene waren Abstraktionen der Titelgeschichte: „Frau Kuhs Geburtstag". Außerdem enthielten sie eine ganz und gar geistige Konzeption der selbstgestalteten Geschichten der Großgruppe sowie der erfundenen Geschichten, die im Prozess entstanden und ebenso in ihn zurückwirkten. Dieser Sachverhalt scheint uns im letzten Bild mit dem Titel „Fantersie" ausgedrückt.

In äußerst zugespitzter Form hat *Franz Kafka* dieses Umschlagen von einer mythischen in eine narrative Ebene des Denkens in seiner Geschichte „Von den Gleichnissen" (*Kafka* 1922/ 23) erzählt: „Viele beklagen sich, dass die Worte der Weisen immer nur Gleichnisse seien, aber unverwendbar im täglichen Leben, und nur dieses allein haben wir. Wenn der Weise sagt: 'Gehe hinüber', so meint er nicht, dass man auf die andere Seite hinübergehen solle, was man immerhin noch leisten könnte, wenn das Ergebnis des Weges wert wäre, sondern er meint irgendein sagenhaftes

Drüben, etwas, das wir nicht kennen, das von ihm auch nicht näher zu bezeichnen ist und das uns also hier gar nichts helfen kann. Alle diese Gleichnisse wollen eigentlich nur sagen, dass das Unfassbare unfassbar ist, und das haben wir gewusst. Aber das, womit wir uns jeden Tag abmühen, sind andere Dinge. Darauf sagt einer: „Warum wehrt ihr euch? Würdet ihr den Gleichnissen folgen, dann wäret ihr selbst Gleichnisse geworden und damit schon der täglichen Mühe frei." Ein anderer sagte: „Ich wette, dass auch das ein Gleichnis ist". Der erste sagte: „Du hast gewonnen". Der zweite sagte:"Aber leider nur im Gleichnis". Der erste sagte: „Nein, in Wirklichkeit; im Gleichnis hast du verloren." - Denn die „Unschuld des Mythos" ist nicht zurückzugewinnen.

Eine tief im Ideal der geistigen Freiheit verwurzelte, durch verheerende Massenbewegungen des 19. und 20 Jahrhunderts mit ihren „gleichgeschalteten" Sozialtechniken bestätigte und z.B. in *Le Bon`s* „Psychologie der Massen" beschworene Befürchtung einer durch Großgruppenprozesse eingeleiteten „hypnotischen Regression auf einen prähistorischen Seelenzustand der Menschheit" (*Ellenberger* 1991) hat historisch das Vertrauen auf die konstruktive Kreativität von Gruppenprozessen erschüttert.

Odo Marquard betont in seiner „Kleinen Philosophie des Festes" (1998), dass „ein totales Fest, das totale Moratorium des Alltags, der Krieg die Suspension des Alltags und des Festes zugleich" sei. Er empfiehlt als „Remedium": mehr Mut zum Alltag und mehr Mut zum Sonntag. –„ Denn der Mensch brauche lebensnotwendig (auch) das Fest." Er stützt sich dabei auf *H. Plessners* (in *Marquard* 1989) Formel von der „exzentrischen Positionalität" des Menschen: „Der Mensch lebt sein Leben nicht nur (wie andere Lebewesen) sondern verhält sich auch noch zu ihm...(indem er) auf Distanz geht zu seinem Leben: Darum braucht und hat er das Fest neben seinem puren Alltag." Die damit ausgedrückte Polarität ist hier mit dem Symbol des „Trojanischen Pferdes" identisch. Der Mensch erfindet deshalb seine Geschichten und Erzählungen, die gewissermaßen eine zweite, aber kritische „Mythologie" erschaffen, weil Geschichten und Erzählungen geeigneter erscheinen, eine Einheit der Vielen im Fest zu realisieren, einen Geschichtsbezug der Gruppe in sich selbst zu begründen, der Gruppe so zwar einen vergänglichen, dennoch erworbenen Bestand von Erfahrungen mit sich selbst zu erschließen und damit ein Gedächtnis im Sinne von *J. Assmanns* „Religion und kulturelles Gedächtnis" (2000) verfügbar zu machen, das über die Zeit hinweg die Erfahrung von Kontinuität bewahrt.

Eierfärben, Nesterbau und Eierverstecken bereitete Ostern vor, das mit einem Osteressen endete. Es war das erste Fest von dreien – den Pompeji-Großgruppenausflug mit seiner von einer spontanen Festgruppe im antiken Theater von Pompeji heimlich vorbereiteten Lesung der Pliniusbriefe über den Ausbruch des Vesuv und die ausführliche mit Glanzpunkten versehene Stadtführung durch kundig vorbereitete Tagungsmitglieder nicht dazugerechnet. Das zweite Fest war ein spontanes Tanzfest mit Salsaunterricht

durch einen erfahrenen Tänzer in Abwesenheit des Tagungsleiters. Das dritte und zugleich Abschlussfest mit großem festlichen Essen war eine Art Thanksgiving.

Mit ihren Bildergeschenken sowie selbstgemachtem Orangeneis aus eigenen Orangen, die im Garten der „Casa Ammon" geerntet wurden , war es eine großartige Rekapitulation der Tagungsgeschichte und der im Rahmen der Großgruppe möglichen Begegnungen. Es war die Geschichte von „Frau Kuhs Geburtstag" „Die Schnecke schickt Frau Kuh einen Geburtstagsbrief. Herr Eidechse versteckt Frau Kuhs Brief. Raten Sie mal, wo! 1. Im Topf
2. Im Briefkasten
3. Im Gebüsch?

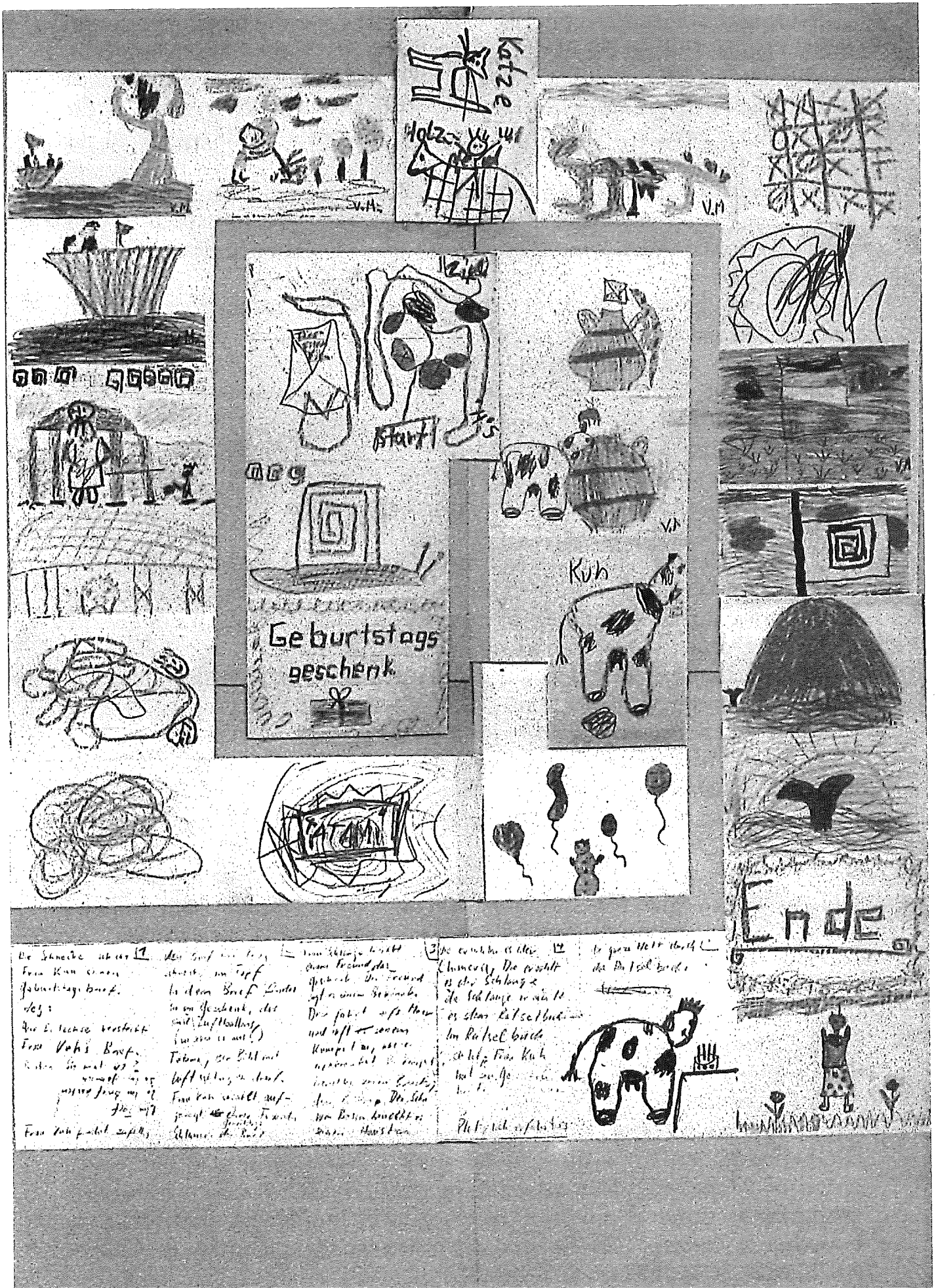
Frau Kuh findet zufällig den Brief von Frau Schnecke. In dem Brief findet sie ein Geschenk, das sind Luftballons. Frau Kuh erzählt aufgeregt ihrer Freundin Schlange von dem Brief. Frau Schlange berichtet einem Freund das Geschenk. Der Freund sagt es einem Bekannten. Der fährt aufs Meer und ruft seinem Kumpel zu, was er erfahren hat. Der Kumpel berichtet seinem Bruder, dem Riesen. Der Sohn vom Riesen berichtet es seinen Haustieren. Die erzählen es der Chimäre. Die erzählt es der Schlange. Die Schlange erzählt es dem Rätselbuch. Im Rätselbuch steht: ´Frau Kuh hat ein Geschenk von Frau Schnecke bekommen´. Plötzlich erfährt es die ganze Welt durch das Rätselbuch."

Wenn also die Geschichte erzählt, dass „die ganze Welt ...durch das Rätselbuch von dem Geschenk erfährt, ist *Maurice Godeliers* Thema „Das Rätsel der Gabe" (1999) also, der menschlichen Beziehung entmythologisiert. Es bedarf weiterhin keiner geheimnisvollen *Adam Smith´*schen „unsichtbaren Hand", die den schrankenlosen Eigennutz zum Wohle aller steuert. Es bedarf nur der Einzelpersonen und Untergruppen, die der gesamten Gruppe schuldig bleiben und daher in Festen ihre Ganzheit und Einheit in der Begegnung mit den Vielen wiedergewinnen.

Myths, Tales and Stories in the Group-Dynamic Process of a Large Group during a Paestum Conference On the Integration of Sub-Groups

Rolf Schmidts, Gerhild Sandermann et al. (Munich)

This paper is part of the author´s continuing work on large groups which he and his co-workers have been studying for some time. It is based on the experiences of a Paestum conference during Easter 2000 with about 30 participants. The usual phenomena of group processes as the role of the leader, the formation of boundaries, values of a group, the meaning of time in the process and social-energetic processes between group members are observed and described.


Start!
Geburtstags
geschenk
Kuh
Ende

During this Easter meeting the role of myths and the transformation of them into a real story of the group, into its reality are considered. Protagonist of the transformation was the childrens' group. The turning point from myth to the own story was understood in the symbol of the Trojan horse, which in the legend had also meant a turning point in the events of the Trojan war.

The present paper is the result of a small group´s work consisting of the author and some members of the meeting who met for about a year following the conference in order to work on this text under the leadership of the author.

For him the work on large groups consequently means to work with groups. The definition of large groups differs in literature. For the authors a large group consists of at least 25 members and may exceed to several hundred as at meetings of churches etc. Large groups always split into smaller sub-groups, either in an informal or a formal way. It is important to study the sub-group processes, also taking into consideration what is flowing back into the large (plenary) group.

Topic of the conference was the question asked by *G. Ammon* in 1976 „What makes a group to a group?"

Prior to the meeting tasks and topics were distributed and discussed, during the process at the meeting verbal and non-verbal sub-groups arose, often informal at the beginning, but also formal and planned, all sub-groups being integrated into the plenary group.

Also theoretically the theme was discussed in several seminars, starting with the importance of the „central figure", discussing also the meaning of time and experience of time (*Ammon* 1986).

Concepts of *Ammon*, as the exchange of social energy between group and individual and the development of identity were observed and discussed. Also of great importance was the topic of boundaries, norms and values of the group.

As plenary group served the daily human-structural dance group in which conflicts and tensions with corresponding fantasies and feelings could be solved by the dancers with music of the dancers' own choice.

Besides the self-awareness group there was a study and work group of 5 members who were preparing for examinations and school-work or other future tasks. They did not manage to use the power of the large group from the beginning but were integrated into the process only after some sessions with arguments and difficulties.

A very small childrens' group with 2 members, two girls aged 8 and 10 years, had no leader at the beginning of the meeting. It started with alternating leaders from different sub-groups, but soon turned out as the group of youngsters, demonstrating in statu nascendi the formation of a group. In this group all objectives of group formation as the leader, location, boundaries, theme could be studied, corressponding also to *R. Cohn´s* (1975) triangle of „me, we and theme".

Location:

The meeting took place in Paestum at the Thyrrenean Sea, not far from the antique town of Elea with pre-Socratic and Pythagorean philosophical traditions, Paestum with important Doric temples of Greek origin and ruins of a Roman forum nearby.

The historical and philosophical relevance of the location is explaind by the study of *Ch. Meier´s* (1988) book „The political art of the Greek tragedy" prior to the meeting, showing the network of the spiritual-religious, mythological-narrative, group-dynamic as well as political background of the culture in this region, being the base for self-regulating human communities or even states with the guarantee of freedom of the individual.

The leader:

The group-dynamic processes of the transformation of the myth into the group´s reality, as described later, were initiated by the almost sub-conscious choice of a book on antique legends by the co-leader. The legends were read aloud to the children, who started to paint and draw pictures according to the text. The initiated group-processes included each group member, the leaders as well as the most passive member of the whole group. The authors concluded, that the co-leader unconsciously carried the theme, the image of it lying in himself.

The theme:

The first two paintings described scenes of the life of Aeneas, a Trojan hero, who saved his father Anchises, taking him and other Trojans on a voyage on the Mediterranean Sea, finally leading to the foundation of Rome. The first picture was named "Aeneas worships to Apoll", the second „Aeneas pulls out the bleeding tree".

The same evening the children built a raft for a voyage, the adventures of Ulysses came into mind, also associated with the song of the sirens.

At the same day the sirens were also topic in the self-awareness group, demonstrating the unconscious connections and interrelations between the sub-groups. The first dream of a young man, in which he was sitting on a tree with other participants, divided in two groups by means of different coloured t-shirts, was understood by the group as the initial group-dream, the men in the trees were associated with being sirens on a tree.

As *Riccardi-v.Platen* (1999) pointed out, in the initial phase of large group processes very often mythical themes are showing up. During the dance session another mythical theme appeared: the robbery of the beautiful Helen, danced by a young woman demonstrating torments and suffering. In the second dance session the topic was the siege of Troy, expressed by a young beautiful participant who felt besieged and haunted by the young men of the group. The group concluded that the myth is the beginning of the history of a group as well as of the history of the individual within the group.

The children´s group continued to paint according to the text of the Aeneis, which was read to them. There was a sequence of pictures, the first

showing the giant Polyphem, washing his bleeding eye, the next depicting the death of Anchises, father of Aeneas, shortly before landing at the coast of Latium. The last picture consists of a chimera, a monster with 1000 tongues. In this picture one important detail appears, the udder of a cow. The cow would become a very important figure in the pictures and stories to come.

The drawing of the cow´s udder is the beginning of another story which has to do with the reality of the children and the whole group, it is the beginning of de-mythologizing, the monster being the symbol for danger and anxiety, fear of change and development, which is the rule in group-processes. The myth changes and leads to real life experiences.

The next session of the children was led by a middle-aged scientist, who introduced another myth, the myth of Sysiphos, understood as symbol for futility. Because of a suicide and other deaths in families of participants, they were talking about death, consoling each other. The session turned out to demonstrate a border situation, which was also discussed in the seminar, border experiences being the base for processes of development and change. The children´s pictures of this session had knew titles: „Labyrinth", „Snail", „Cow", „Wooden Horse" and „Cat". Contrary to the pictures of the preceeding sessions with mythical presentations, the theme of the new pictures were closer to the childrens' perception, experience and real life. They can be understood as turning point of the process within the childrens' group but also within the sub-groups and the whole group.

Snail and cow became the basic figures for a story which accompanied the following events of the group, being a symbol for the foundation of this particular group of Easter 2000.

The children told a story in their pictures which was called: "Aeneas or the snail sends a birthday letter to Mrs. Cow." In this story all participants get information on a riddle, handed from person to person, including everyone. At the end of the conference every participant got one picture as a present. This could be understood as reciprocality of exchange in group processes, the pictures demonstrating social energetic processes within the group and even special moments of the exchange, as representation of the events as well as interpretation of its sense, being carrier of the events and containing basic elements of human relations.

Pivot of the processes of change and development was the Trojan horse, symbolizing border situations.

After the conference the working group tried to understand each sub-group´s „Trojan horse". They concluded that the self-awareness group had a phase with descriptions of personal suffering, feelings of guilt and problems in partnerships. They led to new views, to more joy of life and a positive future.

In one session of the dance group very special dances demonstrated torture, suffering and misery which showed the beginning of a change, particularly demonstrated in the dance of a handicapped women who could

Considering again the childrens' paintings as protagonist for the process of change, they expressed the turning point as described above, also showing two levels of time: the pictures of the first period with mythical content in a synchronic way, the following picture were a-synchronic with different stations on the way, reflecting the development of the processes.

The authors conclude, that man creates stories, which have a connection to history, place him into the experience of continuity.

At the end of the paper the authors reflect on the importance of celebrating. In the course of the conference three festive events took place: Easter with colouring and hiding of eggs, followed by a meal. There had been an excursion to Pompeii with the reading of letters of Plinius and well-prepared presentations on the antique town by group-members. There had also been a spontaneous Salsa session one evening. The final celebration was a good-by-party, in which the children played a very important role. They had prepared orange-ice-cream, told the story of Mrs. Cow´s birthday, this story being the recapitulation of the total group processes, the founding and history of this particular group and showing all possible human interrelations.

Thoughts and reflections on celebrating in groups will continue in the work of the authors of this paper as an expression of continuing group processes.

Literatur:

Ammon, G. (1976): Analytische Gruppendynamik. Hoffmann &Campe, Hamburg, 55-72
- (1986): Der mehrdimensionale Mensch. Pinel, München
Assmann, J. (2000): Religion und kulturelles Gedächtnis. Beck´sche Reihe, C.H. Beck, München
Bion, W.R. (1961): Experiences in groups. Tavistock Publications Ltd. London
Cohn, R.C. (1975): Von der Psychoanalyse zur themenzentrierten Interaktion. Klett, Stuttgart
Godelier, M. (1999): Das Rätsel der Gabe, Geld, Geschenke, heilige Objekte. C.H. Beck, München
Hübner,K. (1985): Die Wahrheit des Mythos. C.H. Beck, München
Jaspers, K. (1973): Allgemeine Psychopathologie. Springer, Berlin, Heidelberg. 271-275
Kafka, F. (1993): Das Urteil. Reclam, Stuttgart
Kerenyi, K. (1964): Die Mythologie der Griechen, Rhein-Verlag, Zürich
Königswieser, R., Keil, M. (Hrsg. ,2000): Das Feuer großer Gruppen: Konzepte, Designs, Praxisbeispiele für Großveranstaltungen. Beratergruppe Neuwaldegg/synetz. Klett-Cotta, Stuttgart
Kreeger, L.(1977): Die Großgruppe, Ernst Klett-Verlag, Stuttgart
LeBon, G.(Paris, 1853): (1953): Psychologie der Massen. Kröner, Stuttgart
Majce Egger, M. (1999):Gruppentherapie und Gruppendynamik - Dynamische Gruppenpsychotherapie. Facultas, Wien
Marquard, O. (1988): Kleine Philosophie des Festes. In: *Schulz, U.* (Hrsg) Das Fest. C.H. Beck, München
Mauss, M. (1990): Die Gabe: Form und Funktion des Austausches in archaischen Gesellschaften, Suhrkamp, Frankfurt a. M.
Meier, Ch. (1988): Die politische Kunst der griechischen Tragödie. C.H. Beck, München
Plessner, H. (1985): Die Frage nach der conditio humana: Aufsätze zur philosophischen Anthropologie, Suhrkamp, Frankfurt a.M.
Rattner, J. (2001): Gruppenpsychologie und Großgruppentherapie, Krummwisch, Königsfurt
Redl, F. (1942): Group Emotion and Leadership. In: Psychiat. (5)
Riccardi v. Platen, A. (1999): Die Großgruppen. Lucifer Amor, (7) 85-91

Rice, AK. (1973): Führung und Gruppe. Klett, Stuttgart
Schindler, R. (1957): Grundprinzipien der Psychodynamik in der Gruppe. In: Psyche 11 (5) 308-314
- (1960): Über den wechselseitigen Einfluss von Gesprächsinhalt, Gruppenposition und Ichgestalt in der analytischen Gruppentherapie. In: Psyche (6) 382-392)
Schmidts, R. (1996): Die Großgruppe in der Dynamischen Psychiatrie. In: Dyn, Psychiat. (1/2) 10-17
- (1997): Die Integration von Untergruppen in die Kultur der Großgruppe der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige. In: Dyn. Psychiat.(1-4)
- (1999): Das sozialenergetische Prinzip Ammons, Rollendifferenzierung und Austauschprozesse in der klinischen Großgruppenpsychotherapie und anderen Großgruppen. Teil 1: Energetische Prozesse in der Gruppe- Anmerkungen zur Geschichte eines wissenschaftlichen Diskurses. In: Dyn. Psychiat. 32. Jhg. , 3-6, S. 174 -182
Schwab. G. (1986): Die schönsten Sagen des klassischen Altertums. Reclam, Leipzig
Nicht angeführte Literatur beim Verfasser.

Adresse der Autoren:

Dr. med. Rolf Schmidts
Dipl.-Psych. Gerhild Sandermann
Dynamisch-Psychiatrische Klinik Menterschwaige
Geiselgasteigstraße 203
81545 München

Was heißt Grenze in der Gruppenpsychotherapie?****

Ulrike Winkelmann*, Bettina Weber**, Anita Witte** (München)

Man develops at borders. Any kind of change is caused by borderline situations (Jaspers). Correspondingly the essential point in dynamic psychiatric group psychotherapy is to enable patients to accept, experience and work through borderline situations. In this paper we shall describe these phenomena which are based on a qualitative survey with questionnaires in five therapy groups. The borderline situations are marked by deep human encounters and existential communication (Jaspers). Insofar group psychotherapy can be understood as a series of such encounters. A success of treatment in this therapy means a consistent growth of human structure. Our paper aims at a definition of this essential therapeutic process.

1. Die Entwicklung von Grenzen

1.1 Gelungene Abgrenzung

Das Kind bewegt sich von Beginn an in die Welt, es will die Welt entdecken und möchte handeln. Wir nennen diesen Entdeckungsdrang die angeborene konstruktive Aggression. Das Kind stößt dabei auf den Widerstand (Grenzen) von Menschen und Dingen, es *erfährt* sich ständig in seinen Handlungen, *erfährt* sich selbst in Bezug zur umgebenden Gruppe und zu den Dingen. Es *erfährt* sich selbst in der Spontaneität seiner eingesetzten Energie, der psychischen wie der geistigen, die Sache *erfährt* es in ihrem Widerstand gegen diese. Beides ist unaufhebbar miteinander verbunden und beides ist Realitätserfahrung, d.h. Grenzerfahrung. Diese *unaufhebbare* Verknüpfung der emotional-sozialenergetischen und der dinglichen Seite muss deshalb miteinander einhergehen, weil hier sonst bereits die ersten Entwicklungsstörungen entstehen.

(Aus diesem Denken heraus, hat Ammon das Konzept der Milieutherapie entwickelt, in der über das dritte Objekt des gemeinsamen Tätigseins und des gemeinsamen Zusammenlebens eine wiedergutmachende Nachentwicklung erfolgen kann, also das Dinglich und Emotionale zusammenwachsen kann. Darüber hinaus ist dieses Denken auch Grundlage für Ammons Forderung an die Ausbildungskandidaten während der Ausbildung die dingliche und die emotional-sozialenergetische Erfahrung *unaufhebbar* miteinander zu verbinden. Die gesamte Ausbildung ist dann wie eine große umfassende Milieusituation zu verstehen.)

* Oberstudienrätin, Psychoanalytikerin, Leiterin des FB Mileutherapie am Münchener Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP)
** Dipl.-soz. päd. (FH), Rechtsreferendarin, Mitarbeiterin des Münchner Lehr- und Forschungsinstituts der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP)
*** Dipl.- Psych., Leiterin einer WG des Trägervereins, Mitarbeiterin der DAP
**** Vortrag gehalten auf dem 13. Weltkongress der Weltgesellschaft für Dynamische Psychiatrie (WADP) / XXVI. Intern Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 13.-17. März 2001 an der Ludwig Maximilians Universität München

Damit das Kind diese Grenzerfahrung, die zugleich Realitätserfahrung ist, erleben kann, muss es sich in der mütterlichen Symbiose sicher und geborgen fühlen. Das Vertrauen zur Mutter bzw. anderen ersten Bezugspersonen ist entscheidend, um ein Selbstvertrauen entwickeln zu können. Das Kind entfernt sich zeitweise von der Mutter, erforscht die Welt und kehrt wieder in die Sicherheit der mütterlichen Liebe zurück. Es besteht immer ein Wechsel zwischen In-der-Symbiose-sein und Heraustreten aus ihr. Hier beginnt der konstruktive Prozess der Ich-Abgrenzung. Das ist eine der ersten Beziehungsregulationen des kindlichen Ich zur Mutter und zur umgebenden Gruppe. Darüber hinaus ist es auch von entscheidender Bedeutung, dass die Primärgruppe selbst und besonders die Mutter mit Grenzerfahrungen realitätsgerecht und flexibel umgehen können. Dies setzt wiederum voraus, dass diese eigene Grenzen haben; das Kind kann dann das verinnerlichen, was ihm vorgelebt wird. Im weiteren Verlauf wird das Kind allmählich ein Selbstbewusstsein entwickeln, wer es ist, wer es nicht ist, was es kann oder noch nicht kann. In diesem Verlauf entstehen von der Mutter unabhängige innere und äußere Grenzen, ein eigenes Ich, eine eigene Ich-Struktur, die Abgrenzung von Ich und Nicht-Ich, ein sich reflektierendes Selbst. *Jaspers* bezeichnet diesen Vorgang als Beginn der Subjekt-Objekt-Spaltung, als Entwicklung von Ich- und Selbstbewusstsein. Dabei entsteht für *Jaspers* eine Einsamkeit, die die Voraussetzung zur wirklichen Begegnung mit anderen Menschen ist. Die Dynamische Psychiatrie nennt dieses Geschehen Identitätsentwicklung und meint damit den Prozess, dass der Mensch ein eigener Mensch wird im Unterschied zu anderen. In der Soziologie wird dieser Prozess als Sozialisation, in der Psychologie als Individuation bezeichnet. Dabei meint der erstere das Verhältnis des Einzelnen zur Gesellschaft, der letztere eher die intrapsychische Entwicklung. Die Dynamische Psychiatrie fügt diesen Disziplinen eine Behandlungswissenschaft hinzu, die die grundlegende Bedeutung der Primärgruppe für die Entwicklung des Menschen in Krankheit und Gesundheit in den Mittelpunkt stellt.

Dem gesunden Kleinkind machen Entwicklungsschritte, d.h. das Eingehen von Grenzsituationen, zunächst keine Angst. Wenn die Mutter angstfähig ist, dann lernt das Kind mit ihrer Hilfe gefährliche Situationen dinglicher und emotionaler Art zu erkennen. Im Laufe der Zeit lernt es so begründete Angst von irrationaler Angst zu unterscheiden. Auf diese Art und Weise wird die Angst im Laufe der Zeit strukturiert, die Ich-Funktion der konstruktiven Angst kann sich ausbilden. Das Kind lernt, alle Abgrenzungssituationen flexibel zu handhaben, die Angst macht es darauf aufmerksam. Um mit *Kierkegard* zu sprechen, hat derjenige das Höchste gelernt, der sich recht zu ängstigen gelernt hat. Wenn das Kind die angstauslösende Situation bewältigt, empfindet es Zuversicht, entwickelt Zutrauen in das Leben und sich selbst. Es gewinnt körperliche Freiheit, einen immer größeren Bewegungsradius, es kann Grenzen überschreiten, es lernt die Regulation seiner Gefühle und gewinnt geistige Freiheit, kurzum, es erobert sich die physische, psychische und geistige Welt.

Neben der Angst entsteht beim Erleben von Grenzsituationen auch Ärger und Zorn, wenn das Kind z.B. Frustration erlebt, weil es die Grenze nicht auf Anhieb überwinden kann, beispielsweise wenn das Kind seine Schuhe noch nicht alleine anziehen und zubinden kann. Auch hier muss die Mutter das Kind unterstützen, damit es die Frustration aushalten, den Zorn regulieren und an der Sache dran bleiben kann. Dadurch kann das Kind mit der Beschaffenheit der Dinge sich selbst erkennen, ihre und seine Grenzen und Möglichkeiten erfahren, sich und die Dinge beherrschen lernen. Die Omnipotenz, das Allmachtsgefühl, die äußeren und inneren Realitäten werden reguliert. Wie die Angst die Möglichkeit der Freiheit in sich birgt (*Kierkegard*), kann man sagen, dass der Zorn diese wieder begrenzt. Das ist ein Zusammenspiel von konstruktiver Angst und konstruktiver Aggression.

Wenn dieser Prozess, die Ausdifferenzierung dieser beiden wichtigen Human-Funktionen Angst und Aggression, durch die Auseinandersetzung mit der Mutter und der umgebenden Gruppe gelingt, führt dies zu einem Strukturgeflecht mit flexibler Abgrenzung nach innen und außen, Gefühlsregulation und zunehmender Autonomie, Stärkung des Selbstvertrauens und Selbstbewusstseins. Hier werden die Grundlagen gelegt für eine spätere Kommunikationsfähigkeit, für die Begegnung mit dem Du (*Bollnow*), für eine spätere Begegnung mit Gruppen, mit anderen. Begegnung ist von daher gesehen immer ein Grenzgeschehen, ein notwendiger wechselseitiger Prozess, in dem ich mir in dem anderen begegne und dieser sich in mir (*Bollnow*: Der Mensch in Grenzsituationen). Hier besteht einerseits eine Verbindung zu *Jaspers*, der mit dieser Begegnung die existentielle Kommunikation verknüpft und andererseits eine Verbindung zu *Ammon*, der jede Kommunikation ebenfalls als Grenzgeschehen versteht (kommunizierende Ich-Grenze).

1.2 Nicht gelungene Abgrenzung

Wenn der oben beschriebene Abgrenzungsprozess nicht gelingt, d.h. das Kind sich nicht angst- und schuldfrei aus der Symbiose lösen darf, kommt es zu Verformungen seiner Humanstruktur. In diesem Zusammenhang sind für uns v.a. die Humanfunktionen der Angst, Agression und Abgrenzung von Bedeutung.

Der Abgrenzungsprozess gelingt zum einen dann nicht, wenn das Kind bei der Bewältigung seiner Angst überfordert wird, d.h. wenn die Mutter es bei eigener abgewehrter Angst zu früh und zu abrupt Situationen aussetzt, denen es noch nicht gewachsen ist. Die Angst äußert sich dann in einer Vernichtungsangst, die sich gegen Menschen und Dinge richtet, die für das Kind zu einer Gefahr werden. An dieser Stelle entstehen als Integrationsersatz paranoische Ängste, die in der Folge das Zusammenspiel und die Entwicklung anderer Humanfunktionen beeinträchtigen, es kommt sozusagen zu einer Entwicklungsarretierung. Diese Menschen können sich im späteren Leben in Angstsituationen keine Hilfe holen und brechen

häufig ihre Beziehungen ab. Sie versagen oft in Leistungssituationen, weil die jeweils zur Realitätsbewältigung erforderlichen sekundären Human-Funktionen (Denken, Sprache, usw.) zusammenbrechen.

Die Angst entwickelt sich defizitär, wenn in der Primärgruppe keine Angsterfahrung sein darf. Dies zeigt sich beim Kind in Vermeidung von Lebensäußerungen. Realitätssituationen werden vermieden oder falsch eingeschätzt, die Beziehungen bleiben oberflächlich und verflachen. Aus diesem emotionalen Erfahrungsdefizit heraus ergeben sich auch hier Entwicklungsstörungen. Diese Kinder geraten auf Grund mangelnden Angstempfindens oft in Gefahrensituationen. Verlassenheit und Gefühllosigkeit sind ihre ständigen Begleiter. Das unbewusste Bedürfnis, dieser emotionalen Nichtexistenz zu entkommen, ist eine Ursache für die viel diskutierten Grenzprovokationen bei Jugendlichen, wie z.B. das S-Bahn-Surfen oder Extrem-Sportarten.

Zum anderen wird der Abgrenzungsprozess beeinträchtigt, wenn das Kind bei der Begegnung mit Grenzen in seiner Frustrationsregulation überfordert wird. Reagiert die Mutter auf Frustrationserlebnisse des Kindes inadäquat, z.B. ungeduldig, verbietend und abweisend, erfährt das Kind eine doppelte Frustration: neben der durch die Grenzsituation ausgelöste dingliche, noch eine zusätzliche emotionale durch die Mutter. Hier treten als Integrationsersatz Schuldgefühle auf. An die Stelle von Abgrenzung tritt eine dauerhafte Bindung an die ursprüngliche vermeintliche Schuld. Auch hierdurch kommt es zu einer Entwicklungsarretierung. Im weiteren Verlauf wird die ursprünglich konstruktive Aggression durch mangelnde Geduld und Zuversicht in frustrierenden Situationen destruktiv verformt und führt zu Stagnation. Das spätere Leben ist davon gekennzeichnet, immer wieder erneut vermeindliche Schuld abzutragen und behält den Menschen in einem freudlosen, unfreien Zutand.

Erfährt das Kind dagegen von der Mutter oder Primärgruppe wenig oder keine Beachtung bei der Bewältigung von Realitätsanforderungen, d.h. wird es sich selbst über- und damit alleine gelassen, hat es für seine Frustrationsgefühle kein Gegenüber. Die ursprünglich konstruktiv angelegte Aggression bleibt in diesem Fall unentwickelt defizitär. In der Folge wird das Kind immer weniger Erfahrungen machen und seine Aktivität mehr und mehr einbüßen. Auch hier kommt es zu einer Entwicklungsarretierung.

Entwickeln sich die Humanfunktionen der Angst und Aggression destruktiv oder defizitär, wird sich auch die Humanfunktion der Ich-Abgrenzung in entsprechender Weise ausprägen. Alle diese Verformungen sind handlungs-, beziehungs- und entwicklungsverbietend.

2. *Die Bedeutung der Gruppe für die Behandlung nicht gelungener Abgrenzung*

Die Patienten, die wir in der analytischen Gruppenpsychotherapie behandeln, (Borderlinesyndrom, Depression, Zwang, Psychosomatik,

Psychose) liegen je nach ihrer Krankheitsstruktur im Spannungsbogen zwischen Über-Abgrenzung und Nicht-Abgrenzung. Diese Erkrankungen sind überwiegend präödipal entstanden. Die Patienten haben in der Regel kein kohärentes Ich, sondern eine große Schwäche in der Ich-Entwicklung. Das lückenhafte Ich wird bei starren Grenzen durch die Überabgrenzung zusammengehalten, bei zu offenen Grenzen wird es von innen und außen überflutet, so dass die Gefahr des völligen Ich-Verlustes (Psychose) besteht. Patienten mit diesen strukturellen Defiziten behandeln wir vorrangig in der analytischen Gruppenpsychotherapie, weil wir denken, dass die Arbeit an den Grenzen, die Trennungsarbeit aus der Symbiose, dort am besten erfolgen kann. Die therapeutische Zweiersituation dient in der Regel der Vorbereitung oder bei fortgeschrittenen Patienten der Vertiefung der Gruppenpsychotherapie.

Das Phänomen der Widerspiegelung der Primärgruppendynamik der Patienten in der Gruppe lässt ihre jeweiligen Defizite schneller sichtbar werden als in der Zweiersituation. Durch die Vielzahl der Gruppenmitglieder erfährt das kindlich symbiotische Ich mehr Gegenüber, mehr Wahrnehmung und dadurch mehr Auseinandersetzung. Konflikte und angstmachende Probleme können von Gruppenmitgliedern stellvertretend durch Miterleben gelöst werden. So bietet die therapeutische Gruppe den Patienten ein großes neues Erfahrungsfeld. Dadurch können sie oft erstmals Ängste spüren und erfahren. Dies ist von Bedeutung, da sie als Kinder bei Abgrenzungsschritten kaum Angst- und Frustrationserfahrungen machen durften. In der Erfahrung der Angst in der Gruppe sehen wir den ersten Schwerpunkt des therapeutischen Prozesses. Schon der Entschluss zur Gruppenpsychotherapie, sowie der Eintritt in die Gruppe und der Gruppenvertrag machen Angst. Das Aushalten dieser Ängste stellt bereits eine Grenzsituation dar, die mit ersten Abgrenzungsschritten verbunden ist. Die Gefühle werden reguliert, die Gruppe hat dabei Vorbilds-, Unterstützungs-, Bekräftigungs-, Zuspruchs-, Verständnis-, Mitgefühls- und Abgrenzungsfunktion.

Ausgehend von der Angst kann die Bearbeitung des Wiederholungszwangs der destruktiven Aggression beginnen. Durch die Angsterfahrung entwickelt der Patient Vertrauen zum Therapeuten und zur Gruppe, weil er verstanden und geschützt wird. Damit verbunden entsteht auch ein Zutrauen zu sich selbst. Auf diesem Boden von Vertrauen und Zutrauen beginnen Auseinandersetzungen, die entsprechend der verinnerlichten Primärgruppendynamik mehr oder weniger feindseliger Art sind, sowohl passiv als auch aktiv destruktiv aggressiv. Auch für diese Auseinandersetzungen ist die analytische Gruppenpsychotherapie besser geeignet als die Zweiersituation, da sie ein größeres Maß an Aggressivität ermöglicht. Übertragung und Gegenübertragung werden nicht nur auf zwei sondern auf alle Gruppenmitglieder verteilt und dadurch die Sprengkraft der Destruktion gemindert. Die destruktive Auseinandersetzung ist so wichtig, weil an dieser Stelle beim Versuch des Kindes, Trennungsschritte aus der

Symbiose zu machen, die ursprünglich konstruktive Aggression durch starre Ver- oder Gebote oder Nichtwahrnehmung unbewusst destruktiv verformt wurde.

Diese destruktiv aggressive Auseinandersetzung ist der zweite Schwerpunkt des therapeutischen Prozesses. In diesem erneuten Spannungsbogen zwischen der konstruktiven Aggression von Gruppe und Therapeut einerseits und der destruktiven Dynamik der verinnerlichten Primärgruppe des Patienten andererseits, entstehen Grenzsituationen, die in der Gruppenpsychotherapie besser ausgehalten und bearbeitet werden können. Dieser Prozess zieht sich oft über eine längere Zeitspanne hin, in der immer wieder im Wechsel von Angst- und Vertrauensbearbeitung und Zuspitzungen destruktiver Art, Grenzsituationen eingegangen werden und dadurch eine nachholende Ich- und Identitätsentwicklung stattfinden kann.

3. Die therapeutische Bearbeitung von Grenzsituationen in der Gruppenpsychotherapie

3.1. Definition von Grenzsituation

Der dritte Schwerpunkt der gruppenpsychotherapeutischen Behandlung ist die Arbeit mit Grenzsituationen. Grenzsituationen treten in verschiedenartigen Ausprägungen und Erscheinungen auf. In der analytischen Gruppenpsychotherapie haben wir es mit diesen verschiedenartigen Ausprägungen zu tun. Sie sind immer auf grundsätzliche, endgültige Grenzsituationen zurückzuführen, die *Jaspers* formuliert hat:

- Unvermeidbarkeit von Schuld
- Notwendigkeit vom Kampf zur Selbstbehauptung
- Unvermeidbarkeit von Leiden und Schmerz
- Ausgeliefertsein an den Zufall
- Tatsache, dass ich sterben muss- Grundsätzliche Situationsverhaftetheit (*Jaspers* II, S. 203)

Anhand einer Fragebogenerhebung in 5 Therapiegruppen (55 Patienten) haben wir die Erscheinungsformen von Grenzsituationen und die damit verbundenen Gefühle und Veränderungen in der Gruppenpsychotherapie untersucht. Bei unserer Befragung (Frage 1: "Nennen Sie eine Situation in der Gruppentherapie, die einen Wendepunkt (Grenzsituation) für Sie darstellte.") wurden vielfältige Grenzsituationen genannt, die in ihrer Mehrzahl Fragen von Schuld, Selbstbehauptung, Leiden und Schmerz und Sein oder Nicht-Sein beinhalteten, so z.B.:

- das Ansprechen einer Abtreibung auf die Unvermeidbarkeit von Schuld
- erstmals in der Gruppe von sich zu sprechen auf die Notwendigkeit zum Kampf zur Selbstbehauptung
- das Äußern der Ängste vor der Gruppe auf die Unvermeidbarkeit von Leiden und Schmerz

  und
- das Ansprechen von Suizidgedanken auf die Begrenztheit des Lebens.

3.2. Die therapeutische Arbeit an den Grenzen

Allen diesen Grenzen ist gemeinsam, dass der Mensch an sie wie an eine Wand stößt, hinter der er nichts anderes sehen kann, dass er sie nicht planen kann, sie nicht überschauen kann (vergl. *Jaspers*). Die Patienten können nicht sehen, wie es hinter der Grenze weitergeht. In der Gruppenpsychotherapie kann sich etwas zunächst belanglos anhören, dann entwickelt es sich, spitzt sich zu, vertieft sich, wird zu einer Frage von Sein oder Nicht-Sein, also zu einer Grenzsituation. Zu einer Zuspitzung kommt es, wenn nicht erfolgte Trennungs- und Abgrenzungsschritte aus der Symbiose zusammenprallen mit aktuellen, zum Teil in der Gruppe, zum Teil außerhalb der Gruppe entstandenen, Realitätsanforderungen. In Grenzsituationen erlebt der Patient die alte Primärgruppendynamik mit den dazugehörigen Gefühlen wieder (repeat). Der alten Wahrnehmung wird eine neue andere verstehende Wahrnehmung in der Gruppe entgegengesetzt. Der Patient kann dadurch die Situation erstmals anders erleben (repair). Das ermöglicht ihm einen ersten Schritt aus der alten verinnerlichten Symbiose, aus einer alten Realität hin zu einer neuen und zu ersten Identitätsschritten.

Von den konkreten Erscheinungsformen der Grenzsituationen ausgehend, muss der Therapeut darauf hinarbeiten, dass die dahinter stehende primäre, alte, nicht gelungene Abgrenzungssituation zum Vorschein kommt. Er führt dabei den Patienten durch Zuspruch, Verständnis seiner Gefühle, auffordernde Bemerkungen bis hin zu Provokation und Konfrontation wie am Faden der Ariadne in diese primäre Grenzsituation hinein, so dass der Patient sich der alten Situation und den alten Gefühlen noch einmal "sehenden Auges" (*Jaspers*) stellen kann. Geschieht dies nicht sehenden Auges und fühlenden Herzens, dann reift die Grenzsituation nicht aus, verflacht schnell wieder und es findet keine Veränderung statt.

Die in der Grenzsituation auftretenden Gefühle sind nach unserer Befragung folgende: Angst, Panik, Todesangst (75%), Wut und Hass (47%), Schuld (20%), Verzweiflung (18%) und Ohnmacht (16%). Darüber hinaus werden noch Gefühle wie Verlassenheit, Vernichtung, Einsamkeit, Unsicherheit, Ausweglosigkeit, Scham und Alleinsein angegeben, die eher als Teilaspekte der genannten grundlegenden Gefühle zu sehen sind. In der Gruppenpsychotherapie werden diese Gefühle von Therapeut und Gruppe mitempfunden und ausgedrückt, so dass sich der Patient, der sich in der Grenzsituation befindet, bestärkt und sicher fühlt.

Zur Erläuterung ein praktisches Beispiel:

Eine Patientin, die in der Gruppe lange geschwiegen hatte, berichtete auf eindringliche Nachfrage der Gruppe hin erstmalig unter entsetzlichen Ängsten von ihrem Urlaub. Sie konnte zunehmend auch von ihren Gefühlen während des Urlaubs sprechen, weil sie immer wieder Zuspruch und Äußerungen von Mitgefühl und Verständnis von der Gruppe und der Therapeutin erhielt. Sie beendete ihren Bericht mit einem erleichterten

Tränenstrom. Im Laufe der weiteren Auseinandersetzung stellte sich heraus, dass das Schweigen und der Rückzug für sie als Kind die einzig mögliche Abgrenzung gegenüber ihrer Mutter war, die in einer doppelbödigen Weise vereinnahmend, manipulativ und lügnerisch gewesen war. Die Patientin litt immer Todesangst, dass sie von diesem manipulativen Gespinst überwältigt würde und es keinen Ausweg gäbe. Der einzige Ausweg bestand in ihrem extremen Rückzug, in ihrem unscheinbaren, unprovokativen Schweigen und scheinbarer Gefühllosigkeit. Diese Gefühlserstarrung, die eine Entwicklungsarretierung v.a. im Bereich der Kommunikations- und Beziehungsfähigkeit bedeutet, stellte für sie die einzig mögliche Abgrenzung dar.

Die Grenzsituation erlangt wegen ihrer existentiellen Infragestellung Wesentlichkeit für die ganze Gruppe, wie auch die Auswertung der Fragebögen sehr klar zeigte. Umgekehrt hat die ganze Gruppe große Bedeutung für denjenigen, der sich in der Grenzsituation befindet. Dies v.a., weil die Grenzsituation einen Zusammenprall von alter und neuer Realität bedeutet und der Patient eine Wiedergutmachung, eine neue Realität im Hier und Jetzt der Gruppe erlebt.

An den Grenzsituationen entwickelt sich nicht nur der einzelne Patient sondern die ganze Gruppe weiter. Es werden Grenzen erweitert, zurechtgerückt oder verinnerlicht. Die gesamte Gruppe wird schuldfähiger, belastungsfähiger, leidensfähiger und beziehungsfähiger im Sinne der *Jasper*schen Grenzsituationen.

In der Gruppenpsychotherapie ist es auch möglich, dass sich eine Grenzsituation anbahnt, aber der Patient noch nicht in der Lage ist, diese einzugehen. Diese Situation muss der Therapeut im Hinterkopf behalten und zu gegebener Zeit erneut anzubahnen versuchen. Die Gruppe ist hierbei oft ein sensibler Partner des Therapeuten; sie spürt, ob Mitpatienten einer Grenzsituation bereits gewachsen sind oder noch nicht.

3.3. Veränderungen durch das Erleben der Grenzsituation

Alle Patienten haben die Frage 4 (Haben sich durch das Erleben der Grenze Veränderungen in Ihrem Leben ergeben? Wenn ja, wie sehen diese aus: a. im Handeln, b. in ihren Gefühlen, c. in ihrem Bewusstsein) sehr differenziert und in Kenntnis von Grenzsituationen beantwortet, was an sich schon ein Zeichen dafür ist, dass sie nicht nur Grenzsituationen schon erlebt haben, sondern sie auch "sehenden Auges eingegangen sind" und wieder herausgekommen sind. Um mit Ammon zu sprechen, bedeutet das, dass für sie das Konstruktiv-Kreative und das Destruktive schon einmal zur Entscheidung stand und sie vor die Frage gestellt waren, sich weiterhin destruktiv an der Identität zu hindern oder zu leben. Es ging für sie hier um Sein oder Nicht-Sein, um Existenz oder totes Leben (*Ammon* HB II, S. 707).

Als Änderungen im Gefühlsbereich wurden folgende Antworten gegeben:
- mehr Zugang, ein Kennenlernen der eigenen Gefühle

- Reduzierung und Differenzierung von Wut und Angst
- mehr Vertrauen in die Gruppe und in sich selbst
- Selbstsicherheit, Unabhängigkeit, Klarheit
- Abgrenzung der Ängste
- Gefühl der Vollständigkeit, getrennt sein von der Mutter
- mehr Lebensfreude, Entwicklung von Zukunftsperspektiven
- offeneres Zugehen auf andere Menschen
- Ohnmacht verloren

Als Änderungen im Handlungsbereich wurden als Antworten gegeben:
- direkter, spontaner, mehr sagen können
- Knechtschaft abwerfen
- mehr Ansprechen von Gefühlen
- gelernt zu kämpfen
- weniger Beziehungsagieren, keine Kontaktabbrüche mehr
- mehr Auseinandersetzungsfähigkeit

Und als Änderungen im Bewusstsein wurden genannt:
- der eigene Anteil an Rivalität und Eifersucht wurde bewusster
- Weniger Schwarz-Weiß Denken
- Ernstnehmen von Beziehungen
- mehr Selbsterkenntnis
- weniger Paranoia, Gefühl der Freiheit

Aus diesen Antworten geht hervor, dass sich bei den Patienten eine Gefühlsdifferenzierung ergeben hat, dass Abgrenzungen stattfinden konnten, dass sich die Gefühle der Patienten stärker an der Realität orientieren und ein Zuwachs von Selbstvertrauen und größerem Bewusstsein des Selbst entstanden ist. Die in der Kindheit entstandenen Entwicklungsarretierungen und Ich-Schwächen werden gespürt, erkannt und bewusst. Werden diese Arretierungen aufgehoben, können sich in der Folge auch andere Ich-Funktionen entwickeln, die bisher durch zu starke destruktive Aggression, Schuld und Angst behindert waren. Verformte Identitäten und Widerstandsformationen lösen sich im Laufe der Therapie auf und wandeln sich in die der eigenen Person entsprechendere Identitätsanteile. Die Gruppenpsychotherapie wird von der dynamischen Psychiatrie als ein Erleben permanenter Grenzsituationen verstanden.

4. Abschließende Zusammenfassung

Wenn die og. drei Schwerpunkte bearbeitet sind, kann der Therapeut den Erfolg des therapeutischen Prozesses an der Veränderung in den aktuellen Lebensgruppen des Patienten sowie der Entwicklung seiner Traumfähigkeit und der Entwicklung anderer Ich-Funktionen ablesen. Der Patient hat dann über die zunehmende Abgrenzung seiner symbiotischen Bedürfnisse eine eigene Identität entwickelt und kann sich aus der Therapiegruppe trennen. Diese Trennung ist eine letzte zentrale Grenz-

erfahrung. Der Patient, der die Gruppe verlässt, ist in der Lage, in seinem späteren Leben in konstruktiver Weise weitere Grenzsituationen und Begegnungen einzugehen.

Grenzsituationen erfahren und existieren ist ein und dasselbe.

What is Meant by a Borderline Situation within Group Psychotherapy

Ulrike Winkelmann, Bettina Weber, Anite Witte (Munich)

1. The Development of Borders
1.1 Successful Demarcation

Right from the beginning the child moves within the world, it wants to discover the world and act within it. This urge for discovery we call inherent constructive aggression. By discovering its surroundings the child meets with the resistance (border) of men and things; it constantly experiences itself by acting, it experiences itself with regard to the surrounding group and with regard to things. It experiences itself through the spontaneity of energy, which it is prepared to employ, be it psychic or mental energy. Things are experienced by resisting them. Both, the experience of the self as well as that of things are indissolubly interconnected and both are experiences of reality, i.e. of borders. This strict interconnection between the emotional social energetic world and the world of objects is indispensable, since otherwhise initial developmental disturbances would arise.

In order to be able to experience such a border, which at the same time is an experience of reality, the child must feel secure and safe within the maternal symbiosis. The confidence in the mother's or other primary figures' response is decisive for the child in order to be able to develop self confidence. The child separates from the mother for some time, explores the world and returns into the security of maternal love. There is a constant change between being within the symbiosis with the mother and stepping out of it. Here the constructive process of ego demarcation begins. The child begins to regulate the relationship between its own ego, that of the mother and that of the surrounding group. In the course of this process, independant from the mother, inner and outer borders, an own ego, an own ego structure, a demarcation between ego and non-ego as well as a self-reflecting ego are being developed. *Jaspers* calls this process the beginning of a splitting between subject and object; or the development of ego and self consciousness.

The sound infant initially does not fear developmental steps, i.e. entering borderline situations. If the mother is able to experience fear, the child will learn with the help of its mother to recognize dangerous situations of

objective and emotional nature. In the course of time, it will learn to distinguish between explicable and irrational fear. In this way fear will be structured in the course of time and the ego function of constructive fear may develop.

Not only fear, but also rage and aggression arise in experiencing borderline situations, e.g. when the child experiences frustration due to not being able to overcome ad hoc the encountered border. Here as well the mother must support the child in a way that it is able to endure its frustration, to regulate its rage and stick to the matter.

If this process of differentiating these two important human functions of fear and aggression has been successful by way of confronting the mother and the surrounding group, this will create a structural network in the child's personality, and will enable the child to flexibly demarcate itself towards its inner as well as the outer world. This will also enable it to regulate its feelings, to gain more autonomy, to strengthen its self confidence and self consciousness. Here the foundations are laid for the child's future ability to communicate, for its encounter with the „Thou" (*Bollnow*), for future encounters with groups and other persons. From this point of view encounters are always borderline situations, they are a necessary reciprocal process in which I encounter myself in the other person and the other persons encounters himself/herself in me (*Bollnow*: Man in borderline situations).

1.2 Unsuccessful Demarcation

If the process of demarcation, described above, is unsuccessful, i.e. the child is not allowed to separate from the symbiosis with the mother free of fear and guilt, this will lead to a deformation of its human structure. In this connection we above all consider important the human functions of fear, aggression and demarcation.

In case there is a destructive or deficient development of the human functions of fear and aggression, the human function of ego demarcation will develop in a corresponding manner. All these deformations prevent man from acting, from being capable to enter relationships and from developing his personality.

2. The Relevance of Groups for the Treatment of Patients with Unsuccessful Demarcation

Those patients whom we are treating in analytical group psychotherapy (borderline syndrom, depression, compulsion, psychosomatics, psychosis) are situated between the poles of over-demarcation and non-demarcation, depending on their structure of disease. Such diseases have predominantly developed in the preoedipal phase of life. As a rule these patients have no coherent ego, they have shortcomings in their ego development. In case of

rigid ego borders the defective ego is held together by means of over-demarcation, in case of wide open ego borders, it will be flooded from inside and outside so that the patient is threatened to completely loose his ego (psychosis). Patients with these structural deficits are at first instance treated in analytical group psychotherapy, since we are proceeding on the assumption that working on the ego borders, i.e. working on separating from the symbiosis with the mother and the surrounding group can best be done in analytical group psychotherapy. The phenomenon of reflecting the patient's primary group dynamics in the psychotherapeutic group better allows for visualizing the respective ego deficits than in an invidual therapy situation. By means of the many group members the infantile symbiotic ego experiences more people face to face, more people perceiving him, and in this way more opportunities to confront itself. Conflicts and fear producing problems can vicariously be solved via group members by way of co-experience. In this way the therapeutic group offers the patients a new wide field of experience.

The experience of fear in the group we regard as the initial focal point of the therapeutical process. Already the decision to undergo group psychotherapy, to enter the group and to make a group contract, produces fear. The fact that one endures such fears, already represents a borderline situation, which requires initial steps of demarcation. Feelings need to be regulated, whereby the group's task is to function as model, to support, confirm and encourage the individual, understand, have sympathy for, and demarcate him.

Proceeding from the patient's fear we start treating his repetition compulsion of destructive aggression. By experiencing fear the patient develops trust in the therapist and the group, because he feels understood and protected. In this connection he develops confidence in himself. On the basis of trust and confidence the patient starts confronting himself with the other group members. These confrontations, which corresponding to the patients internalized primary group dynamics, may be more or less hostile, are of a destructive aggressive nature, shown in a passive as well as in an active way. For these confrontations the analytical group psychotherapy is a much more suitable situation than the one of individual therapy, since here a higher degree of aggression is allowed for. Transferences and counter-transferences take place not only between two people but between the patient and all the other group members; in this way the explosive force of destruction is reduced. The reason why destructive confrontation is so important is, because at this point the originally constructive aggression had been destructively deformed in the child's unconscious by rigid prohibitions, commands or non-perception on the part of the primary group with regard to the child's attempt to separate from the symbiosis with this group.

Destructive aggressive confrontation is the second focal point of the therapeutic process. Here again borderline situations arise between the poles of the group's and the therapist's constructive aggression on the one

hand and the destructive dynamics of the patient's internalized primary group on the other hand, which can again be easier endured and treated in group psychotherapy than with in indidvidual therapy. This process often lasts for a prolonged time during which the patient time and again experiences borderline situations by alternately working on his fear of and his trust in the group and by increasingly producing and experiencing destructive situations. In this way ego and identity development, which had not been taken place during childhood, can be made up for.

3. Dealing Therapeutically with Borderline Situations in Group Psychotherapy

3.1 Definition of Borderline Situations

The third focal point of group psychotherapeutical treatment is working with borderline situations. Borderline situations show up in a veriety of different forms and expressions. In analytical group psychotherapy we are dealing with these differently marked kinds of borderline situations. They always have to be traced back to fundamental and definitive borderline situations, which Jaspers formulated as follows:

- Unavoidability of guilt
- Necessity to proceed from fighting to self assertion
- Unavoidability of grief and pain
- Being in the power of coincidence
- The fact that I have to die one day
- Fundamentally being bound to situations (*Jaspers* II, page 203)

On the basis of an inquiry by means of questionnaires within 5 therapeutical groups (55 patients) we investigated the manifestations of borderline situations and the patients' feelings and personality changes connected to these situations within group psychotherapy. In answering the first question of our questionnaire, ("Name a situation in group psychotherapy which represents a turning point (borderline situation) for you"), many patients named quite a number of borderline situations, the great majority of which contained the question of guilt, self assertion, grief and pain and being or not being, such as:

- talking about abortion with regard to the unavoidability of guilt
- for the first time talking in the group about personal matters with regard to the necessity to proceed from fighting to self assertion
- expressing fears of the group with regard to the unavoidability of grief and pain
  and
- talking about suicidal thoughts with regard to the limit of life.

3.2 Therapeutical Work at Borders

All these borders have in common that man knocks against them like knocking against a wall behind which he is not able to see anything different from what he knows already, that he cannot foresee, cannot overlook this border (compare *Jaspers).* The patients are unable to realize the way behind the border. The matter about which a patient speaks in group psychotherapy, may initially sound unimportant, but then, in the process of talking the message develops, becomes more and more critical and profound, develops towards the question of being or not being, i.e. towards a borderline situation. A crucial point evolves, if the fact that separating and demarcating steps out of the symbiosis with the primary group failed to have taken place, clashes with present demands on reality, which partly arise within and partly outside the therapy group. Within borderline situations the patient reexperiences the dynamics of his primary group together with the corresponding feelings (repeat). The patient's former perception of a situation is contrasted with the group's new, different, understanding perception of the situation (repair). In this way the patient will be able for the first time in his life to experience this situation in a different way. This enables him to do a first step out of his formerly internalized symbiosis with his primary group, out of a former reality towards a new one and towards initial steps of identity.

According to our query the following feelings come up in a borderline situation: fear, panic, mortal fear (75%), rage and hatred (47%), guilt feelings (20%), despair (18%), and helplessness (16%). In addition there are reported feelings of being deserted, destroyed, isolated, feelings of uncertainty, hopelessness, shame and loneliness, which can be regarded as partial aspects of the fundamental feelings mentioned before. In group psychotherapy such feelings are sympathized with and expressed by the therapist and the group members, so that the patient, who is in a borderline situation, will feel encouraged and secure.

In borderline situations not only the individual patient may develop but the group as a whole. Borders are extended, put straight or are internalized. The entire group develops a greater ability for taking over guilt (in the sense of responsibility), for being burdened, for bearing grief and for entering and maintaining relationships in the sense of *Jasper's* borderline situation.

3.3 Changing by Experiencing Borderline Situations

Question no. 4 ("Have you experienced any changes in your life on the grounds of borderline situations? If so, in what way have you experienced these borders? a) by way of acting, b) by way of your feelings, c) by way of your consciousness) was answered by each patient very differently, whereby all the patients were very well aquainted with borderline situations; this fact already indicates that these patients had not only

experienced borderline situations but also „entered them eyes open"and came out of them again. According to *Ammon,* this means that for such patients constructivity, creativity and destructivity had once been a decisive question in their lives, where they had to decide either to destructively impede the development of their identity furtheron or to start living. It was a question of being or not being, a question of vital existence or of a dead life (*Ammon* manual II, page 707).

From the patients' answers follows that they experienced a differentiation of their feelings, that they were able to demarcate themselves, that their feelings were more oriented at reality, that they developed a greater self confidence and that they became more conscious of themselves.

4. Concluding Summary

After the three above mentioned focal points have been worked through, the therapist can read the success of the therapeutical process from the changes having taken place within the patient's present life groups, as well as from the development of his ability to dream and from the development of other ego functions. Through increasingly demarcating his symbiotic needs the patient gained an own identity and is now able to separate from the therapeutic group. This separation is a last central borderline experience. When the patient leaves his therapeutic group, he will in his future life be able to enter further borderline situations and encounters in a constructive way.

Experiencing borderline situations and existing is one and the same thing.

Literatur:

Ammon, Günter (Hg.) (1979): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie 1. München: Reinhardt
– (Hg.) (1982): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie 2. München: Reinhardt
Bollnow, Otto Friedrich: Existenzphilosophie und Pädagogik Urban
Burbiel, Ilse (1996): Definitionen der Humanfunktionen. Unveröffentlichtes Manuskript, München
Heigl-Evers, Anneliese (1978): Konzepte der analytischen Gruppenpsychotherapie. Göttingen: Vandenhoeck und Rupprecht
Jansohn, Heinz; Nosbüsch, Johannes (1973): Der Mensch in Grenzsituationen. München: Lurz
Jaspers, Karl (1994): Philosophie II. Existenzerhellung. München: Piper
Revenstorf, Dirk (1993): Psychotherapeutische Verfahren – Band IV. Gruppen-, Paar- und Familientherapie. Stuttgart: Kohlhammer
Schmidt, Heinrich (1978): Philosophisches Wörterbuch. Stuttgart: Körner
Winkelmann, Ulrike (Hg.) (2000): Aggression mal konstruktiv. Ambulante Milieutherapie in Theorie und Praxis. Eschborn: Klotz

Adresse der Autorinnen:

OStR Ulrike Winkelmann
Dipl. soz. päd., FH Bettina Weber
Dipl.-Psych. Anita Witte
Franz-Joseph-Straße 43
80801 München

Gruppendynamische Prozesse in der ambulanten humanstrukturellen Tanztherapie**

Gertraud Reitz (München)*

Ausgehend von der These, dass der Mensch ein Gruppenwesen ist, das in und durch die Gruppe Entwicklung und Veränderung erlebt, sollen am Beispiel einer Tanzsitzung einige ausgewählte gruppendynamische Phänomene untersucht werden, die einen starken Einfluss auf die Gruppenbildungsprozesse haben und damit auch auf die einzelnen Teilnehmer in der Gruppe.
Dabei gehen wir der Frage nach, welche Auswirkungen die gewählte Musik, die Reihenfolge der Tänzer/Innen und die in der Gruppe entstehende Sozialenergie auf den Gruppenprozess haben.
Als Methode dienen:
- die Auswertung der Tanzvideos unter den oben beschriebenen Aspekten durch unabhängige Rater
- die Auswertung der Gruppenprotokolle
- die Auswertung soziometrischer Messungen in der Tanzgruppe
- die Auswertung von ISTA-Messungen

Es werden ausgewählte Tänze beschrieben, die die Bedeutung der Gruppe für die Tanztherapie und die oben gestellten Themen zur Diskussion stellen.

Tanz als „via regia" zum Unbewussten ist Körpertherapie, Kunsttherapie und Gruppentherapie zugleich und ermöglicht ein ganzheitliches Erleben und eine Integration der abgespaltenen Dimensionen des Menschseins.

Ursprünglich von *Günter Ammon* für die Behandlung von Borderline-Störungen entwickelt, die besonders unter der Zersplitterung ihrer Persönlichkeit leiden, hat die Tanztherapie auch für andere Störungen und auch im Bereich der Selbsterfahrung immer mehr an Bedeutung gewonnen. Über die Grundelemente des Humanstrukturellen Tanzes (vgl. *G. Ammon,* 1986).

Wie alle nonverbalen Behandlungsmethoden ist auch die Tanztherapie eingebettet in ein multidimensionales therapeutisches Gesamtkonzept (*G. Reitz* 1999). Dabei spielt die Milieutherapie, die durch ihre „Arbeit über das dritte Objekt" weniger Angst macht, einen starken realen Kontakt schafft und so Verbündung und Vertrauen untereinander herstellt, eine ganz besondere Rolle (*U. Winkelmann*, 2000). Es muss ein Schutzraum entstehen, der vor allem durch die Therapeutin strukturiert wird. Sie gibt die Grenzen vor, erkennt destruktive Dynamiken, die durchgearbeitet oder abgegrenzt werden, um die Wiederholung alter Verletzungen zu vermeiden. Für die Tanzarbeit ist eine besondere körperliche Sensibilisierung und Kenntnis von Übertragungen, Gegenübertragungen und Widerständen auf

* Dr. phil., Training Analyst at the Munich Training and Research Institute of DAP, Chair of the Foundation for Therapeutic Living Communities

** Paper presented at the 13. World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry (WADP) / XXVI. Internat. Symposium for the German Academy of Psychoanalysis (DAP), March 13-17, 2001 at the Institute for Medical Psychology of the Ludwig-Maximilians-University of Munich

körperlicher Ebene durch die Therapeutin erforderlich (*Reitz*, 1998). Die Gruppenmitglieder lernen durch Identifikation mit der Therapeutin, durch ihre eigenen Tänze und in den Seminaren auch ihre eigenen Übertragungen und körperlichen Widerstände kennen und damit umzugehen. In dem so strukturierten Schutzraum entfaltet die gesamte Gruppe ihr kreatives Beziehungspotential in jeder einzelnen Tanzsitzung, je nach Befindlichkeit und Bereitschaft der Teilnehmer.

Jeder Tanz ist Ausdruck der verinnerlichten Geschichte der Tänzer, er ist Ausdruck ihrer derzeitigen Identität und findet seine Resonanz im Betrachter und durch die empathische Teilnahme der umgebenden Gruppe. Auch die Teilnehmer, die nicht tanzen, sind intensiv am gruppendynamischen Geschehen beteiligt durch ihre Wahrnehmung und die Rückmeldungen, durch Trommeln oder Klatschen.

Es entsteht ein *sozialenergetisches Feld*, wie *Ammon* es nennt, in das hinein jeder sich entwerfen kann. Je früher die Defizite entstanden sind, umso stärker ist die Gruppe erforderlich, um Schutz und Vertrauen zu geben, um unbewusste Bereiche sichtbar werden zu lassen und eine Wiedergutmachung und Heilung zu ermöglichen, denn Tanz bedeutet Anknüpfen an kindliche Bewegungsbedürfnisse. Die Reaktionen auf gruppendynamische Ereignisse dienen als Gradmesser für den Entwicklungsstand der einzelnen. Es zeigt sich, ob die alte Dynamik wiederholt wird oder ob Entwicklung möglich wurde.

In den verbalen Rückmeldungen werden auch Stagnation und Wiederholungen vorsichtig kommentiert. Vor allem aber sind die Rückmeldungen der Gruppe und der Therapeutin identitätsfördernd. Der Wunsch nach Verbündung und Identifizierung zeigt sich in der Wahl der Musik, Tanzen nach der Musik eines anderen Tänzers und in der Reihenfolge der Tänzer. Die Musik wird immer mit besonderer Sorgfalt gewählt und schafft zusätzlich zur Meditation einen besonderen Raum und eine Öffnung zum Unbewussten. Die Wahl der Musik steht im Zusammenhang mit der gruppendynamischen Situation der Gruppe, die Entscheidung für eine bestimmte Musik kann im Verlauf der Sitzung wechseln. Die Musik bringt etwas zum Klingen und schafft eine Verbündung mit der eigenen Geschichte, die erzählt werden soll oder mit den anderen Tänzern.

Während Musik als klingende Gruppendynamik verstanden werden kann, wie *Rolf Schmidts* sie bezeichnet, ist der Tanz bewegte und bewegende Gruppendynamik. Diese Zusammenhänge sind weitgehend unbewusst und können erst verstanden werden beim Anschauen der Tanz-Videos in den jeweiligen Gruppen.

Beschreibung der Tanzgruppe und gruppendynamische Situation

Auch bei dieser Gruppe, deren gruppendynamischen Prozess ich beschreiben möchte, sind alle Menschen in eine Gruppentherapie und/oder eine Einzeltherapie eingebunden. Zweimal im Jahr finden milieutherapeuti-

sche Tagungen bzw. Tanz-Wochenenden statt. Auf diese Weise hat jeder Patient die Möglichkeit, sich in verschiedene Gruppen mit verschiedenen Gruppengrenzen hineinzubegeben, Übertragungen können wechseln, ein therapeutisches Splitting wird möglich, denn Veränderung und Entwicklung entsteht an der Grenze von *Ich* und *Gruppe*.
Die gruppendynamische Situation stellt sich wie folgt dar:
- Zwei Wochen vorher hatte eine intensive milieutherapeutische Tagung stattgefunden, mit dem Schwerpunkt „Tanz", an dem die Tanzgruppe – bis auf wenige Ausnahmen – teilgenommen hat.
- Viele Mitglieder, die nur noch an der Tanztherapie teilnahmen (die Gruppentherapie schon abgeschlossen hatten), waren dabei und gaben der Gruppe einen tragenden Boden – es besteht eine Gruppenkultur, die sich daran messen lässt, dass relativ schnell ein sozial-energetisches Feld entsteht, so dass jeder sich zu seinem unbewussten Potential hin öffnen und im Vertrauen auf die Gruppe neue Bereiche des Unbewussten entdecken kann.

Beschreibung der Tanzgruppe

Die milieutherapeutische Tagung hatte zu einer starken Verbündung geführt, viele Wünsche mobilisiert, Erwartungen geweckt und Aggressionen ausgelöst, weil nach der Rückkehr (von der Tagung auf dem Land in die Stadt) jeder wieder zurück in seine Realität gehen musste. Die Frage war, wieviel an Veränderung bzw. Anregung erhalten bleibt: was jeder in der Realität verändern kann, weil ihm/ihr – bei dem intensiven Gruppenleben – aufgefallen war, was im jeweiligen eigenen Leben unbefriedigt bleibt oder bisher geblieben ist. Darum ist die Nachbereitung in der Milieutherapie so wichtig, um den Prozess der Integration zu ermöglichen.

Die Tanzgruppe bilden 20 Mitglieder (13 Frauen und 7 Männer), die alle in andere therapeutische Felder eingebunden sind. Sie besteht aus mehreren Untergruppen:
- aus 3 verschiedenen Therapiegruppen mit 2 bis 6 Teilnehmern
- aus 5 sogenannten Externen, die die therapeutische Gruppe schon abgeschlossen haben
- 2 Teilnehmern, die bei einer anderen Therapeutin in Behandlung sind

Allein daraus entsteht eine interessante Dynamik und auch Rivalität, die immer wieder zum Thema werden muss, um die unausgesprochene Rivalität nicht zum Widerstand werden zu lassen. Bis auf 5 Teilnehmer, die erst vor einem Jahr in die Tanztherapie gekommen sind, befinden sich die übrigen 15 Teilnehmer über 4 Jahre in der Tanzgruppe.

Das Gruppenthema, das sich in jeder Tanzgruppe – wie in jeder anderen Gruppe auch – entwickelt, war in dem hier ausgewählten Beispiel stark geprägt von der intensiven Tanz-Tagung, die 2 Wochen vorher stattgefunden hatte.
- Starke Wünsche nach Verbündung und Wiedererleben der Gefühle der Tanz-Tagung kennzeichnen die Stimmung in der Gruppe

- Die Trennung von Wartmoning und die Trennung in die Ferien lösen auch viele Aggressionen aus, denn die Sitzung findet 4 Wochen vor Weihnachten statt, das mit 3 Wochen Ferien verbunden ist.
- Jeder stellt die Frage:
  „Wo ist mein Platz?"
  „Wo ist mein Zuhause?"
  „Wo sind meine Freunde?"
  „Wo ist meine Heimat?"
  „Was kann die Gruppe und die Therapeutin jedem einzelnen geben?"

Auch in den verbalen Therapiegruppen stehen diese Fragen im Vordergrund. Hier in der Tanzgruppe ist ein größerer Spielraum, um diese Themen auch körperlich auszudrücken.

Herr C. eröffnet die Tanzgruppe mit seinem Tanz nach einem neapolitanischen Volkslied, das die Sehnsucht nach Liebe und Geborgenheit ausdrückt. Er möchte damit das „Gefühl von Wartmoning" wieder zurückholen, er hat auch dort nach diesem Lied getanzt.

Während er zu Beginn der Tanztherapie viele negative Vaterübertragungen auslöste, hat sich seine Rolle in der Gruppe sehr verändert. Auch sein Verhalten und seine Ausstrahlung haben sich sehr verändert. Er ist kreativ in der Wahl seiner Musik, probiert immer wieder Neues aus und wird damit für viele zu einem freundlichen Vater/Bruder. Er trifft mit seiner Musik und dem Ausdruck im Tanz oft die Stimmung in der Gruppe. Bei ihm finden starke Veränderungsprozesse statt.

Beschreibung seines Tanzes:

Das ausgewählte Lied handelt von Begegnung, Liebe und Abschied, von Sehnsucht und Wiederkehr. Er möchte in seinem Tanz noch einmal eintauchen in die Atmosphäre von Wartmoning, wo er viele schmerzliche und viele schöne Erlebnisse hatte. Er hat an allen Tagungen – bis jetzt insgesamt zwölfmal – teilgenommen. Er kommt aus Italien, fühlt sich eigentlich nicht als Italiener, aber in München auch nicht wirklich zu Hause. Sein Tanz drückt das Gruppenthema aus: diese starke Sehnsucht nach einem Platz für sich , nach Kontakt zur Musik, zu sich selbst und zur Gruppe, die ihn liebevoll umgibt.

(Nach der Tagung war er nach Florenz gefahren, wo sein Haus steht, in dem er aufgewachsen ist. Er war auch als Kind immer einsam, weil die Mutter den Kontakt zu anderen Kindern verboten hatte, auch zum Vater durfte er nur in den Ferien, weil die Eltern sich getrennt hatten.)

Er begreift erst allmählich, dass er zunächst zu sich, zu seinem Unbewussten, zu seinen Wurzeln finden muss, um einen Platz bei anderen Menschen zu finden. Zunächst kämpft er sich durch sein Gefühl der Einsamkeit mit Sprüngen und hilfesuchenden, ausgreifenden Bewegungen. Allmählich kommt er zu sich und findet Kontakt zu seinen Verbündeten in der Gruppe. Sein Tanz zeigt sein unbewusstes Potential an liebevoller

Zuwendung zu den Menschen und Hingabe zu seinem Unbewussten. Drei weitere Gruppenmitglieder tanzen nach seiner Musik, die übrigen Tänzer/Innen übernehmen das Thema.

Frau A. tanzt als zweite. Sie spürt eine starke Verbündung zu ihm, auch zu seiner Sprachlosigkeit, die sich sehr stark gerade durch die Körpersprache des Tanzes bei ihm verändert hat. Sie hat es schwer, sich hinzugeben – im Tanz und im Leben. Obwohl sie sich nicht zum Tanzen gemeldet hatte, entscheidet sie sich spontan, motiviert durch den Tanz von Herrn C. („Ich bin so wütend, dass ich mich hier so oft als Kind fühle"..... „Hier so verdammt zu sein zur Sprachlosigkeit, das ist schwer auszuhalten").

Es fällt ihr sehr schwer, dieses Gefühl auch als Chance für sich zu sehen, „Kind zu sein" und eine nicht stattgefundene Entwicklung nachzuholen. Obwohl sie wütend und aggressiv tanzen wollte, gelingt es ihr nicht. „Die Musik hatte ich ganz anders in Erinnerung", sagt sie. Sie hat Musik gewählt, die sich wie Schreie von Kindern anhören, die ihre Aggressionen hinausschreien. In ihrem Tanz dagegen lächelt sie glücklich und verschmitzt, so als ob sie sich selbst überlistet hätte.

Frau N.: Das Thema „Kind" in doppelter Weise zeigt der nächste Tanz von Frau N., die ein Kind erwartet und sich zerrissen fühlt von dem Konflikt zwischen Mutterschaft und Studium. Sie hat die Therapie begonnen, um sich aus der Symbiose mit der Zwillingsschwester lösen zu können. Nun fordert die Schwangerschaft das Eingehen einer Symbiose mit dem werdenden Kind. In der Gruppentherapie und in der Tanztherapie ist sie noch sehr misstrauisch und vorsichtig. Sie hat eine Musik gewählt, die sie weit weg trägt aus der Gruppe an einen Strand, an dem sie in den Ferien glücklich war mit ihrem Freund. Tanz und Musik und ihr Körperausdruck werden eher als Ausdruck von etwas Schmerzhaftem empfunden, obwohl die Musik den Titel „freundlicher Strand" trägt. Ein Gruppenmitglied hatte die beängstigende Assoziation, es sei etwas Schreckliches passiert, „sie habe ihr Kind verloren." Sie ist eine schöne kräftige Frau, für die der Tanz sehr wichtig ist. Auf der milieutherapeutischen Tagung konnte sie sich freilassen und ihre Erotik vor allem im Tanz zeigen. Für sie ist das Ende der Tanztagung besonders schmerzlich, was sie auch im Tanz ausdrückt durch ihre Trauer. Sie vermittelt das Bild einer schönen griechischen Frau, die um ihren Geliebten, der sie verlassen hat, Trauer trägt. Die Gruppe kann sie nicht mehr spüren und zieht sich wieder zurück in alte Gefühle, die sie als Kind erlebte.

Frau W. wählt die Musik von Herrn C., die das Motto der heutigen Tanzsitzung ist. Auch bei ihr ist die Sehnsucht nach Wartmoning sehr stark geworden. Sie hatte sehr lange gebraucht, bis sie sich in die Tanzgruppe hineintraute. Hier und vor allem auch in Verbindung mit der Milieutherapie hat sie wichtige Entwicklungsschritte gemacht. Sie beginnt den Tanz, steht still, tanzt weiter, wird unruhig, legt sich auf den Boden und bricht den Tanz ab. „So langsam, ich hatte die Musik viel schneller in Erinnerung," sagt

sie. Herr W. kommentiert: „Die Musik fordert Dich, nach innen zu kommen, nicht nach außen zu gehen." Sie ist verwirrt. "Suchen, bis man zu sich selbst findet", kommentiert die Therapeutin. Einer jungen Frau fällt die Parallele zur Lebensrealität der Tänzerin ein: „Du suchst eine Wohnung, dabei geht es um die Klärung der Beziehung zu Deinem Freund."

In der nächsten Gruppentherapiesitzung fallen ihr wichtige Erlebnisse aus ihrer Kindheit ein. Sie war die jüngste von drei Schwestern, die zwei waren 4 bzw. 6 Jahre älter als sie. Sie durfte nie schlafen gehen, wenn sie müde war, sondern musste auf die Schwestern warten, die viel länger aufbleiben wollten. Die Oma brachte immer alle drei zusammen ins Bett, ganz unabhängig vom Grad ihrer Müdigkeit. Diese Erinnerungen erschüttern sie sehr. Sie hatte keinen eigenen Platz in der Familie und erlebt diese Gefühle wieder in der Gruppe. Die letzte Tanzsitzung hat durch die starke Erschütterung einen Entwicklungsprozess in Gang gebracht, aber auch die Gefahr des Abbruchs, wenn sie sich diesen neuen Prozessen nicht stellen kann.

Frau K. tanzt als Fünfte. Sie konnte zur milieutherapeutischen Tagung nicht mitkommen und hatte Sorge, dass sie den Kontakt zur Gruppe verlieren könnte. Sie ist erst seit knapp 1 Jahr in der Tanztherapie – und nicht bei mir in Therapie. Das erschwert ihr den Kontakt zur Gruppe, aber sie scheint diese besondere Anforderung auch zu brauchen. Sie wünscht sich Trommeln, die einerseits mehr Kontakt mit der Gruppe erfordern, gleichzeitig aber eine Abgrenzung zum Gruppenthema ermöglichen sollen. Sie tanzt das erste Mal nach Trommeln. Sie springt hinein und übernimmt die Führung durch ihren intensiven Körperausdruck. Das Feedback einer Frau: „Wie eine Karatekämpferin, sehr diszipliniert, voller Körperbeherrschung – die Disziplin hindert Dich daran, Dich selber zu spüren." Frau R. spürt die verzweifelte Suche der Tänzerin, geistig mit dem Körper identisch sein zu wollen. Sie kennt diese Dynamik, die ihr Leben bestimmte. Die Tänzerin erwidert: „Man hält alles aus, wenn man sich nicht fühlt und darauf noch stolz ist." Sie hatte sich selber kaum gespürt, obwohl sie sehr viele widersprüchliche Emotionen ausgelöst hat. Frau D. hatte Angst um sie.

Frau W.: „Du kennst Deine Grenzen sehr gut, mich faszinierte die Klarheit, mit der Du Dich in Deinen Bewegungen in den Raum stellst." Obwohl ihr Tanz ein Abgrenzungsversuch von der Gruppe war, hat Frau K. so viel Kontakt zulassen können, wie nie zuvor. Ihr Tanz löste sehr viele unterschiedliche Emotionen in der Gruppe aus. Die Rückmeldungen spiegeln ihre noch unintegrierten Aspekte der Persönlichkeit wider und können so allmählich zu einer Integration führen, die das Ziel jeder Therapie ist.

Herr B. tanzt heute seinen vorletzten Tanz. Er ist am längsten von allen in der Tanztherapie und ein besonders wichtiges Mitglied in der Gruppe. Er wählt die Meditationsmusik, das Largetto von Mozart (2. Satz) aus dem Konzert für Klavier und Orchester. Diese Musik hatte oft die Tanzsitzungen

begleitet und gibt Herrn B. auch heute Sicherheit für seinen Tanz, der schon seinen Abschied aus der Tanztherapie ausdrückt. Sein Tanz ist ein starker Kontrast zu dem von Frau K., die gerade ein dreiviertel Jahr in der Tanztherapie ist und erst um ihren Platz kämpft. Auch Herr B. kennt diesen Kampf, der ihn immer wieder unter großen Leistungsdruck gesetzt hat, so dass er den Kontakt zu sich und zu den anderen verlor. Heute, bei seinem vorletzten Tanz, kann er sich ruhig zeigen. So kann er sich und auch der Gruppe bewusst machen, dass er nur noch 1 Sitzung für seinen Abschied hat. „Ich habe Dich sehr stark gespürt, es ist eine große Änderung geschehen", sagt Frau D., die sich ihm verbunden fühlt.

Frau W. tanzt als nächste. Sie fühlt sich dem Tänzer vor ihr, Herrn B., durch lange gemeinsame Erfahrungen sehr verbunden, in der Tanzgruppe und in anderen Bereichen der Realität. Sie tanzt ohne Musik und drückt körperlich/ pantomimisch ihre Beziehung zu den einzelnen aus. Sie wird sichtbar in ihrer Vielfältigkeit und Kreativität. „Eine neue Erotik hast Du entdeckt" wird ihr von einer Teilnehmerin und einem Teilnehmer rückgemeldet. „Ich habe mich sehr wohl gefühlt, viel Druck fällt von mir ab." Sie hat sich eindeutiger für sich und ihr Leben entschieden.

Frau D. wählt wieder die Musik von Herrn C., weil die Musik für sie ihre Heimatlosigkeit ausdrückt. Sie fühlt sich Herrn C. sehr verbunden, weil sie – wie auch er – nicht aus Deutschland kommt und noch immer auf der Suche ist nach ihrer persönlichen Identität. Ihr Tanz erinnert Herrn B. an ihren Weg vom Mädchen zur jungen Frau – auf der Suche. Herr W.: „Ich finde es reich, dass Du Dich so schön ausdrücken kannst, so eine wunderschöne Traurigkeit." Er wünscht das auch für sich. Obwohl sie viel Kraft und Lebensfreude besitzt, wirkt ihr Tanz heute energielos. Sie konnte wegen ihres Studiums nicht zur Tagung mitkommen, worüber sie sehr unglücklich war. Ihr Tanz zeigt ihren Wunsch nach Eingebundensein in die Gruppe. Die Freunde sollen zu ihr kommen und sie begleiten. Das sagt auch der Text des Liedes.

Herr W. möchte auch seine Traurigkeit tanzen, doch sein Tanz zeigt seine Weichheit, ganz versunken und bei sich. Ich bitte Herrn C., mitzusingen. Er tut es. Der Tänzer wiegt sich in den Stimmen der Männer, er wirkt sehr jugendlich und empfindsam. Es ist ein alle berührender Tanz, das Lied wirkt wie ein Wiegenlied; es drückt eine liebe, weiche Tröstlichkeit aus. Frau B.: „Wir spüren uns alle und dürfen uns berühren." Sie weint vor Freude. Herr C.: „Ich war viel ergriffener als bei meinem eigenen Tanz." Herr W., der Tänzer, hat für alle und mit allen noch einmal das Thema der Gruppe, mit ihrer Sehnsucht nach Liebe und Verbundenheit, zusammengefasst. An diesem Beispiel zeigt sich auch wieder sehr stark die Bedeutung der Tanztherapie für die umgebende Gruppe. Eigentlich wäre dies ein guter Abschlusstanz, doch Herrr K., der wegen eines Seminars immer etwas später kommt, möchte auch noch tanzen.

Herr K. öffnet seine Musikkassette, sie ist leer. „Es war etwas Ruhiges, ich hab' es im Auto, es war etwas Ernstes." Frau St. sucht für ihn Musik

von Chopin aus, die für ihn eine gute Anforderung bedeutet. Er springt sehr leicht hinein, zunächst befreit in seinen Körper, von der immer noch drohenden Depression. Dann geht das Lächeln auch in sein Gesicht über. „Der blonde Jüngling aus der Zauberflöte, alle Frauen umschwärmen ihn", sagt Frau W., die ihm sehr zugeneigt ist. Er hat das Gruppenthema aufgegriffen und zu seiner Freude gefunden – im Tanz geht es leichter. Auch zur klassischen Musik hat er guten Zugang. Er spielt selber Klavier, pflegt diese Begabung aber zu wenig. Inzwischen hat er auch mehr Zugang zu Herrn C., dem Protagonisten in der Tanzgruppe, gefunden. Er musste lange in diesem seinen strengen Vater bekämpfen.

Die Meditation mit dem Largetto von Mozart beendet diese sehr intensive Begegnung der Menschen im Tanz.

Zusammenfassung der Tanzsitzung und Ableitung von Thesen

Das Zeiterleben verändert sich in der Tanztherapie sehr stark. Die Tänze und die darin mitgeteilten Geschichten der Tänzer/Innen bestimmen die Struktur der Zeit mit ihrer eigenen Dynamik.

- Die Reaktionen auf gruppendynamische Ereignisse dienen als Gradmesser für den Entwicklungsstand der einzelnen.
- Es zeigt sich, ob die alte Dynamik wiederholt wird oder ob sich etwas verändert hat. Die Gruppe wacht darüber, dass nichts verloren geht.
- Die Lebensgeschichte und der unbewusste Daseinsentwurf werden im Hier und Jetzt der Gruppe direkt erlebbar.
- Dass dem Menschen immanente Streben nach Identität wird körperlich ausgedrückt.
- Der Wunsch nach Verbündung und Identifizierung zeigt sich in der Wahl der Musik, Tanzen nach der Musik eines anderen Tänzers und der Reihenfolge der Tänzer. Es entsteht ein Gruppenthema und eine Gruppenkultur.

Gruppenkultur

Die hier beschriebene Gruppe verbindet eine lange gemeinsame Geschichte. 15 Teilnehmer sind über 4 Jahre zusammen in der Tanzgruppe und in den verschiedenen therapeutischen Feldern. Vor allem die gemeinsam erlebte Tanztagung, das gemeinsame Kochen, das Essen, manchmal auch zusammen Wohnen, Diskutieren in Seminaren im Wechsel mit Tätigkeiten im Haus und im Garten, gemeinsames Tanzen, Singen und Musizieren, Träume berichten und interpretieren, haben eine Verbündung entstehen lassen, die zu einer Gruppenkultur geführt hat. Es werden Lernprozesse in Gang gesetzt, die neue Einstellungen zu körperlichen und geistigen Dimensionen eröffnen. Für viele kann sich ein neuer Zugang zur Musik eröffnen.

- Dieses starke Erleben zu reflektieren und zu vertiefen, findet auch seinen Platz in der Gruppentherapie und muss dort vertreten werden gegen die Eifersucht der Teilnehmer, die nicht an der Tanzsitzung teilnehmen. Hier in der Tanzgruppe ist die Verbündung auf bewusster und unbewusster Ebene am stärksten, weil bis auf vier alle teilgenommen haben an der Tagung.
- Auch für den Tanz gilt die Aussage wie für den Traum: Er ist die ‚via regia' zum Unbewussten. Je früher die Defizite entstanden sind, umso stärker ist die Gruppe erforderlich als ein Raum, der Schutz und Vertrauen gibt, diese unbewussten Bereiche sichtbar werden zu lassen und eine Wiedergutmachung zu ermöglichen, denn
- Tanz bedeutet Anknüpfen an kindliche Bewegungsbedürfnisse.
- In der Tanztherapie scheint das Unbewusste aller sich freundlicher zu zeigen, so dass jeder sich in eine frühere Entwicklungsstufe hineinbegeben kann, wo er berührbar wird, seine Verletzungen zeigen kann und dadurch starke Gefühle der Empathie auslöst. Dadurch kann Wiedergutmachung und Heilung geschehen.
- Das gilt auch für die umgebende Gruppe. Auch die Teilnehmer, die in dieser Sitzung nicht tanzen (es ist in der Regel etwa die Hälfte, die tanzt), sind intensiv am gruppendynamischen Geschehen beteiligt, durch ihre Wahrnehmung und die Rückmeldungen für die Tänzer, durch Trommeln oder Klatschen. Vor allem durch ihre empathische Präsenz und die Öffnung zum Unbewussten entsteht dieses sozialenergetische Feld, wie *Ammon* es nennt, in das hinein jeder sich entwerfen kann.
- Die gesamte Gruppe entfaltet gruppendynamisch gesehen ihr kreatives Beziehungspotential in jeder einzelnen Tanzsitzung, je nach Befindlichkeit und Bereitschaft der Teilnehmer.
- Jeder Tanz ist Ausdruck der verinnerlichten Geschichte des Tänzers, ist Ausdruck dessen derzeitiger Identität und findet seine Resonanz im Betrachter und durch die empathische Teilnahme der umgebenden Gruppe.
- Die verbalen Rückmeldungen der Gruppe und der Therapeutin sind identitätsfördernd und stärken das Selbstwertgefühl des Tänzers/der Tänzerin – und auch derer, die sprechen.
- Das Klatschen nach jedem Tanz und das Reichen eines Glases Wasser drücken den Dank der Gruppe an die Tänzerin aus – für die kreative Leistung im Tanz.

  Die Tänzerin setzt sich wieder in den Kreis, meist mit einer völlig veränderten Ausstrahlung. Die kreativierende Wirkung des Tanzes, die durchlebte Angst, haben einen Raum geschaffen für neues Erleben. Der Tänzer spricht als erster zu seinem Tanz und kehrt damit allmählich wieder auf die Stufe des Bewusstwerdens zurück, wie aus einer anderen Welt. Manchmal ist er lange nicht der Sprache mächtig, dann warten alle mit ihm, oder die Therapeutin spricht und holt den Tänzer wieder in die Realität der Gruppe hinein.

Nachbereitung und Integration

Zum Schluss möchte ich noch kurz auf die Nachbereitung in der Gruppentherapie durch das Ansehen der Tanzvideos und deren Reflektion in ihrer Bedeutung für Strukturbildung und Integration neu gemachter Erfahrungen hinweisen.

- Zum einen bietet sie die Möglichkeit, Selbstwahrnehmung und Fremdwahrnehmung in Übereinstimmung zu bringen.
- Zum anderen kann sie durch das Verbalisieren und Bewusstmachen der Tendenz zur Verleugnung und zum Ungeschehenmachen entgegenwirken (vgl. *Anna Freud*, 1936).

Diese archaischen Abwehrmechanismen sind bei psychisch kranken Menschen in unterschiedlichem Maße wirksam und bilden oft einen massiven Widerstand gegen Entwicklung. Außerdem können Übertragungen, Gegenübertragungen ebenso wie Kleinheits- und Größen-Phantasien korrigiert werden durch das Anschauen der Tanzvideos in der Gruppe und der damit verbundenen Realitätsprüfung.

Die A u f g a b e der Therapeutin ist in der Tanztherapie eine ganz spezifische, weil im Tanz eine besondere Grenzöffnung geschieht.

a) Wie in allen Gruppen muss sie für die Einhaltung der Grenzen Sorge tragen.
b) Sie muss destruktives Verhalten und Agieren wie z.B. Sexualisieren und Verletzung der Schamgrenzen der Tänzer und Gruppenmitglieder abgrenzen, und auf die Durcharbeitung in der Gruppentherapie verweisen.
c) Sie muss die Tänzer/Innen vor Verletzungen anderer bzw. vor Selbstverletzungen schützen, um das Wiederholen alter Verletzungen zu vermeiden. (Vgl. *Reitz*, 1998).

Dieser hier veröffentlichte Vortrag wurde in einer gekürzten Fassung auf dem Weltkongress der DAP und der WADP im März 2001 in der Universität München vorgetragen. Der Vortrag wurde durch ein 15-minütiges Tanzvideo ergänzt. Es wurden Tanzvideos von 5 Tänzern/Innen ausgewählt, die das Gruppenthema ausdrückten. Diese ausgewählten Tänze spannen einen Bogen von

- Bewusstem und Unbewusstem
- Widerstand und Entwicklung
- Freude und Trauer
- Begegnung und Trennung.

Die in der Gruppe entstandene Sozialenergie macht es möglich, all diese Bereiche menschlichen Daseins zu integrieren.

Zum Schluss möchte ich allen an der Tanzgruppe Teilnehmenden danken für ihre vertrauensvolle Unterstützung, vor allem den im Tanzvideo gezeigten Tänzern/Innen. Besonders danke möchte ich Frau *Hildegard Fink*, Frau *Andrea Roth* und Herrn *Hermann Behrschmidt.* Sie unterstützten

mich sehr bei der Auswahl der Tanzvideos und bei der Erarbeitung des Referates.

Group dynamic processes in dance therapy

Gertraud Reitz (Munich)

Whereas the author´s focus in her earlier work has been mainly on the personal development of the individual, this presentation is to concentrate on precisely what role the group plays in this development of the individual. In this paper she aims to analyse the influence of music, the succession of the dances and the social energy on the group dynamics. This paper is based on the dance- therapy group consisting of 20 people in the framework of outpatient dance-therapy.

The contribution emphasizes the group-dynamic phenomena and the influence on dancing. The development of group-dynamic processes and the groups´ theme which was formed by the preceding dance-weekend, being very important for the group, are described on the example of the individual dances.

The return to the „reality at home" and the forthcoming Christmas holidays in the described group raise important questions, such as: Where is my place? Where is my home? Where are my friends? What do group and therapist have to give to each of us?

Within the dance-group there is a great range to express these themes also physically. The first dancer - also the speaker of the group - opens the group with dancing on a Neapolitanian folk song, that shows the longing for love and security. Three further dancers pick up this theme, directly with their music, the other dancers adopt the theme with their own music.

Many feelings of rivalry are being expressed by those patients who have not been taking part in the preceding meeting. By that a suspenseful dialogue between the unconscious spheres of the dancers is able to develop. The group with it´s particular feedback is the medium of interpretation, it opens the space and carries the feelings of the individual dancers.

Deduction of theses

The experiencing of time changes extremely during dance-therapy. The dances and the stories they contain, determine the structure of time with its own dynamics. The reactions on group-dynamical events serve as indication for the stage of development of the individual. It turns out whether old dynamics are being repeated or things have changed. The group takes care that nothing experienced in the dance is getting lost. The life stories and the unconscious life plan can be experienced in the „here and now" of the group. The human pursuit for identity is being expressed

physically. The desire for alliance and identification is being shown by the choice of the music, dancing on the music of another dancer and the succession of the dancers. A group theme and a group culture arise: In this case the group has been sharing a long common history. 15 participants have been together in the dance-group and in the different therapeutic fields for over four years. Especially the shared dance-weekend, the joint cooking, eating and sometimes living, discussing in seminars in succession with activities in house and garden, dancing, singing and playing music, reporting and interpreting dreams have created an alliance that leads to a group culture. Learning processes have been set going, leading to new attitudes towards physical and spiritual dimensions. For many participants a new access to music is being presented. The reflection and extending of this strong experience find their place in the group-therapy and has to be defended there against the jealousy of the group members who have not been participating in the dance-group. It can be observed that in this dance-group the alliance on the conscious and unconscious level is strongest because everybody has been participating in the preceding meeting.

For dancing the same statement is valid as for dreaming: It is also a "via regia" to the unconscious. The earlier the deficits of the personality have developed, the more important is the group as a sphere that grants security and confidence to make these unconscious fields become visible and to enable a compensation because dance stands for the continuation of childlike motor-activity. In dance-therapy the unconscious of everybody seems to show itself more friendly, allowing to go into a deeper stage of development where the individual becomes touchable, able to show his injuries and by that causing strong feelings of empathy. Through it compensation and healing can happen.

This is also true for the surrounding group. Also the participants who do not dance in this session (normally approximately half of the members are dancing) are taking part in the group-dynamic happening strongly by means of their perception and feedback for the dancers, through drumming or clapping. Especially by their empathic presence and the opening to the unconscious a social-energetic field, as *Ammon* named it, arises in which everyone can present himself.

In a group-dynamic view, the whole group spreads out its creative potential for relationship in each single dance session according to the state of feeling and the willingness of the participants. Every dance is expression of the inward-looking history of the dancer, his actual identity and finds its resonance in the viewer and in the empathic participation of the surrounding group. The verbal feedback of the group and the therapist are supporting identity and strengthening self-esteem of the dancer and of those who speak. The clapping and the offering of a glass of water after each dance express the gratitude of the group to the dancer - for the creative performance. The dancer turns back onto his seat within the circle, often with an absolutely changed attraction. The creative impact of the dance, the

fear the dancer has gone through have created a space for new experience. The dancer speaks at first about his dance and thereby comes back slowly to a stage of self-awareness, as if coming from another world. Sometimes he is not capable of speaking for a while, then everybody waits together with him or the therapist speaks and brings the dancer back into the reality of the group.

Integration

Finally the paper emphasises the working-through of the dances in the additional group-therapy with the help of watching the videos and reflecting them in their meaning for the formation of structure and integration of new experiences. It offers the possibility of correspondence between self-perception and perception by others. It can counteract the tendency for denial and undoing through verbalising and awareness (*A. Freud* 1936).

These archaic defence mechanisms are differently effective in mentally ill people and often build a massive resistance against development. Furthermore, transference and counter-transference as well as delusions of smallness and grandeur can be corrected by watching the videos in the group and also by the reality testing without feelings of guilt.

As in all other groups the therapist has to take special care of the compliance referring to the boundaries, because in dance-therapy boundaries become very open: The therapist has to demarcate destructive behaviour and acting out (such as sexualising and violating the sense of decency) of the dancers and group members and refer to the working-through in group therapy. The therapist has to protect the dancers from being hurt by others and by themselves, to avoid the repeating of old injuries (see *Reitz* 1998). Working with dance-therapy requires the therapist to have a heightened sense of body-awareness and taking into account transference, counter-transference and resistance on the body level.

By identification with the therapist and by seminars the group members get to know and therefore to handle their own transferences and physical resistances. Part of this article is a clipping of the video documentation in which five dancers present the central themes of the described dance-session on behalf of the whole group. These themes span an arch between consciousness and unconscious, resistance and development, joy and sorrow and meeting and separation. The social energy emerging from the group enables the integration of all these areas of human existence.

Literatur

Ammon, G. (1981): Ich-strukturelle Gruppenpsychotherapie – in: Dyn. Psych. (15) 1-9
- (1982): Das sozialenergetische Prinzip – in: *Ammon, G.* (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 2 (München: Ernst Reinhardt)
- (1986): Humanstruktureller Tanz – Heilkunst und Selbsterfahrung – in: Dyn. Psych. (19) 317 – 342

- (1998) Das Borderline-Syndrom. Krankheit unserer Zeit (Berlin: Pinel)
Ammon, G,; Ammon Gisela; Marsen, B. (1979): Das Borderline-Syndrom und das ich-strukturelle Arbeiten – in: *Ammon, G.* (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 1 (München, Basel: Ernst Reinhardt)
Ammon, G. et. al. (1998): Ich-Struktur-Test nach Ammon (ISTA), Manual (Frankfurt/M: Swets & Zeitlinger)
Berger, M. (1988): Das Menschenbild der Dynamischen Psychiatrie als ethisches Prinzip der humanstrukturologischen Wissenschaft und Forschung – in: Dyn. Psych. (31) 224 - 231.
Federn, E. (1998): Die Therapeut-Patient-Beziehung in Einzel-, Gruppen- und Milieutherapie – in: Dyn. Psych. (32) 78 - 84
Freud, A. (1936): Das Ich und die Abwehr-Mechanismen (München, Kindler Verlag GmbH)
Peschke, V. (1982): Neuropsychische funktionelle Systeme und Ich-Struktur – in: *Ammon, G.* (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie; Bd. 2 (München, Basel: Ernst Reinhardt)
Reitz, G. (1986): Zur Integration des Humanstrukturellen Tanzes im gruppentherapeutischen Prozess – in: Dyn. Psych. (19) 353 – 366
- (1987): Tanz, Traum und Gruppe. Der Entwicklungsprozess einer Patientin in einer Humanstrukturellen Tanztherapie und in der Gruppentherapie – Vortrag gehalten auf dem 5. - Weltkongress der WADP/XVIII. Internationales Symposium der DAP (unveröffentlichtes Manuskript)
- (1988): Die Bedeutung der Humanstrukturellen Tanztherapie für die Entwicklung der Liebesfähigkeit – in: Dyn. Psych. (21) 436 – 447
- 1991): Der therapeutische Prozess eines Borderline-Patienten im Feld von Gruppen- und Tanztherapie und – ein kasuistischer Beitrag – in: Dyn. Psych. (24) 56 – 69
- (1996): Humanstrukturelle Tanztherapie und die Entwicklung von Körperlichkeit und Sexualität – in: Dyn. Psych. (29) 78 – 91
- (1998): Ethische Aspekte in der Humanstrukturellen Tanztherapie. Vortrag gehalten auf dem Ethik-Symposium der DAP Berlin, 9. Mai 1998 (unveröffentlichtes Manuskript)
- (1999): Die Bedeutung der humanstrukturellen Tanztherapie für die Behandlung von Borderlinestörungen - in: Dyn. Psych. (32) 242-251
Trautmann-Voigt, S.; Voigt, B. (1998): Bewegung ins Unbewusste – in: Wissen und Praxis (83) (Frankfurt/M.: Brandes und Aspel)
Winkelmann, U. (1998): Ambulante Milieutherapie – in: Dyn. Psych. (32) 8 – 26

Adresse der Autorin:

Dr. phil Gertraud Reitz
Arcisstr. 59
D-80799 München

Wiedererleben der Primärgruppendynamik in einer analytischen Psychotherapiegruppe - Widerstand und Heilungschance**

Gabriele von Bülow*, Eugen Kiem (Berlin)**

„Repeat and Repair" is one of the most prominent healing factors in each dynamic psychotherapy. In group psychotherapy the repetition of the group dynamics of the early family group often is experienced more directly, realistically and more drastically than in individual therapy. This may be a risk, when an overwhelming negative transference on the group as a whole is not moderated by a constructive therapeutic alliance but may allow the chance of a transforming "aha" experience when understood by the therapists, the group and the patient himself. The object of the lecture is to show that resistance in a therapeutic group is not only the resistance of the individual members being fixed on their pathogenic family dynamics as mirrored in their actual group dynamics in the therapeutic group; rather the resistance of the whole group may use the psychodynamics of one member who thereby is not allowed to free himself from his pathologic role on the family group or in the therapeutic group respectively.
This will be demonstrated by a case study of a current psychoanalytic group psychotherapy where one member, by becoming a scapegoat personifies the hidden theme of all groupmembers: whether there must be always one person on a group who won`t get nourished – whether the social energy given by the group can be taken or not.
The essence of all resistance is to refuse social energy and the main factor deciding about the success of psychotherapy is to adopt social energy as Günter Ammon wrote.

In der Literatur über analytische Gruppenpsychotherapie herrscht ein Konsens darüber, dass das Wiedererleben der krankmachenden unbewussten Dynamik der frühen Familiengruppe, das zu einer emotionalen Einsicht beim Patienten führt, sowie sich anschließende wiedergutmachende Erfahrungen durch veränderte neue konstruktive Erlebnisse im Kontakt mit der Gruppe, ein zentrales therapeutisches Agens der Gruppenpsychotherapie darstellen (siehe etwa *Walter Schindler* 1952, *Günter Ammon* 1979, *Raymond Battegay* 2000 u.v.a.).

Nach *Freud* wird der Widerstand dem Bewusstwerden des Verdrängten entgegengesetzt. Er ist darüber hinaus aber auch alles, was von Seiten des Patienten den Fortgang der psychoanalytischen Kur hemmt.

Für *Ammon* ist jeder Widerstand letztlich Identitätswiderstand, der sich in einer Abwehr der Angst vor der eigenen Identität äußert. Er lässt sich zurückführen auf die Verweigerung von Sozialenergie, der therapeutischen Nahrung, da sie es ist, die dem Patienten das Durchleben seiner Angst ermöglicht, die mit jeder wesenhaften Veränderung verbunden ist.

* M.A., Dipl. Psych. Psychologische Psychotherapeutin, Lehranalytikerin (DAP), stellvertretende Leiterin des Berliner Lehr- und Forschungsinstituts der Deutschen Akademie für Psychoanalyse
** in Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Mitarbeiter des Berliner Lehr- und Forschungsinstituts der Deutschen Akademie für Psychoanalyse
*** Vortrag gehalten auf dem 13. Weltkongress der World Association for Dynamic Psychiatry WADP / XXVI. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 13.–17.32001 an der Ludwig Maximilian Universität, München

In einer Therapiegruppe kann sowohl ein Einzelner, eine Untergruppe (Krankheitspartei) als auch die gesamte Gruppe zeitweise Exponent des Widerstands gegen die therapeutische Arbeit sein.

Bleibt bei einem Patienten der Widerstand längere Zeit deutungsresistent und unverändert, kann dies einerseits auf ein unzureichendes Verstehen seiner individuellen Psychodynamik zurückzuführen sein, andererseits kann der Patient von der ganzen Gruppe zum Träger des Widerstands gemacht worden sein. Hier reicht es nicht mehr aus, allein die Widerspiegelung der Primärgruppendynamik dieses Patienten in der Therapiegruppe zu verstehen und zu bearbeiten; vielmehr muss der Widerstand der gesamten Gruppe, der sich der Dynamik dieses Patienten bedient, auf den gruppendynamischen Ebenen des „Dort und Damals" des Patienten wie des „Hier und Jetzt" der Gruppe verstanden, bearbeitet und aufgelöst werden. „ Menschen, die an einer Ich-Krankheit des archaischen Formenkreises leiden, die Bearbeitung ihrer Schwierigkeiten als eine allein individuelle Bearbeitung ihrer Krankheit anzubieten, würde heißen, sie erneut der Hilfe zu berauben und sie in die Beschränkung und Verzweiflung ihrer Einsamkeit zurückzustoßen, aus der sie kommen und die als einzigen Ausweg nur die Resignation kennt" (*Ammon* 1982).

Der Widerstand des einen exponierten Widerstandsträgers lässt sich nur auflösen, wenn seine Funktion, die unbewussten Ängste vor Veränderung aller Gruppenmitglieder auszudrücken, sichtbar geworden ist. Löst sich der Widerstand dieses Patienten auf, so bedeutet dies für die gesamte Gruppe einen Erkenntnis- und Entwicklungsgewinn – eine Heilungschance.

Im folgenden werden wir eine Fallvignette aus einer laufenden psychoanalytischen Therapiegruppe darstellen, die den schwierigen Prozess des Verstehens und der Bearbeitung eines Gruppenwiderstands, der sich an einer Patientin festmachte, beleuchtet. Wir wählen eine Phase im Gruppenprozess, in der es zentral um das Thema der Geschwisterrivalität geht. Gerade hier bietet die Gruppe im Vergleich zur Einzeltherapie eine Fülle von Übertragungsmöglichkeiten.

Fr. R. befindet sich seit 4,5 Jahren in der Gruppe. Sie ist eine schlanke, attraktive Frau, die als Akademikerin im Gesundheitsbereich arbeitet. Sie kam wegen ständiger depressiver Erschöpfungszustände und multipler psychosomatischer Symptome, vor allem im Magen-Darm-Trakt, sowie Essstörungen und Kontaktschwierigkeiten im beruflichen und privaten Bereich. Sie erlebte sich als entwurzelt und heimatlos, was sich in ihrem Gruppenprozess widerspiegelte: über 2 Jahre war es ständiges Thema, ob sie überhaupt in der Gruppe blieb; nach jeder Sitzung, in der sie deutlich mehr Kontakt zur Gruppe bekommen hatte, wollte sie in der darauffolgenden Gruppensitzung gehen. Die Atmosphäre ihrer Kindheitsfamilie war beherrscht von einem symbiotisch depressiven Sog, der besonders von der unerfüllten, in ihren eigenen Identitätsbedürfnissen frustrierten Mutter ausging. Den Vater erlebte sie erotisierend, zeitweise grausam, auch darin, dass er den besonderen Kontakt zu ihr vor der Mutter verleugnete. Seit 1,5

Jahren macht sie zusätzlich zur Gruppentherapie noch einmal pro Woche Einzeltherapie bei der weiblichen Gruppentherapeutin.

Seit einem Jahr fehlte sie in zunehmenden Maße in der Gruppe, beginnend mit einer Lungenentzündung in den vorletzten Weihnachtstherapieferien, in denen sie sich aus einer destruktiv symbiotischen Beziehung zu einem Mann löste. Diese Konstellation war mit starken Einsamkeits- und Verlassenheitsgefühlen verbunden, die sie aber nicht mit den ausgefallenen Gruppensitzungen der Ferienzeit in Verbindung bringen mochte. Ihren besonderen Status als einzige Einzelpatientin der Gruppenleiterin verlor sie wenige Wochen später, als Hr. E., kurz vor der Eheschließung stehend, ebenfalls mit Einzeltherapie begann. Für Fr. R. war es eine ungeheure, geradezu als nichtend erlebte Kränkung, von Hr. E. (im Gegensatz zu zwei favorisierten Gruppenschwestern) nicht zur Hochzeitsfeier eingeladen worden zu sein. Ihn, sowie eine zweite Hochzeiterin wenige Wochen später erlebte sie in der Übertragung als ihren vier Jahre älteren Bruder, der der Liebling der Mutter und Sonnyboy der Familie und der im Beruflichen wie auch im Privaten Erfolgreichere war. Als die Gruppenleiterin in der letzten Sitzung vor der Hochzeit von Hr. E. sich schützend vor ihn stellte, ihn gegen die wütenden, massiven Vorwürfe von Fr. R. verteidigte, erlebte sie dies als Vertrauensbruch in der Beziehung zur Therapeutin. Ihre Übertragung ihrer Position und ihres Erlebens in der Familie auf die Therapiegruppe wurde in einem Gruppentraum von Fr. R. deutlich: sie steht mit ihrem Bruder in einer Kantine. Sie schlägt sich durch das Menschengewühl zur Salatbar durch und häuft sich Blätter auf ihren Teller. Dann sieht sie, dass es auch Fleisch und Käse gibt, sie schneidet sich vom Schinken ab, währenddessen der Bruder ihr den Salat wegisst. Sie wagt nicht, zu protestieren, weil sie seine Vorwürfe fürchtet. Draußen merkt sie, dass sie leer ausgegangen ist. Bei der Bearbeitung des Traumes wurde deutlich, dass sie so darauf konzentriert war, was der Bruder ihr wegnahm, dass sie nicht mehr auf das achtete, was sie selber hatte oder sich leicht hätte nehmen können: sie verhungert bei gedecktem Tisch. Sie kann die sozialenergetische Zufuhr, die Gruppennahrung nicht annehmen, weil sie die Eifersucht auf die von ihr als bevorzugt erlebten „Gruppenbrüder" Herrn. E. und Frau. B. buchstäblich innerlich aufzehrt. Dieser tiefen narzisstischen Kränkung entspricht ihre destruktiv gewordene Aggression, die sie in Form von Psychosomatik gegen ihren Körper richtet und gegen die Gruppe in der passiven Form der Verweigerung: während sie einerseits sprühend, erotisch, sensibel und konstruktiv der Gruppe zugewandt ist, kann sie in der nächsten Sitzung mit demonstrativer Teilnahmslosigkeit und abweisendem Gesicht in der Gruppe sitzen. So reinszeniert sie in ständiger Wiederholung ihre Primärgruppendynamik, wie sie bereits in ihrer Zeichnung der Familie zu Therapiebeginn deutlich wurde: sie hockt, die Arme um die Knie verschränkt, mit trotzigem Gesicht vor ihren Eltern und dem Bruder, die alle drei besorgt auf sie schauen.

Fr. R. verkörperte mit ihrer ausgeprägten Geschwistereifersucht ein unbewusstes Thema, das die ganze Gruppe beschäftigt, in Form einer

unbewussten Überzeugung, dass es nur Einen geben kann, der der Liebling ist und der Kontakt und Erfolg haben darf. Wenn der Eine gefüttert und genährt wird, muss der Andere/ müssen die Anderen darben. Es muss immer jemanden geben, der leer ausgeht. Diese existentielle Angst, leer auszugehen, wird tendenziell von der ganzen Gruppe an Fr. R. delegiert. Am deutlichsten war dies in der Gruppe thematisiert worden in der Beziehung von Hr. E. zu seinem älteren Bruder. Hr. E. erlebte sich als konkurrenzloser Liebling beider Eltern, wofür das reale Verhalten der Eltern auch allen Anlass gab: so wurde der Bruder als Kind aus der gemeinsamen Wohnung unters Dach ausquartiert und als 16-jähriger in ein anderes Haus verbannt. Diese offensichtliche Bevorzugung erzeugte in Hrn. E. massive Schuldgefühle, die sich darin zeigten, dass er sich in der Gruppe kaum traute, seine beeindruckenden Entwicklungsschritte und Erfolge zu präsentieren und sich sozusagen weitgehend heimlich entwickeln musste. In rascher Abfolge machte Hr. E ein Prädikatsexamen, trat eine erste gute berufliche Anstellung an, heiratete, wurde Vater eines entzückenden Kindes und promovierte mal eben nebenbei. Hr. E. erzählte einen Traum, in dem er Fr. R. vor einer S-Bahn traf; sie hatte eine Brille auf, die sie als Schutz nur außerhalb der Gruppe tragen musste. Seine Brille musste er nur innerhalb der Therapiegruppe tragen. Die Deutung ergab, dass er sich mit seinen Erfolgen in der Gruppe verstecken muss, während er, in seiner Übertragung, das Bild von Fr. R. hat, dass sie sich in der Gruppe frei zeigen und ausdrücken könnte. Er ist eifersüchtig auf die Fähigkeit von Fr. R., sich in den Mittelpunkt der Gruppe zu stellen und die Aufmerksamkeit auf sich zu ziehen. Unbewusst musste Hr. E. auch befürchten, dass bei einer Weiterentwicklung seiner „Gruppenbrüder" er derjenige wäre, der auf der Strecke bliebe, da immer nur Einer von Beiden Zuwendung und Erfolg haben kann. Dieses gnadenlose „entweder Ich oder Du" hat für das unbewusste Erleben etwas von einer tödlichen Bedrohung. Wir können den ätiologischen Hintergrund dieses Splitting darin suchen, dass Eltern häufig ihre eigenen Versagens- und Kontaktverlustängste an eines ihrer Kinder delegieren.

Fr. Q., die als einziges Mädchen mit großem zeitlichen Abstand nach fünf Brüdern auf die Welt kam, fühlte sich von der ganzen Familie unerwünscht und ausgegrenzt. Vom ersten Moment ihrer Therapie in der Gruppe an erlebte sie sich, in einer 1:1 Widerspiegelung ihrer Familiengruppe, als unerwünschter, nicht beachteter Außenseiter. Nach der Überwindung dieser sie einsam machenden Dynamik, die sie immer wieder selbst in Szene setzte, konnte sie äußern, dass Fr. R. ihr öfters ihre eigenen Unlustgefühle, in die Gruppe zu kommen, abgenommen habe.

Fr. N., die sich unter großen Mühen bereits von massiven Lebensverboten hat trennen können, leidet deutlich an Schuldgefühlen gegenüber ihrem älteren spielsüchtigen Bruder, der sich nach mehreren Therapieabbrüchen immer noch in großer Abhängigkeit von der Mutter befindet. Bei Fr. U. und Hrn. N. wiederum waren es die Brüder, die eindeutig

bevorzugt wurden. Hr. K. musste die enorme Eifersucht seines Vaters auf den Kontakt zur Mutter erleben.

In der Therapiegruppe wurde die Geschwisterrivalität, die besonders stark zwischen Fr. R. und Hr. E. ausgeprägt ist, aber für alle Teilnehmer ein wichtiges Thema darstellt, deutlich sichtbar und bearbeitet. Das Unbewusste von Fr. R. reagierte darauf in einem Traum, in dem sie nicht mehr leer ausging, sondern nun zusammen mit den Gruppenmitgliedern essen konnte.

Trotz dieser Entwicklung fehlte Fr. R. weiterhin häufig, sie äußerte wiederholt den Wunsch, die Gruppe zu beenden und zog, wie gehabt, die Wut der Gruppe auf sich. Im Laufe der folgenden Sitzungen wurde deutlich, welchen „Krankheitsgewinn" die permanente Fixierung der Gruppe auf Fr. R. als Krankheitsträger für die einzelnen Teilnehmer mit sich brachte, wo sie ihnen Arbeit abnahm: so verkörperte sie für die anderen die abgewehrte Angst vor wachsendem beruflichen Erfolg und Verantwortung für Menschen, wodurch sie sich gleichzeitig auch in eine exponiertere Stellung hineinwagen würde, zugleich aber auch ihre Angst vor erotischen- und Partnerschaftswünschen; eine Entwicklung in diesen beiden zentralen Lebensbereichen hätten eine innere Abgrenzung von ihren verbietenden Eltern bedeutet.

Diese existentielle Angst bezeichnet *Günter Ammon* (1979) als Identitätsangst. Sie gehört zum Menschsein dazu. In ihrer konstruktiven Ausprägung stellt sich der Mensch ihr, geht, mit Unterstützung, durch sie hindurch und geht als ein Veränderter aus der Begegnung mit der Angst hervor. Fr. R. spürte ihre Identitätsängste nur als regressive Angst, ihren Arbeitsplatz zu verlieren und als Angst, in der Anpassung fordernden Gruppe ihrer Individualität verlustig zu gehen. Nachdem diese Funktion von Fr. R., Träger der abgewehrten Identitätsangst zu sein, für die Gruppe von den Leitern gedeutet worden war, wurden erstmalig nach längerer Zeit die existentiellen Ängste anderer Gruppenmitglieder in all ihrer Dramatik sichtbar, so in einem Traum von Hrn. K., in dem es buchstäblich um Leben und Tod ging bei der Erlaubnis, sich von der Mutter abgrenzen zu dürfen. Fr. U. brachte sich sehr berührend ein mit ihren Anliegen, die beide extrem angstbesetzt waren: ihrer Examensarbeit nach über 20 Semestern Studium, sowie ihrem Körpererleben und ihren als bedrohlich erlebten sexuellen Wünschen. Ebenso hatte Fr. R., stellvertretend für die ganze Gruppe, die Angst vor dem Offenwerden des ödipalen Konflikts ausgedrückt. Dies hätte bedeutet, sich mit der weiblichen Leiterin auseinander zu setzen und in Konkurrenz zu treten, sowie mit dem männlichen Leiter Kontakt aufzunehmen. Auch hier war sie Protagonistin eines wichtigen Gruppenthemas, das nun auch von anderen Mitgliedern ausgedrückt werden konnte: darf Kontakt zum Vater sein, lässt die Mutter das zu, bzw. darf Kontakt zu beiden gleichzeitig sein? Vor allem in der Einzelsitzung wurde nun deutlich, dass Fr. R. sich in einer unlösbaren inneren Zerreißprobe befand zwischen den Wünschen nach einer wiedergutmachenden exklusiven bis

symbiotischen Beziehung zu einer sie wahrnehmenden, gewährenden und beschützenden Mutter einerseits und Bedürfnissen, die Konkurrenz mit der Frau aufzunehmen im Kampf um beruflichen und erotischen Erfolg. Beide Wünsche musste sie aufgrund einer heftigen, kontaktzerstörenden wie selbstzerstörerischen Rivalitätsdynamik als völlig unvereinbar erleben. Es war für sie in dieser Phase ihres psychotherapeutischen Prozesses zu bedrohlich, diesen sie aufzehrenden Konflikt in der Gruppe zu bearbeiten. Konsequenterweise traf sie schließlich die Entscheidung, die Gruppentherapie nach einer mehrmonatigen Trennungsphase beenden zu wollen, um sich auf die Einzelanalyse zu konzentrieren.

Fr. R. konnte sich erst trennen, nachdem der Widerstand der ganzen Gruppe aufgelöst war: nicht nur erlebte Fr. R. die Familie wie ihre Familiengruppe, sondern auch die Gruppe agierte wie ihre Familie und hielt sie in der Position eines Krankheitsträgers fest – eben nicht nur in der Gegenübertragung, sondern auch als Ausdruck des Gruppenwiderstands. Ebensowenig wie ihre Familiengruppe ihr eine innere Loslösung gestatten konnte, um die pathologische Homöostase der Familie nicht zu gefährden, konnte auch die Therapiegruppe sie lange Zeit nicht aus ihrer familiären Rolle entlassen, um ihre Gesamtwiderstandsbastion nicht aufgeben zu müssen.

Gruppendynamisch betrachtet nahm Fr. R. die Rolle eines untypischen Sündenbocks ein, denn sie war beliebt und auch im konstruktiven Sinne wichtig für die Gruppe. Darüber hinaus thematisierte sie mit ihrer Lösung, die Gruppe beenden zu wollen, ohne sie kontaktlos abbrechen zu müssen, zentrale Fragen der ganzen Gruppe: „Werde ich wahrgenommen als einmalige Persönlichkeit?" „Ist die Gruppe in der Lage, kreative Lösungsmöglichkeiten zuzulassen, die die individuellen Entwicklungsbedürfnisse und -notwendigkeiten jedes Einzelnen ernst nehmen - selbst wenn sie ihn „vorzeitig", d.h. vor Beendigung der Therapie, aus der Gruppe hinausführen?" Dass dies sein darf erlebte die Gruppe, bei allen durchzustehenden Gefühlen der Trauer, der Wut, der Angst und des schuldig geworden Seins, als eine prinzipielle Trennungs- und Entwicklungserlaubnis. Dieses Erleben wird so zu einer korrigierenden emotionalen Erfahrung der alten verinnerlichten Abgrenzungs- und Identitätsverbote und, im Wiedererleben in der Therapie, der häufig zu beobachtenden Ängste, in einer Gruppe aller individuellen Eigenart beraubt zu werden.

Wir erachten die explizite Thematisierung der Primärgruppendynamik für eine sinnvolle und notwendige Dimension innerhalb des Veränderungsprozesses von Patienten in einer Therapiegruppe. Wir unterscheiden uns damit von der Position von *Irvin D. Yalom* (1999), der zwar das „Wiederdurchleben der Familiensituation" als „eine der Hauptkraftquellen der Therapiegruppe" benennt, aber meint, dass „sich die Gruppe (nicht) ausdrücklich darauf konzentrieren sollte. ...Ich glaube vielmehr, dieser Prozess ist ein Teil der inneren wortlos bleibenden Hausarbeit des Patienten. ...Wenn man sich übermäßig mit Menschen

beschäftigt, die nicht anwesend sind, ...dann vermeidet und verleugnet man die Realität der Gruppe und der anderen Mitglieder als lebendige Erfahrung im Hier und Jetzt". Unseres Erachtens schafft diese undialektische Sichtweise von *Yalom* Gegensätze, wo keine sind. Es ist ja gerade das ständige flexible in Beziehung-Setzen der beiden Ebenen des „Dort und Damals" und des „Hier und Jetzt", das sich Widerspiegeln der leidvollen Vergangenheit in der aktuellen Beziehungsdynamik der Gruppe, was ein Gewahrwerden des bisher als selbstverständlich hingenommenen Erlebens in Gruppen ermöglicht und damit den Beginn der Trennung von lebensfeindlichen verinnerlichten Beziehungsmustern. Dazu gehört aber wesentlich das Sprechen über diese alten Erfahrungen. Das Sprechen als ein dem Menschen zentrales Mittel der Äußerung impliziert ja bereits eine erste Abgrenzung.

Es ist es ein genuines Bedürfnis des Menschen, sich selbst in seinem Gewordensein zu verstehen, was auch *Yalom* ständig betont. Das Transparentwerden der eigenen Lebensgeschichte und der Entstehungsgeschichte des eigenen Leids entlastet von Schuldgefühlen, Minderwertigkeitsgefühlen und reduziert durch das Anbieten von Erklärungsmustern an sich schon existentielle Verunsicherung und Angst. Es ist wichtig und heilsam, dass auch die Gruppenmitglieder sich untereinander in ihren häufig bizarr erscheinenden oder destruktiven Reaktionen verstehen können durch die Einbeziehung der Lebensgeschichte und das Deutlichwerden von Übertragungen. Die Gruppengeschwister müssen dann nicht mehr in der Gegenübertragung aufeinander reagieren, der Weg wird frei für das Erleben wiedergutmachender Kontakte, in denen sich der Patient gesehen und angenommen fühlt.

In unserer Fallvignette hatten wir uns besonders mit der Dynamik der Geschwisterrivalität in der Therapiegruppe beschäftigt. Hierzu abschließend noch einige Überlegungen.

In der Gruppentherapie erscheinen durch die Reinszenierung der primären Gruppendynamik, durch die Konfrontation mit den Therapiegeschwistern, häufig Fragen wie: „weshalb hat es gerade mich am meisten von der ganzen Familie getroffen?" bzw. „bin ich daran schuld, dass die anderen (Eltern, Geschwister) noch unglücklicher sind als ich?"

Durch die Widerspiegelung in der Gruppe kann der Patient verstehend wiedererleben, was auf ihn projiziert, delegiert und übertragen wurde und versteht dadurch die Funktion, die er für die Aufrechterhaltung der pathologischen Familienhomöostase hatte. Das Sichtbarwerden und Verstehen der alten Familiendynamik durch den Bezug auf das aktuelle Geschehen im Hier und Jetzt der Gruppe ist bereits der wesentliche erste Schritt zur Distanzierung, Infragestellung und schließlich Auflösung und Befreiung von alten entwicklungsarretierenden Beziehungsmustern.

In einer Therapiegruppe hat die Entwicklung eines Einzelnen vielfältige Auswirkungen auf die anderen Mitglieder der Gruppe. Einerseits wird der Therapieerfolg – zu Recht - als Erfolg der ganzen Gruppe erlebt; anderer-

seits kann bei der Weiterentwicklung eines Gruppengeschwisters die Angst entstehen, als Verlierer aus der Geschwisterrivalität hervorzugehen, als derjenige, der keine Beachtung und Zuwendung - Liebe - mehr bekommt. Diese oft tief verwurzelten Verlassenheitsängste müssen sehr ernst genommen werden, mobilisieren sie doch die früher gemachte Erfahrung, dass sich ein Familienmitglied nur auf Kosten anderer weiterentwickeln kann. Die Erfahrung dagegen, dass alle Gruppenmitglieder sich im eigenen Recht und auf ihre ganz persönliche Weise entwickeln können, ohne dass es einen Verlierer geben muss, macht eine schuldgefühlfreie Lösung aus der Familiegruppe möglich.

Reenactment of primary group dynamics during psychoanalytic group therapy - resistance and prospects for healing

Gabriele von Bülow, Eugen Kiem (Berlin)

Literature on psychoanalytic group psychotherapy shows conformity concerning the phenomenon, that reenactment of the pathogenetic, unconscious dynamics of early family context, that leads to the possibility of emotional insight at the patient, as well as the following repairing experience made via different, new and constructive communication within the group represents a crucial therapeutic agent in group psychotherapy (see *Walter Schindler* 1952, *Günter Ammon* 1979, *Raymond Battegay* 2000 et al.).

Ammon postulates any kind of resistance finally being resistance against identity, which manifests itself by defence against the fear of ones own identity. It might be traced back to a refusal of social energy, being the therapeutic nourishment which enables the patient to live trough his or her fear connected to any substantial change.

Given the resistance in one patient staying unchanged and immune to interpretation, this on the one hand may be due to individual psychodynamics of his, on the other hand though the specific patient may be made to the carrier of resistance by the whole group. In that case it is no longer sufficient, to focus on, understand and work through the reflection of the primary group dynamics solely of that patient; moreover the resistance of the whole group, which uses the dynamics of the exemplary patient, has to be understood, worked through and dissolved on the background of group dynamic levels, as well the ones of that patients "there and then" as the ones of the groups "here and now" (see *Ammon* 1982).

Following the authors propose a case study taken from an ongoing psychoanalytic group therapy, by which they are illustrating the difficult course of understanding and working through an example of group resistance connected to a female group member. A stage of the groups' process is chosen which shows sibling - rivalry as its crucial topic.

Mrs. R. since four years is a member of the group. She decided to undergo therapy because of continuous depressive exhaustion and multiple psychosomatic ailments, concerning mainly the GI system; moreover she suffered from some eating disorder and had great difficulties to initiate and maintain contacts and relationships as well private as professional ones. She felt herself uprooted and outcast, what was also reflected within the group process: for more then two years there have been constant discussions as for her to go on with treatment or to leave the group. Every session, which had brought her in closer contact to the group was at the subsequent session followed by her wish to depart and leave the group. The atmosphere of her childhood family was dominated by some symbiotic, depressive vortex being rooted mainly in her unfulfilled and concerning her identity-needs frustrated mother. Her father she experienced as seductive, sometimes cruel, especially in denying the special quality of relationship to his daughter in respect to the child's mother. It is one and a half years now since she additionally underwent individual therapy once a week with the female group leader as her therapist.

Since one year she was absent at the group sessions more and more. Her special status as the only individual patient of the group leader she lost, when Mr. E., being up to marry soon, as well started to have individual sessions with the female group leader. Then it was a vast insult to Mrs. R., which she experienced as almost devastating, that Mr. E. didn't invite her to his wedding (in contrast to two group sisters). In her transference she saw him and another female group member, who was up to marry some weeks later as her four years older brother, who was mothers darling, the sunny boy of the family and privately and professionally more successful than she was. When the group leader at the session preceding Mr. E.'s wedding protected him against Mrs. R.´s fiercely massive attacks, she felt that as being a breach of trust in the relationship to her therapist. Her transference of her position and emotional life from her family to the psychoanalytic group has gotten obvious in a group dream of Mrs. R.'s: She was standing in some Cafeteria together with her brother. She made her way through a whole bunch of people up to the salad bar and was heaping up salad leaves on her plate. Then she recognizes, that there also were some meat and cheese, she's cutting herself a slice of ham and sees her brother meanwhile snitching the salad from her plate. She doesn't dare to protest, because she is afraid of his accusations. Having left the Cafeteria she recognizes, that she came away empty -handed. While working on this dream of hers it came clear, that she was focused that much on what her brother had taken her, that she wasn't able to see anymore, what she still had got herself, or what she could have taken herself very easily, at least: she is starving to death in front of a sumptuous-set table. She doesn't know how to take the socialenergetic input, the nourishment of the group, because she literally is eaten up by the jealousy on those two "groupbrothers"

The sibling-rivalry, mainly represented between Mrs. R. and Mr. E., but being of great importance to every group member, has become truly

obvious and could be processed in the group. Mrs. R.'s unconscious reacted upon that producing a dream in which she no longer comes out empty-handed, but instead was able to eat together with her group-siblings.

But Mrs. R. kept on missing sessions. She once and again uttered her wish of leaving the group, provoking the groups anger and scorn. The following sessions showed to every single member of the group what pleasant a profit the groups permanent fixation to Mrs. R. as a carrier of illness brought, where Mrs. R. eliviated them from certain work: so she embodied the warded off fear concerning professional success and responsibility for others for her group members, manoeuvring herself in an exposed position and at the same time by that means warded off her own fear of her longing for contact and relationship; developmental steps in both of that crucial realms of life would have meant an internal demarcation for her from her prohibiting parents.

Günter Ammon (1979) calls that existential anxiety anxiety of identity, which belongs to the phenomenon of being human. At a constructive expression of it, the human faces it and - with some support - goes right through it to finally come out of the encounter with his or her anxiety as a changed one. Mrs. R. felt her anxiety of identity solely as the regressive anxiety of loosing her job and as the anxiety to get deprived of her individuality by the groups adjustment demands. After that function of Mrs. R., to be the carrier of the warded of fear of identity had been interpreted to the group by their leader, the existential anxiety of other group members could for the first time after quite some period come to the surface dramatically.

Mrs. R. finally decided to quit group therapy to fully focus on individual psychoanalysis. She was able to leave the group not until the resistance of the whole group has been dissolved: not only, that Mrs. R. felt her family to be the group, but the group also acted as if being her family and kept her in the position of the carrier of the illness- and the group did so not only countertransferentially, but also as an expression of the whole groups resistance. The little her own family was capable to grant her the internal separation of herself for to not endanger the pathologic homeostasis of the family, the little the therapeutic group wasn't capable to dismiss her from her intrafamilial role, too, for not having to abandon their bastion of resistance as whole.

Looking at the role of Mrs. R.´ from a stance of group dynamics she took the place of an unusual scapegoat, because she was well-liked and even in a constructive sense important to the group. Moreover with her solution of quitting group therapy without loosing contact she was thematizing crucial questions of the whole group: "Do I get recognized as an unique personality?" "What about groups capability to permit creative problem solutions, which take serious ones individual needs for development?" That this in deed is a granted possibility the group recognizes and experiences as a basic permission for separation and development, though with many

different feelings of grief, anger and fear to go through priorily. So during the course of therapy and via reexperiencing the often upcoming fears of getting deprived of ones individual ways was given the chance of a repairing, correcting emotional experience as opposite to old internalized prohibitions of separation and identity.

We worship this decisive thematization of primary group dynamics a useful and necessary dimension in regard to processes of change in patients of a therapeutic group. Thereby we differ from *Irvin Yaloms* position, who indeed calls "reenactment of the family situation" a " major source of power within therapeutic groups", but also states, that" the group should avoid focusing on that primarily. ...I'd rather believe, that this process is part of the homework of the patient, which remains unspoken. ...If one is overly occupied with absent human beings,...then one avoids and denies groups reality and the reality of the other members as a vital experience here and now". Our stance now is, that *Yalom* by this non-dialectic view produces contradictions where they don't have to be seen. We'd rather say, that what enables to get aware of former taken to be granted and self-evident ways of experiencing at the group sessions and thereby to start departing from relationship patterns, that are hostile to life is a new ability to constantly relate flexibly the two levels, the "there and then" and the "here and now". Crucial to that mechanism is to utter those former experiences. The speech as humans central means for expression already implicates a first demarcation. It is a genuine necessity of every human being to understand his way of having become how and what one is. *Yalom* also often emphasizes that fact. The growing translucency of ones own history of life and course into harm relieves one from feelings of guilt and shame and thereby reduces deep down existential insecurity and anxiety by offering patterns for explanation. It is important and curing, that also the members of the group come to understand each others often bizarre and destructive reactions not before the historical background, which is the background of transferences has gotten obvious. The group- siblings then don't have to react on each other countertransferentially, but may take the now open way to repairing relationships within which every single patient feels recognized and accepted.

Literatur

Ammon, G. (1979): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd.1 (München: Ernst Reinhardt)
– (1982): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd.2 (München: Ernst Reinhardt)
Battegay, R. (2000): Die Gruppe als Schicksal. Gruppenpsychotherapeutische Theorie und Praxis (Göttingen: Vandenhoeck und Rupprecht)
Schindler, W. (1952): The group personality concept in group psychotherapy. In: International Journal of Group Psychotherapy 2
Yalom, I. (1999): Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie (München: Pfeiffer bei Klett-Cotta)

Anschrift der Autoren:

Dipl. Psych. Gabriele von Bülow, M.A.
Berliner Str. 51
10713 Berlin

Eugen Kiem
Jahnstr. 12
10967 Berlin

Gruppenprozess und Therapeutenträume - Unbewusste Identifikation mit den Leitern in der stationären Gruppenpsychotherapie***

Bernhard Richarz (Berlin)*, Sylvelin Römisch (München)**

On the basis of a psychotherapeutic group headed by the authors, they present the extent to which a therapist`s dreams and the development of the group can refer to one another. Their starting point is that, in treating patients with early disturbances, the therapeutic relationship is not only characterized by transference and counter-transference, but also and essentially by an unconscious identification. Manifold and extensive correspondences are provided between the dream process and the group`s progression concerning their respective dynamics and symbolism, and followed in detail over the course of several sessions. On the basis of psychoanalytical literature, the importance of identification as the earliest expression of emotional ties to another person is discussed, as well as its significance for treating pre-oedipal states. The authors` thesis is that that a group`s process and the therapist`s dreams arise from acollective, unconscious matrix which is formed, to a considerable extent, by the therapists`identities.

In Psychoanalyse und analytischer Gruppenpsychotherapie wird die Beziehung von Therapeut und Patient als im wesentlichen von der Übertragung des Patienten auf den Therapeuten bestimmt angesehen. Der Patient wiederholt unbewusst frühere Erfahrungen mit ihm wichtigen Bezugspersonen, meist der Kindheit, in der therapeutischen Beziehung, auf die der Therapeut mit seiner Gegenübertragung antwortet. Wenn sie ihm bewusst wird, ist sie das entscheidende Mittel, um den Patienten zu verstehen; bleibt sie als Gegenübertragung im Unbewussten, kommt der therapeutische Prozess durch das sogenannte Enactment zum Stillstand. Indem in der Gegenwart der therapeutischen Situation eine Beziehung entsteht, die in ihrer Dynamik durch die Vergangenheit geprägt ist, die sogenannte Übertragungsneurose, können allmählich die zugrunde liegenden Erfahrungen erinnert und schließlich als Widerstand gegen die unmittelbare Begegnung im Hier und Jetzt abgegrenzt werden.

Dieses Modell der Therapeut-Patient-Beziehung, das aus der Behandlung neurotischer Patienten abgeleitet ist, kann auch auf die Behandlung frühgestörter Patienten angewandt werden. Vor allem aus der Einzeltherapie mit diesen Patienten sind jedoch Ausgestaltungen der unbewussten Beziehung zu beobachten, die jenseits von Übertragung und Gegenübertragung liegen:

* Dr. med., Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychoanalyse. Ärztlicher Leiter des Berliner Lehr- und Forschungsinstituts für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik der Deutschen Akademie für Psychoanalyse

** Dipl.Psych., Psychologische Psychotherapeutin, Psychoanalytikerin. Mitarbeiterin des Münchner Lehr- und Forschungsinstituts der Deutschen Akademie für Psychoanalyse

*** Vortrag gehalten auf dem 13. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP / XXVI. Internat. Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 13.-17. 3. 2001 an der Ludwig-Maximilians-Universität München

- *Searles* (1973) fasst seine Erfahrungen aus der Behandlung schizophrener Patienten dahingehend zusammen: „Mit wiederholtem und vertieftem Staunen stellt der Analytiker immer wieder fest – muss sich diese Tatsache bewusst machen und annehmen -, dass seine Welt und die des Patienten, die anscheinend so weit voneinander getrennt sind, nur verschiedene Ergebnisse von Prozessen sind, die aber einen unbewussten Untergrund gemeinsam haben."

- *Benedetti* (1983) erwähnt, dass in der therapeutischen Beziehung mit einem frühgestörten Patienten nicht nur der Therapeut bemüht ist, seinen Patienten zu verstehen, sondern dass auch Umgekehrtes geschieht: Der Patient nimmt auf unbewusstem Weg die Bilder und die inneren Bewegungen seines Therapeuten auf. Er spricht von einer „Migration" unbewusster Phantasien von einem zum anderen und beschreibt dabei „das Phänomen, dass ein psychotischer Patient auf den nicht mitgeteilten Traum seines Psychotherapeuten in einem unmittelbaren Zusammenhang durch einen anfallenden Fortschritt in seinem Leidenszusammenhang reagiert. Der Fortschritt zeigt sich also nach dem Traum des Therapeuten, so dass er nicht eine Antwort des Therapeuten-Unbewussten auf die Entwicklung des Patienten sein kann. Es muss also umgekehrt sein." (*Benedetti, Peciccia* 1993). Eine rationale Begründung dafür zu finden, ist seiner Meinung nach unmöglich.

Diese Beobachtungen, die von *Searles* und *Benedetti* aus der Einzelbehandlung frühgestörter Patienten gewonnen worden sind, lassen sich auch in der analytischen Gruppenpsychotherapie feststellen, jedoch wurde unseres Wissens darüber noch nicht berichtet. Um diesen Zusammenhängen zwischen dem Unbewussten des Therapeuten und dem Unbewussten der Gruppe nachzugehen, wird im folgenden der Prozess einer stationären analytischen Gruppenpsychotherapie im Verlauf von zwei Monaten beschrieben und in Beziehung gesetzt mit den Träumen eines der beiden Therapeuten (B.R.). Eine derartige Zusammenschau war zum Zeitpunkt der jeweiligen Aufzeichnung von Traum und Gruppenprozess nicht bezweckt, die Träume des Therapeuten waren der Gruppe während des gesamten Verlaufes nicht bekannt. Der zweite Therapeut (S.R.) hatte in dem Untersuchungszeitraum nicht geträumt bzw. keine Träume erinnert, so dass eine entsprechende Verbindung nicht gezogen werden kann.

Gruppenprozess und Therapeutenträume

Die Gruppe wurde halboffen geführt und kam jede Woche zu zwei Sitzungen von je 100 Minuten zusammen. Sie wurde von den beiden Referenten geleitet, dabei war der Hauptleiter (B.R.) Psychoanalytiker und Gruppenpsychotherapeut, während die Co-Leiterin (S.R.) sich in fortgeschrittener psycho-analytischer Ausbildung befand. Während der 14 Sitzungen, über die wir berichten, bestand die Gruppe aus wechselnden, insgesamt 15 Teilnehmern, zehn Männern und fünf Frauen, durchschnittlich

waren es zwölf Teilnehmer. Es waren ausschließlich Patienten mit Frühstörungen wie verschiedenen Formen von Persönlichkeitsstörungen, paranoiden und schizophrenen Psychosen, narzisstischen Depressionen oder schweren Angst- und Panikstörungen. Das Besondere dieses Zeitabschnittes war, dass an seinem Ende der Hauptleiter aus der Gruppe ausscheiden sollte, um eine leitende Position an einem anderen Ort anzutreten. Sein Stellenwechsel wurde der Gruppe erst in der fünften Sitzung bekannt.

In ihrem analytischen Prozess befasste sich die Gruppe während dieses Zeitabschnittes in Träumen, Phantasien, Erinnerungen und realen Begegnungen intensiv mit dem Vater und der Trennung von ihm, während die Beziehung zur Mutter eher agierend dargestellt und deshalb weitgehend unbewusst abgehandelt wurde. Kennzeichnend ist ein Traum, den Herr H. in der ersten Sitzung erzählte: Er ist Zuhause und begegnet seinem Vater, er geht an ihm vorbei und umarmt die Mutter. Er spricht davon, dass er in seinen Heimatort fahren und seinen alten Vater besuchen müsse, da er befürchte, bei der Aufteilung von dessen Erbe von seinen beiden Schwestern benachteiligt zu werden. Er habe zum Vater früher nur Kontakt gehabt, wenn er allein gewesen sei, ansonsten sei zuerst die Mutter, dann die Stiefmutter dazwischengetreten.

Bis Herr H. sein Vorhaben verwirklichen und zu seinem Vater fahren konnte, vergingen neun Sitzungen: Bei zwei der 15 Patienten (Frau L. und Herr D.) verstarb in diesem Zeitraum der Vater; zwei andere, Herr N. und Herr U., besuchten davor und danach, ihre Väter und nahmen dafür lange Reisen auf sich. Andere agierten ihren Wunsch nach einem guten Vater im therapeutischen Feld der Klinik aus, indem sie parallel zu den Gruppensitzungen Termine mit dem Chef- und Oberarzt vereinbarten, zu denen sie sich teilweise per Handy rufen ließen, klagten als Ausdruck ihrer unbewussten Enttäuschung über den nicht vorhandenen Vater über die Zusammensetzung des therapeutischen Teams, in dem es zuviel Frauen und zu wenig Männer gebe, oder äußerten Vorwürfe gegen die männlichen Therapeuten der Klinik, die diese als völlig unfähig erscheinen ließen, während Frau R. sich in vergeblichem Warten auf ihren Vater verzehrte.

In der Nacht vor der vierten Sitzung hatte der Leiter folgenden Traum: Er besichtigte eine Wohnung, in der er früher gelebt hatte und stellte fest, dass der Boden nicht mehr trug. Denn die Bodenbretter ruhten nur noch auf einem einzigen Balken, an der Türe bogen sie sich ganz nach unten durch und hielten keinerlei Gewicht mehr aus. Würde man ihn betreten, stürzte man sofort ab. Im Traum verzichtete er darauf, seine Sachen in die Wohnung zu räumen, wollte statt dessen Mietminderung beantragen und begann das Treppenhaus zu reinigen.

Zu Beginn der vierten Sitzung waren die Leiterstühle von zwei Gruppenmitgliedern besetzt, von Herrn H. und von Herrn T., der entsprechend der Befürchtung von Herrn H. bei der Aufteilung des väterlichen Erbes gegenüber seinen Geschwistern wirklich benachteiligt worden war. Auf Nachfrage sprach Frau L. hasserfüllt über ihren Vater, von

dessen Tod sie am Tag zuvor benachrichtigt worden war. Sie wirkte bitter, äußerte sich wütend über Männer, die Frauen eh nur ficken wollten; Trauer über den Tod des Vaters war ihr nicht möglich. Die Mütter, über die in dieser Sitzung noch berichtet wurde, waren entweder sexuell übergriffig dargestellt wie bei Herrn S., wirkten kalt und abweisend wie die von Frau R. oder Schuldgefühle machend wie die von Frau F, die durch die Geburt ihrer Tochter chronisch krank geworden war.

In der Art und Weise, wie in dieser vierten Sitzung die Eltern erinnert wurden, griff die Gruppe unbewusst auf, was der Leiter geträumt hatte: Bildhaft ausgedrückt hatte die Gruppe in der vierten Sitzung den Schaden, der aus der Familie herrührte, besichtigt, aber eine Trennung aus der pathogenen Familiendynamik hatte noch nicht stattgefunden, wie auch im Traum des Therapeuten die schadhafte Wohnung noch nicht aufgegeben worden war. Dafür waren möglicherweise die Schuldgefühle noch zu stark.

In Überwindung der durch die Herkunftsfamilien gesetzten Grenzen suchten einige Gruppenmitglieder in der folgenden Woche agierend und fern der Gruppentherapie das bessere Leben, bei dem es vor allem um die Verwirklichung erotischer Bedürfnisse ging. Herr H., Herr T. und Herr Z. waren mit zwei Mitpatientinnen unerlaubterweise in der Sauna, eine andere Mitpatientin wurde unter Herrn T's Bettdecke gefunden. Herr E. und Frau S. verabredeten sich nach mehreren Waldspaziergängen zum gemeinsamen Café-Besuch, und Frau I. schmuste aufdringlich mit einem Mitpatienten. Die unbewussten Schuldgefühle und Strafbedürfnisse in der Gruppe waren gleichzeitig so heftig, dass es bei zwei Gruppenmitgliedern in Wirklichkeit zu strafrechtlicher Verfolgung zu kommen drohte bzw. schon gekommen war: Herrn O. stand die polizeiliche Vernehmung zu einem Delikt bevor, das er angeblich begangen haben sollte, und Herr U. stellte sich der Gruppe mit dem Stigma des Sexualstraftäters vor, war er doch - selbst knapp erwachsen - wegen Verführung einer Minderjährigen strafrechtlich verurteilt worden.

Der Gruppenleiter, der in der fünften Sitzung seinen bevorstehenden Abschied aus der Klinik angekündigt hatte, war derweil dreimal in seinen Träumen mit Flugzeug oder S-Bahn unterwegs, ohne ein Ziel zu erreichen, womit er in seinem Unbewussten das Gleiche tat wie die Gruppenmitglieder in ihrem Agieren außerhalb der Gruppentherapie. Als er vor der siebten Sitzung zum vierten Mal in einem Traum mit einem öffentlichen Verkehrsmittel unterwegs war, dieses Mal erschöpft von der Arbeit in der Klinik mit einer Straßenbahn, ließ er beim Aussteigen ein Erinnerungsstück liegen, das ihm vor einiger Zeit von seinem Vater gegen seinen Willen mitgegeben worden war. Anstatt über den Verlust erleichtert zu sein, weil es ihm stets lästig gewesen war, machte er sich sofort auf die Suche, es zurückzubekommen, wobei letztlich im Traum das Ende offen blieb.

Die Dynamik des Traumes entfaltete sich in der nächsten Gruppensitzung, bei der es zwar zu einer weiteren Trennung vom Vater kam, dies jedoch nur unter Todesängsten möglich war. Ausgelöst durch den

Tod seines Vaters erzählte der psychotisch strukturierte Herr D., der ansonsten meistens geschwiegen hatte, was er Gutes mit seinem Vater erlebt hatte; er berichtete auch von seinen Jugendstreichen, bei denen er sich beinahe einmal die Halswirbelsäule gebrochen hätte. Seine heutige Angst um sein Leben war in der Frage enthalten, wie gefährlich es sei, wenig weiße Blutkörperchen zu haben. Sie wurde von der Gruppe genauso ernsthaft behandelt wie seine Befürchtung, dem Vater würden, da er so groß gewesen sei, die Beine abgehackt, damit er in den Sarg passe. Nach dieser Sitzung war er in der Lage, begleitet von Mitpatienten an der Beisetzung seines Vaters teilzunehmen.

Leiter und Gruppe hatten danach dasselbe unbewusste Thema, nämlich das bewusste Erkennen und Annehmen eigener innerer und äußerer Grenzen. In der Nacht vor der achten Sitzung träumte der Therapeut, dass er als Psychiater mit der Leitung einer allgemeinmedizinischen Station betraut und mit der Behandlung eines kranken Kindes völlig überfordert war. Als er sich in seiner Verzweiflung an den Oberarzt wandte, erklärte dieser zu seiner Überraschung sein sofortiges Kommen. Die folgende Sitzung begann mit einem Traum von Herrn G., der, wie der Gruppenleiter für Patienten, ansonsten in seinem Beruf für Kinder verantwortlich war: Dabei wurde er auf einem Bahnhof von zwei Polizisten verhaftet, er habe als Erzieher seine Aufsichtspflicht gegenüber einem Jungen verletzt. Im zweiten Teil des Traumes sei er, wie er fortfuhr, damit beschäftigt gewesen, seine Unschuld zu beteuern, was ihm aber nicht gelungen sei. Herr G., dessen Vater unmittelbar vor seiner Geburt verstorben war und der sich zeit seines Lebens einerseits nach Vaterfiguren gesehnt, andererseits sie gestürzt und sich selbst als bessere Vaterfigur angeboten hatte, ohne darin wirklich Befriedigung zu finden, erkannte sich in seinem Traum wieder: Er fühle sich wie im Gefängnis, da er wegen seiner Beschwerden das Klinikgebäude nicht verlassen könne. Die Überwindung dieses quälenden Zustandes, die Herrn G. selbst noch nicht möglich gewesen war, erfolgte im weiteren unmittelbar in der Gruppe. Frau S. verheiratete in einem Traum die Co-Therapeutin, zu der sie eine enge Beziehung hatte, möglicherweise stellvertretend für sich selbst, mit einem unbekannten Mann, und Herr H. berichtete wütend, aber auch stolz von einem Streit mit einer anderen Therapeutin, in dem er darum kämpfte, seine Vater besuchen zu dürfen. In seinem Wunsch, den Kontakt zu seinem Vater erlaubt zu bekommen, blieb er auch nicht allein, sondern erhielt er die Unterstützung von Herrn T.

Die Traumbilder des Therapeuten mit ihrer jeweiligen Dynamik und Symbolik fanden auch weiterhin ihre Entsprechung sowohl in den eher beiläufigen Einfällen der Gruppenmitglieder als auch in ihren Träumen und in ihrem unmittelbaren Erleben im Wachen. Vor der neunten Sitzung beispielsweise träumte der Leiter, dass er die Arbeit der Klinik mit gutem Erfolg auf einem Kongress in Afrika vorgestellt habe. Zu Beginn dieser Sitzung fragte ihn Frau S., warum die Klinik, die ihr wesentlich geholfen habe, nicht ihr Konzept besser nach außen vertrete. Einige Tage vor der

elften Sitzung träumte der Therapeut, dass er mit einem älteren Freund am Ufer eines zugefrorenen Sees spazieren gegangen sei. Plötzlich war eine große Welle gekommen, die sie beide erfasste; während er ans Ufer gespült wurde, war der Freund jedoch verschwunden. Erst nach längerem Suchen wurde er unterkühlt, aber noch lebend im Wasser liegend gefunden.

Entsprechendes verhandelte die Gruppe in der folgenden Sitzung. Gleich zu Beginn, als etliche Gruppenmitglieder noch nicht anwesend waren, erzählte Frau I., die wegen anhaltender Angstzustände in die stationäre Behandlung gekommen war, aufgeregt den beiden Therapeuten ihren jüngsten Traum: Sie war auf einer Zeitreise, als männlicher Reiter raste sie zwischen den Welten des Mittelalters und der Gegenwart. Sie war auf der Beerdigung eines großen Fürsten; hinter dem Sarg gingen zwei Minister und redeten über sie, sie sei am Tod des Fürsten schuld. In unmittelbarem Anschluss erzählte Herr N. von seiner jüngsten Begegnung mit dem Vater: Als sie zusammen im Auto über die vereiste Rheinbrücke fuhren, hatte der Vater zu seinem Sohn gesagt, wenn sie da hinein stürzten, dann wäre es endlich vorbei. Bei sich hatte Herr N. gedacht, er würde lieber sich selbst als seinen Vater retten, und er erzählte davon, wie der Vater ihn als Kind geschlagen habe. Als er jedoch auch die gemeinsamen Segeltörns erwähnte und Herr G. feststellte, dann müsse er ihn auch gern gehabt haben, brach er in heftiges Weinen aus. Auch Herr H. hatte jetzt seinen Vater zu Hause besucht und zeigte voll stolz seine Gemälde, die er von dort mitgebracht hatte. Zum Schluss dieser Sitzung ergriff noch einmal Frau I. das Wort: Der Fürst, an dessen Tod sie Schuld sein solle, sei ein Tyrann gewesen. Indem sie sich damit zubilligte, möglicherweise einen ethisch gerechtfertigten Tyrannenmord begangen zu haben, musste sie sich nicht mehr schuldig erleben angesichts ihrer unbewussten aggressiven Phantasien dem Vater gegenüber.

Damit war in dieser elften Sitzung Wesentliches geschehen: Wie der Therapeut in seinem Traum entschied sich die Gruppe für ihr Leben und war dafür auch bereit, den Tod eines anderen zu verantworten, wenn es nicht anders möglich sein sollte. Die Gruppe war darüber an ihre Grenzen gekommen: Zwei Mitglieder wollten die Behandlung abbrechen, einem (Herrn Z.) drohte die disziplinarische Entlassung, Frau S. litt unter unerträglichen körperlichen Schmerzen im Bein, für die sich kein Befund ergab, und Frau F. hatte am Tag vor der Sitzung die stationäre Behandlung abgebrochen, um zu ihrer chronisch kranken Mutter zurückzukehren. Dass die Gruppensitzung die inneren Grenzen dem Vater gegenüber verändert hatte, zeigte sich auch daran, dass in der Nacht nach dieser Sitzung Frau S., die über Jahre hinweg von ihrem Vater für Kinderpornographie missbraucht worden war und bis jetzt nur mit größten Ängsten in Einzelgesprächen der Co-Therapeutin davon erzählt hatte, den Gruppenleiter anrief und darüber sprach, dass sie ihren Vater deswegen am liebsten umbringen würde.

In der nächsten Gruppensitzung erzählte Herr H. angetan vom gut verlaufenen Besuch bei seinem Vater. Auch Herr U., der eine enge Bindung

an den in Kürze aus der Klinik scheidenden Gruppenleiter hatte, wollte jetzt dringend seinen Vater besuchen und sich mit ihm aussöhnen, obwohl die Gruppe vermutete, der Vater habe ein Verhältnis mit seiner früheren Freundin. Er hielt den drohenden doppelten Verlust von Therapeut und Vater nicht aus und zeichnete nach seiner Rückkehr ein Bild wie aus dem Märchen, wonach der Vater reich geerbt, ihm die sofortige Rückkehr angetragen und für ihn bereits sein Lieblingsauto gekauft habe. Das unverbindliche Schönreden einer Vaterfigur war davor Thema in einem Traum des Therapeuten gewesen: Er hatte sich mit einem älteren Kollegen über seinen Abschied aus der Klinik unterhalten; dieser hatte dabei viel Kluges zu ihm gesagt, aber sich wortreich geweigert, Verantwortung zu übernehmen, als es um die Weiterbetreuung der Patienten ging.

Wie sehr sich die unbewusste Einstellung nicht nur dem Vater, sondern auch der Mutter gegenüber verändert hatte, zeigten zwei Träume von Herrn E., die er in der dreizehnten Sitzung berichtete. In dem einen Traum sah er seinen Vater, den er ansonsten als kleinen und hässlichen Zwangsmenschen geschildert hatte, gross gewachsen im freundlichen Gespräch mit einer anderen Frau, und im zweiten Traum wurde er von der Co-Therapeutin liebevoll getröstet; als die Gruppe den Eindruck hatte, er habe etwas ausgelassen, ergänzte er, er habe ihr an die Brust gefasst, und sie habe seine Hand behutsam zurückgeschoben.

Vor der letzten Gruppensitzung träumte der Therapeut eine gut verlaufende Begegnung mit dem Chefarzt, die in Ernst und gegenseitiger Achtung geschah. In der Gruppensitzung erzählte Herr H., der zu Beginn dieser Gruppensequenz um sein väterliches Erbe gefürchtet hatte, dass er im Traum die erkaltende Hand seines Vaters gehalten habe. Im Anschluss daran konnten sich die Gruppenmitglieder gut von ihrem Therapeuten verabschieden, wobei der Wert der Beziehung deutlich werden konnte.

Unbewusste Identifikation mit dem Therapeuten

Im beschriebenen Gruppenprozess kam es zu einer „Migration unbewusster Phantasien", um den Ausdruck von *Benedetti* aufzugreifen. Sie fand statt vom Leiter zur Gruppe und lässt sich in einer ersten Annäherung damit erklären, dass die Gruppe mit dem Leiter identifiziert war.

Freud (1921) versteht die Identifizierung „als früheste Äußerung einer Gefühlsbindung an eine andere Person" Er beschreibt sie als „Angleichung eines Ichs an ein fremdes, in deren Folge dies erste Ich sich in bestimmten Hinsichten so benimmt wie das andere, es nachahmt, gewissermaßen in sich aufnimmt. Man hat die Identifizierung nicht unpassend mit der oralen, kannibalistischen Einverleibung einer fremden Person verglichen. Die Identifizierung ist eine sehr wichtige Form der Bindung an die andere Person, wahrscheinlich die ursprünglichste, nicht dasselbe wie eine Objektwahl" (*Freud* 1933). Sie spielt seiner Meinung nach „in der Vorgeschichte des Ödipuskomplexes eine Rolle" und kann „bei jeder neu

wahrgenommenen Gemeinsamkeit mit einer Person, die nicht Objekt der Sexualtriebe ist", entstehen (*Freud* 1921). Überträgt man diese Ausführungen *Freuds* auf den Gruppenprozess, so lag ihm eine emotionale Bindung an den Therapeuten zu Grunde, die aus der Wahrnehmung von noch nicht näher bezeichneten Gemeinsamkeiten mit ihm entstanden war. Die Gruppe befand sich dabei in einem präödipalen Zustand, in dem die Identifizierung mit dem männlichen Therapeuten vorherrschte. Gleichzeitig hatte die Gruppe, die zu zwei Dritteln aus männlichen Mitgliedern bestand, zur Co-Therapeutin eine erotische Beziehung, die in diesem Vorstadium des Ödipuskomplexes weitgehend unbewusst blieb und erst gegen Ende des beschriebenen Gruppenprozesses in einem Traum Gestalt gewann. Somit endete der beschriebene Gruppenprozess, bevor die ödipale Auseinandersetzung mit dem Leiter beginnen konnte.

Die Identifizierung mit dem Therapeuten gilt in der analytischen Behandlung frühgestörter Patienten allgemein als wesentlich. Jedoch wird in der gegenwärtigen Literatur überwiegend die projektive Identifizierung abgehandelt, während die von uns geschilderte introjektive Form kaum mehr in ihrer großen Bedeutung für jeden Therapieverlauf angemessen berücksichtigt wird. *Paul Federn* (1956) nennt die darin enthaltene Gefahr der Imitation des Therapeuten. „Doch stärkt die Identifizierung unmittelbar den gesunden Teil des Ichs und verbessert bei den meisten Fällen sogleich die Einstellung des kranken Teils des Ichs. Gleich dem Kinde fühlt sich der Patient, indem er durch Identifizierung mit dem lenkenden Erwachsenen sein Ich erweitert, von Angst und Konflikten befreit; seine Bereitwilligkeit zu gehorchen, sein Selbstvertrauen und sein Streben nach Normalität bessern sich." *Simmel* (1929) sieht die Notwendigkeit, „dem Kranken durch die Identifizierung mit unserer eigenen Person die Wiedergewinnung eines Überichs, die für die Urteilsfunktion unerlässliche seelische Instanz" zu ermöglichen. *Greenson* (1973) hebt hervor, dass die Fähigkeit zur Identifizierung für manche Patienten die einzige Möglichkeit ist, mit anderen Menschen in Beziehung zu treten. Er schreibt: „Bei sehr kranken Borderline- oder psychotischen Patienten erlebt man bizarre, flüchtige und plötzliche Identifizierungen. Für sie ist die Identifikation ein verzweifelt eingesetztes Mittel, um sich an irgendeine Form der Beziehung zur Realität und zu Objekten zu klammern oder sie herzustellen." Nach *Morgenthaler* (1978) kommen Identifikationen immer dann zustande, wenn sich die Beziehung im analytischen Prozess vertieft. Für ihn ist die Identifikation eine Vorstufe der Liebesbeziehung und sie geht jeder Einsicht im Deutungsprozess voraus. „Jede Einsicht in irgendein Verhalten oder einen Zusammenhang – so unscheinbar und oberflächlich sie auch sein mag – folgt Identifikationen, die sich bereits vorher eingestellt haben." Entsprechendes gilt auch für den Traum: „Es gibt keinen Traum, der irgend jemand erzählt wird, ohne dass eine Identifikation im Unbewussten vorliegt, zwischen dem, der den Traum gehabt hat, und dem, dem er den Traum erzählt" (*Morgenthaler* 1990). *Ammon* (1976a,b) betont, wie wichtig es für die Behandlung der Borderline-

Patienten mit dem sie kennzeichnenden Abwehrmechanismus der Identifizierung ist, dass der Therapeut diese eigentlich pathologische Fähigkeit nutzt und ihnen das Angebot macht, sich mit ihm zu identifizieren. „Für den Grenzfallpatienten sind nämlich Identifikationsprozesse als Ich-Bausteine und Formen der nachholenden Ich-Entwicklung oft lebensrettend: Man sollte sie stützen und fördern, da die Summe passager prozesshafter Identifikationen dem Patienten hilft, den Mut zu eigener Identität zu finden" (*Ammon* 1976a). Ebenfalls auf Borderline-Patienten bezogen führen *Volkan* und *Ast* (1992) aus, dass sich die Behandlung längs der Identifikationen der Patienten mit ihrem Therapeuten vollzieht, wobei ihrer Meinung nach die jeweilige Identifikation des Patienten mit seinem Therapeuten nicht leicht zu gewinnen ist. „Damit der Patient sich wirklich mit der impulskontrollierenden Funktion des Analytikers identifizieren kann, muss es eine intrapsychische Überprüfung dieser Funktion innerhalb des therapeutischen Raumes zwischen Analytiker und Patient geben, und es muss ein Kampf für und wider die Identifikation stattfinden, bevor diese Funktion im Selbstgefühl des Patienten assimiliert werden kann." Sie halten genügend gesunde Identifikationen für die Voraussetzung, damit im weiteren Therapieverlauf unbewusstes Material bearbeitet werden kann, und sie halten es für eine Aufgabe des Analytikers darauf zu achten, welche Identifikationen für den Patienten förderlich sind und welche nicht. *Stähelin* (1999) betont die notwendige Bereitschaft auf Seiten des Therapeuten, die Identifikation mit sich zuzulassen. „Der Therapeut muss in der Lage sein, seine Qualitäten, und davon eher die persönlichen als die allgemeinen, dem Kranken zum Gebrauch zur Verfügung zu stellen, als Leihgabe zu geben." Dem bisher Gesagten entsprechend sieht sie gerade in der Behandlung schizophrener Patienten das Auftreten von Identifikationen als Erfolg, da dadurch eine Beziehung zwischen Subjekt und Objekt entsteht.

In unserem Beispiel war Herr G. insoweit mit dem Leiter identifiziert, wie es um die Verantwortung für Schutzbefohlene ging. Davor hatte er sich im therapeutischen Milieu der Klinik und in der Therapiegruppe allen Autoritätspersonen gegenüber ausgesprochen kritisch gezeigt und ihnen jedes geringste Fehlverhalten als Ausdruck ihrer Unfähigkeiten vorgehalten. Durch die dann nach langer Auseinandersetzung zustande gekommene Identifikation mit dem Therapeuten konnte er seine bis dahin abgewehrten Schuldgefühle ebenso erkennen wie er seine Angstzustände als Strafe für ein vermeintliches Vergehen zu begreifen vermochte. Herr N. wiederum konnte nach mehreren Wochen erstmals in der Gruppentherapie über sich sprechen, als sein Therapeut den Beinahe-Tod einer Vaterfigur in einem Traum schuldfrei gestaltet hatte. In Identifikation mit dem Therapeuten war es ihm dann möglich, entsprechende eigene Phantasien gegenüber seinem Vater mitzuteilen.

Diese aus der Einzeltherapie gewonnenen Erkenntnisse über die Bedeutung der Identifizierung für die Behandlung frühgestörter Patienten

sind nur begrenzt auf die Gruppentherapie übertragen worden. Zwar gilt die Identifikation allgemein als ein wesentlicher Wirkfaktor der Gruppenpsychotherapie (*Rutan, Stone* 1993; *Yalom* 1985). Doch ist sie weder als Identifikation der Teilnehmer untereinander noch im speziellen als Identifikation mit dem Therapeuten näher untersucht worden (*Bloch, Crouch* 1985). Für *Kelman* (1963) ist die Identifikation mit dem Therapeuten in der Gruppe ein Hilfsmittel, jedoch kein Selbstzweck, und sie entsteht nach einer unspezifischen ersten Verbündung der Gruppenmitglieder. Der Patient kann dann in Identifikation mit dem Therapeuten erleben, dass er eine Person ist, die es wert ist, Aufmerksamkeit zu erhalten und angenommen zu werden, und er gewinnt durch den Therapeuten Zutrauen in seine Fähigkeiten; die Gruppe wirkt dabei verstärkend. *Kissen* (1974) sieht die Identifikation mit dem Therapeuten als springenden Punkt jeder Behandlung; ihr Ausmaß hängt seiner Meinung nach auch davon ab, wie der Therapeut sich mitteilt, als sowohl wie kompetent er erlebt wird und welchen sozialen Status er inne hat. *Ammon* (1970, 1976c), der die Auffassung *Redls* vom Leiter als der zentralen Figur, um den herum sich Gruppen bilden, übernommen hat, sieht die Identifikation mit dem Therapeuten als die Voraussetzung für das Fortschreiten der Gruppenentwicklung und als ersten Schritt eines Patienten für die nachholende Entwicklung seiner Persönlichkeit in der Gruppe, wobei sie begleitet und ergänzt wird durch die einander überlagernden und durchdringenden Identifikationsprozesse der einzelnen Gruppenmitglieder untereinander. Sie entsteht seiner Meinung nach nur, wenn die Gruppe sich zuvor in destruktiver Aggression vom Therapeuten abgegrenzt hat; im weiteren Verlauf des Gruppenprozesses sind dann die in jeder Identifikation enthaltenen Widerstandsmomente aufzuarbeiten. *Rutan* und *Stone* (1993) nennen es als besonders wichtig, dass der Patient sich in der hoffnungsvollen Einstellung mit seinem Therapeuten identifiziert, ebenso in der freundlichen Annahme von Gefühlen, in der introspektiven Haltung und in dessen Bemühen um Verstehen.

Die beschriebenen Identifikationen von Herrn L. und Herrn E. mit dem Therapeuten wurden in der Gruppe ergänzt und verändert durch die Identifikation der Teilnehmer untereinander. Nachdem Herr G. seinen Traum erzählt und sein durch die Angstsymptomatik gebildetes Gefängnis dargestellt hatte, teilten ihm verschiedene Gruppenmitglieder mit, wie sie ihr jeweilige Gefängnis zu verlassen trachteten. Frau I. wiederum, die durch Angstzustände ähnlich eingeschränkt war wie Herr G., stellte drei Sitzungen später die Gefängnisstrafe überhaupt in Frage, als sie in ihrem Traum die Aggression in Form eines Tyrannenmordes als berechtigt erscheinen ließ. In Identifikation mit ihr konnte Herr N. für sich seine Todeswünsche gegen den Vater, die er hatte, um sein Leben zu retten, zulassen, ohne vor Schuldgefühlen schweigen zu müssen. Herr G., dem entsprechende Gedankeninhalte überaus vertraut waren, war darüber hinaus mit Herrn N. in dessen Sehnsucht nach einer guten Beziehung zum Vater identifiziert. Indem er ihn bewusst auf die Anteile der Beziehung

hinwies, bei denen diese Sehnsucht erfüllt worden war, erschütterte er Herrn N. in seinem Inneren und gewann selbst Zugang zu seiner Trauer über das, was ihm durch den Tod seines Vaters vor seiner Geburt verwehrt war. Identifikatorisch kamen auch andere Gruppenmitglieder zu einer anderen Sichtweise auf ihres Vater.

Das Unbewusste des Therapeuten und der Gruppenprozess

Im Verhältnis von Therapeut und Gruppe beschränken sich viele Darstellungen auf das Übertragungs-Gegenübertragungs-Modell. Nur selten wird in Betracht gezogen, wie sich die Person des Therapeuten auf den Gruppenprozess auswirken könnte, und es wird auch kaum berücksichtigt, wie die Ausgestaltung bestimmter Gruppenphänomene wie z.B. die Grundannahmen *Bions* oder die Rangdynamik *Schindlers* durch die Person des Therapeuten geprägt sein könnte. *Astrachan* (1970) stellt zwar heraus, dass der Therapeut durch sein Verhalten darüber entscheidet, was in der Gruppe geschieht: „As the therapist defines what is in the group and what is outside it, what is relevant for the group´s work and what not, he also to a large degree defines how the member of the group will begin relating to one another." Die sich daraus ergebenden Unterschiede in der Gruppendynamik führt er jedoch lediglich auf die Anwendung verschiedener Behandlungstechniken zurück, die das Therapeutenverhalten in unterschiedlicher Weise bestimmt haben. Auch *Battegay* (2000) nennt nur die Unerfahrenheit des Therapeuten, die sich ungünstig auf den Gruppenprozess auswirken könnte, ohne näher darauf einzugehen, welcher Einfluss der Persönlichkeit des Therapeuten zukommt. Beiläufig bemerkt *Foulkes* (1974), dass auch der Gruppenleiter mit seiner inneren Konflikthaftigkeit die Gruppenmatrix mit gestaltet, oder Entsprechendes stellt *Ammon* (1970) fest, wenn er meint, eine Gruppe sei nur so stark wie ihr Leiter. *Kernberg* (1975) zählt verschiedene Persönlichkeitstypen auf und beschreibt, welche Art von Gruppenprozess sich dadurch ergibt. Ähnlich beschreiben *König* und *Lindner* (1992) narzisstische, schizoide, depressive, zwanghafte, hysterische und phobische Therapeuten und die daraus folgende Einstellung der Gruppe gegenüber. Sie führen aus: „Der Therapeut reagiert aufgrund seines Charakters auf Angebote der Gruppe oder strebt aktiv, ohne es zu merken, bestimmte Positionen an. Neben seinem Charakter ist auch die Familienkonstellation, die sich in der inneren Welt der Objekte eines Therapeuten abbildet, daran beteiligt, welche Position jemand in der Gruppe anstrebt. Auch die aktuellen Objektbeziehungen des Therapeuten mit ihren eventuellen Defiziten spielen eine Rolle." Sorgfältig hat die Intendierte Dynamische Gruppentherapie die Stellung des Therapeuten und seinen Einfluss auf den Gruppenprozess herausgearbeitet. Dabei werden vor allem ungünstige Gruppenprozesse auf die Person des Therapeuten zurückgeführt. „Unbefriedigende Gruppenverläufe sind (...) nur selten durch extrem ungünstige personelle Zusammensetzungen von Gruppen

verursacht (...), sondern haben vielmehr mit Abwehrvorgängen im Therapeuten zu tun, die sich als Hindernis für den Gruppenprozeß, also als Widerstand gegen die Weiterentwicklung der Gruppe, manifestieren" (*Kruska* 2001).

Zu einem weitergehenden Verständnis der von uns beschriebenen Wechselwirkungen von Therapeutenträumen und Gruppenprozess kann die von *Searles* gemachte Erfahrung beitragen, dass das Erleben von Therapeut und Patient aus einem gemeinsamen unbewussten Untergrund stammen. Bei unserem Beispiel ist es die Trennung vom Vater. Beim Therapeuten wurde sie angeregt durch den bevorstehenden Stellenwechsel und die Übernahme einer Leitungsaufgabe. Da er damit mehr als zuvor eine väterliche Position einnehmen sollte, stand für ihn auf der unbewussten Ebene eine erneute Auseinandersetzung mit dem verinnerlichten Bild seines Vaters an. Der äußere Schritt der Veränderung der Lebenssituation verlangte eine innere Klärung, was er in Identifikation mit dem Vater übernehmen wollte und wovon er sich abzugrenzen wünschte, um auf diese Weise seine Identität neu zu bestimmen.

Unser Beispiel legt die Vermutung nahe, dass es das unbewusste Geschehen ist, in dem der Therapeut sich befindet, welches wesentlich den gemeinsamen unbewussten Untergrund der Beziehung von Therapeut und Patient bzw. Gruppe bestimmt und das die Grundlage für die beschriebenen Identifikationen bildet. In unbewusster Kommunikation fühlen sich die Patienten von dem Therapeuten angezogen, der ein ähnliches Thema zu bewältigen hat wie sie, bzw. wählt der Therapeut die entsprechenden Patienten aus. Diese Annahme könnte auch die ungewöhnliche Tatsache erklärbar machen, dass in dem beschriebenen Therapieabschnitt mit seiner Dauer von zwei Monaten bei zwei Gruppenmitgliedern der reale Vater verstorben ist. Die Träume des Therapeuten werden damit in gleicher Weise zu einer intrapsychischen und gruppendynamischen Funktion, wie das Agieren und Träumen der Gruppenmitglieder sowohl Ausdruck des eigenen wie des Gruppenunbewussten ist (*Ammon* 1973; *Richarz, Römisch* 2000). Ähnlich wie die Gegenübertragung kann der Therapeut seine Träume nutzen, um den unbewussten Gruppenprozess zu erkennen. Die besondere Anforderung an den Therapeuten in der Gruppe scheint demnach vor allem darin zu bestehen, kraft seiner Ausbildung vor den Gruppenmitgliedern Unbewusstes aus dem gemeinsamen unbewussten Untergrund abzugrenzen und ihm in Träumen und Phantasien Gestalt zu geben. Strukturell gesehen, ist von ihm eine flexible Abgrenzung gegenüber seinem Unbewussten verlangt, die dann von frühgestörten Patienten gerade wegen ihrer geringen Abgrenzungsfähigkeit übernommen werden kann. Bekanntlich ist auch die Prognose von nach außen geöffneten Patienten besser als die von starr geschlossenen, die wenig Kontakt eingehen können. Der beschriebene therapeutische Prozess besteht demnach darin, dass die Patienten sich mit dem Therapeuten in seiner flexiblen Abgrenzung und Öffnung gegenüber dem Unbewussten identifiziert haben.

Eine solche Auffassung ist eine klare Absage an verhaltenstrainierende Maßnahmen oder die Anwendung von irgendwelchen Manualen, die derzeit gerade für die Behandlung von Borderline-Patienten propagiert werden. Sie wendet sich auch gegen eine analytische Behandlung von frühgestörten Patienten, die ihre Aufgabe nur in der Deutung von irgendwelchen Übertragungen sieht. Unsere Ausführung ist eine Aufforderung an den Therapeuten, sich der Bedeutung seiner Person bei der Behandlung frühgestörter Patienten bewusst zu werden, die sich eben nicht auf die richtige Anwendung von Behandlungstechniken beschränkt. Sie soll darauf hinweisen, dass nur der Therapeut wirklich behandeln kann, der sich selbst innerlich bewegt, der selbst in Identitätsentwicklung steht.

A Group's Process and the Therapist's Dreams – Unconscious Identification with the Therapist in Analytic Group Psychotherapy

Bernhard Richarz (Berlin), Sylvelin Römisch (Munich)

In psychoanalysis and analytic group psychotherapy, the relationship between therapist and patient is regarded as determined, in essence, by the patient`s transference onto the therapist. However, other forms of unconscious relationships have been observed in the individual therapy of patients with early disturbances, which can no longer be subsumed under transference and counter-transference. *Searles* (1973) found, that the worlds of patient and therapist "are ... the result of processes which have a mutual, unconscious matrix". *Benedetti* (1983) mentions that especially early disturbed patients try to understand the therapist by unconsciously absorbing the images and the inner movements. He calls this the "migration" of unconscious fantasies and describes "the phenomenon that a psychotic patient will react to the therapist`s dream which has not been related".

Also in analytic group psychotherapy, similar observations can be made. In order to explore the connections between the therapist`s and the group's unconscious, the course of an inpatient analytic group psychotherapy over two months is described, while also providing the context of one of the two therapist's (B.R.) dreams. This synopsis was not intended at the time, the dreams and the group's process were noted down. The therapist's dreams were never made known to the group. The second therapist did not remember any dreams during the time in question.

Group process and the therapist's dreams

The semi-open in-patient group in the Dynamic-Psychiatric Hospital Menterschwaige met twice a week, conducted by the authors. During the reported fourteen sessions the group consisted of ten men and five women,

some of whom joined or left the group in this period. On an average, the group had twelve members, who stayed about five months in the hospital, all of them suffering from early disturbances (personality disorders, paranoid and schizophrenic psychoses, narcissistic depression, severe anxiety and panic disorders).

In its analytical process, the group intensively dealt with the father figure and the separation from the father, in dreams, fantasies, memories and also experiences in reality. During this period the fathers of two of the fifteen patients died, two other members of the group visited their fathers. Two male patients complained - as an expression of their unconscious disappointment with the remote father – about the composition of the therapeutic team in the clinic, which they felt was made up of too many women and too few men.

In the night before the fourth session, the therapist had the following dream: He reviewed an apartment, in which he had previously lived. He noticed, that the floor would no longer support any weight, if one were to step on it, one would immediately plunge into the depths below. In his dream, he decided not to carry his possessions into the apartment, but to apply for reduction of rent payments.

Entering the room for the fourth session, the therapists found their chairs occupied by two group members, Mr. T. and Mr. H.; both of whom feared to be or even had been discriminated against by their siblings when the father's estate was distributed. Ms. L. spoke about her father, of whose death she had heard the day before, very bitterly and angrily, full of hate. She was not capable of any grief. Also the mothers who were talked about in this session, were described as creating guilt feelings or being cold and rejecting or trespassing sexually against others. Thus unconsciously the group was picking up the theme the therapist had dreamed of: To use a metaphor, the group had reviewed the damages done by their families, but had not separated from the pathogenic family dynamics yet. This corresponded to the therapist, who, in his dream, did not yet give up the defective apartment.

After this session, trying to overcome the boundaries established by their families, a number of group members sought "the better life", acting out their (mainly erotic) needs far from the group: group members joined fellow patients at the sauna or in a café outside the clinic, a female fellow patient was found in the bed of Mr. T., and Ms. I. insistently smooched with another patient. The unconscious guilt feelings and the need for punishment, however, were so strong within the group that for two members, criminal prosecution was pending or had actually already been instigated.

In the fifth session, the group therapist announced that he was leaving the clinic. In the meantime, in three of his dreams, he had been travelling either by plane or by suburban fast train, albeit without ever reaching any goal. In his unconscious, he was thus doing the same as his acting out group members.

Also correspondences of symbols were to be found between fantasies of group members and the therapist's dreams. For example, the therapist had dreamed that he had been taking a walk with an older friend at the banks of a lake which had frozen over. Suddenly, a large wave seized both of them; while he was washed ashore, the friend disappeared. Only after a longer search was he found in the water, hypothermic but alive.

Some days later, in the following (eleventh) session, first Ms. I., who suffered from continuous anxiety, very excitedly told her last dream, in which she had been a male equestrian travelling through time. She took part in the funeral of a great lord and heard people talking about her, that the lord's death was her fault. Immediately afterwards, Mr. N. related this most recent meeting with his father: Driving over an icy bridge traversing a river, the father had said to his son that if they plunged down into the river right now, it would finally be over. In this moment, Mr. N. had thought that he would rather save his own life than that of his father. He spoke of his bad and good experiences as a child with his father, but also of his sailing trips with him. When Mr. G. told him, that he must also have liked his father, Mr. N. started to sob. At the end of this session, finally, Ms. I. spoke once more: the great lord for whose death she was supposedly responsible had been a tyrant. Since she possibly had committed an ethically justified tyrannicide, she no longer had to feel guilty for her unconscious aggressive fantasies about her father.

Thus, in this session, the group had decided to live its life and even to take responsibility for the death of another if necessary. But with this meaningful development, that had altered the interior boundaries vis-à vis the father, the group also had come to its limits: several members wanted or had to discontinue their treatment. On the other hand, Ms. S., who for years had been abused by her father through child pornography and had hardly spoken about this, now told the group therapist about her fantasies to kill her father for what he had done to her.

The unconscious attitude towards the father and, as two others dreams of group members showed, also the mother, had changed deeply. Preceeding the last (fourteenth) session, the therapist dreamed of a meeting with the head physician of the clinic, which was full of mutual respect and serious in nature. In the last session described, Mr. H., who in one of the first sessions had uttered his worries about the inheritance from his father, recounted a dream, in which he had held his father's hand that had gradually turned cold. After this, it was possible for the group members to part from their male group therapist in an evaluating and respectful way.

Unconscious identification with the therapist

In this group process a "migration of unconscious fantasies" (*Benedetti*) had taken place from the therapist to the group. It may be explained by the fact, that the group had identified with him. According to *Freud* (1921)

identification is a very important and "the earliest and original form of tie" to another person, different from the choice of an object. Transferred to the group process, the emotional tie to the male therapist resulted from the perception of qualities the members had in common with him, although not yet explicitly defined. The group was in a pre-oedipal state, in which this identification was predominant. At the same time, the group – most members were men – had an erotic, but still unconscious relationship with the female co-therapist.

In the analytical treatment of patients with early deficiencies, the identification with the therapist is regarded as crucial. However, current literature, mostly deals with projective identification and not with the introjective form presented here, which is also mentioned by *Federn* (1956) and *Simmel* (1929). Especially for early disturbed and borderline patients, identification is often the only possibility of entering into a relationship with other people (*Greenson* 1973) and is engendered once the relationship deepens (*Morgenthaler* 1978). *Ammon* (1976a) understands identification processes often as "life-savers in their function as structural elements for the ego and as forms of later ego-development". Like *Volkan, Ast* (1992) and *Stähelin* (1999) he encourages therapists to permit and make use of identification of patients especially with the therapist's personal qualities.

In the described group Mr. G. was, after a long period of arguments, identified with the therapist in his role as a person responsible for others. This identification helped him to acknowledge not only his severe guilt feelings but also his anxiety as a punishment for an imagined wrong he had done. Mr. N. could speak about himself within the group for the first time after weeks once his therapist had created the near death of a father figure as a guilt-free experience in his own dream. In identification with the therapist he then could report his own fantasies in respect to his father.

As far as group psychotherapy is concerned, identification processes are widely regarded as an essential factor (*Rutan, Stone*, 1993; *Yalom*, 1985), but as yet not specifically analyzed (*Bloch, Crouch* 1985; *Kelman* 1963; *Kissen* 1974). Only *Ammon* (1970, 1976c) not only mentions the identification with the leader of a group as the central figure (*Redl*), but also the different identification processes of the group members with one another, which according to him only arise after the group has demarcated itself from the therapist in destructive aggression.

The described identifications of group members with the therapist were added to and changed by identifications of group members with each other. Mr. G., who had described the prison formed by his anxiety, was told by several group members how they intended to leave their respective prison. Ms. I, who was similarily handicapped by anxiety attacks, even questioned prison sentences as a matter of principle three sessions later, when, in her dream, she showed aggression in the form of tyrannicide to be justified. Mr. N. identified with her and acknowledged the death wishes against his father

and Mr. G. finally was identified with Mr. N. in his longing for a good relationship with the father.

The therapist's unconscious and the group's process

Many depictions of the relationship between the therapist and the group are limited to the model of transference and countertransference; only rarely is the extent considered, to which the personality of the therapist could have an effect on the group's process, and hardly it is taken into account that the emergence of group phenomena (*Bion; Schindler*) could be characterized by the therapist's personality. Different group dynamics are seen as due to the application of different treatment techniques (*Astrachan* 1970) or the inexperience of the therapist (*Battegay* 2000). *Foulkes* (1974), *Ammon* (1970), *Kernberg* (1975) and *König* and *Lindner* (1992) agree that the inner conflicts or the personality type of the therapist influences the group matrix and the therapist's attitude towards the group. *Kruska* (2001) states that unsatisfactory group developments are mostly connected with defense processes within the therapist.

The experience, that whatever therapist and patient go through arises from a common, unconscious matrix (*Searles* 1973) can contribute to a wider understanding of the reciprocal action and reaction of therapist's dreams and group process. In the described example, the separation from the father was the common issue being dealt with. This was stimulated in the therapist by the imminent change in his position and by the fact, that he would be taking on an executive task, which meant that he would assume a more fatherly position than before. Therefore he needed to deal with his internalized father image on an unconscious level.

This unconscious development was the basis of the common, unconscious matrix of therapist and group. In unconscious communication the patients are drawn towards or choosen by that therapist who is dealing with an issue similar to their own. This assumption could also explain the unusual circumstance that two group members lost their fathers by death during the two months of therapy described here. The therapist's dreams thus had not only an intra-psychic, but also a group dynamic function (*Ammon* 1973, *Richarz, Römisch* 2000). The therapist may use his dreams in order to recognize the unconscious group process, as he does with counter-transference. It seems to be a special challenge for the therapist to be capable of a flexible demarcation of his unconscious and to give form to it in his dreams and fantasies. This then can be taken over by patients with early deficiencies, since their ability to demarcate themselves is very low.

This understanding is a clear refutation of training manuals and behavior modification methods as they are currently propagated. It also turns against any analytical treatment of borderline patients or others with early disturbances, where therapy is reduced to mere interpretation of occurring transferences. We call to therapists to acknowledge the importance of their own personality and their own further development of identity for the benefit of their patients.

Literatur:

Ammon, G. (1970): Gruppendynamik der Aggression. (Berlin: Pinel Publikationen)
- (1973): Der Traum als Ich- und Gruppenfunktion. In: Dyn. Psychiat. (6) 145-164
- 1976a): Das Borderline-Syndrom - Ein neues Krankheitsbild. In: Dyn. Psychiat. (9) 317- 348
- (1976b): Das Borderline-Syndrom und das ich-strukturelle Arbeiten. In: *Ammon, G.* (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie. Bd. 1. (München: Ernst Reinhardt)
- (1976c): Gruppenpsychotherapie. In: *Ammon, G.* (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie. Bd. 1. (München: Ernst Reinhardt)

Astrachan, B.F. (1970): Towards a social systems model of therapeutic groups. In: Social Psychiatry (5) 110-119

Battegay, R. (2000): Die Gruppe als Schicksal. Gruppenpsychotherapeutische Theorie und Praxis. (Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht)

Benedetti, G. (1983): Todeslandschaften der Seele. Psychopathologie, Psychodynamik und Psychotherapie der Schizophrenie. (Göttingen: Medizinische Psychologie)

Benedetti, G.; Peciccia, M. (1993): Interaktion zwischen bewußten und unbewußten psychischen Vorgängen und zwischen imaginativ-bildhaftem und einschichtig-begrifflichem Denken. In: *van Husen, B.* (Hrsg.): Psychotherapie der Psychosen. (München: Quintessenz)

Bloch, S.; Crouch, E. (1985): Therapeutic factors in group psychotherapy. (Oxford, New York: Oxford University Press)

Federn, P. (1956): Ichpsychologie und die Psychosen. (Bern: Hans Huber, 1978: Frankfurt a.M.: Suhrkamp)

Freud, S. (1921): Massenpsychologie und Ich-Analyse. G.W., Bd. 13, 71-161
- 1933): Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. G.W., Bd. 15

Foulkes, S.H. (1974): Gruppenanalytische Psychotherapie (München: Kindler)

Greenson, R.R. (1973): Technik und Praxis der Psychoanalyse. (Stuttgart: Klett-Cotta)

Kelman, H.C. (1963): The role of the group in the induction of therapeutic change. In: Int. J. Group Psychotherapy (13) 399-432

Kernberg, O.F. (1975): A systems approach to priority setting of interventions in groups. In: Int. J. Group Psychotherapy (25) 251-275

Kissen, M. (1974): The concept of identification: an evaluation of its current status and its significance for group psychotherapy. In: Rosenbaum, M. (ed.) Group psychotherapy from the South West. (New York: Gordon and Breach)

König, K.; Lindner, W.V. (1992): Psychoanalytische Gruppentherapie. (Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht)

Kruska, W. (2001): Ein fruchtbares Dilemma – die Analyse des Kippvorganges. In: *Seidler, Ch.; Misselwitz, I.* (Hrsg.): Die Intendierte Dynamische Gruppenpsychotherapie. (Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht)

Morgenthaler, F. (1978): Technik. Zur Dialektik der psychoanalytischen Praxis. (Frankfurt a.M.: Syndikat)
- (1990): Der Traum. Fragmente zur Theorie und Technik der Traumdeutung. (Frankfurt a.M.: Campus)

Richarz, B.; Römisch, S. (2000): Vom Agieren zum Träumen – Entwicklungsprozesse in der stationären Gruppenpsychotherapie. In: Dyn. Psychiat. (33) 407-422

Rutan, J.S.; Stone, W.N. (1992): Psychodynamic group psychotherapy. 2nd Ed. (Lexington: Collamore Press)

Searles, H.F. (1973): Über die therapeutische Symbiose. In: Dyn. Psychiat. (6) 373-390

Simmel, E. (1929): Psychoanalytische Gesichtspunkte zur Behandlung der Psychose (Schizophrenie). In: Allg. ärztl. Zschr. Psychotherapie u. psychische Hygiene (2) 437-448

Stähelin, M. (1999): „Ich hätte gern Ihr Haar" – Überlegungen zur Frage der Identifizierung bei schizophrenen Patienten. In: Forum Psychoanalyt. Psychosentherapie (1) 50-71

Volkan, V.D.; Ast, G. (1992): Eine Borderline-Therapie. (Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht)

Yalom, I.D. (1985): The theory and practice of group psychotherapy. 3rd Ed. (New York: Basic Books)

Adresse der Autoren:

Dr. med. Bernhard Richarz
Kantstraße 120/121
D-10625 Berlin

Dipl.Psych. Sylvelin Römisch
Fehwiesenstraße 14
D-81673 München

Group Dynamics in the life of a Therapeutic Community**

Aldo Lombardo (Roma)*

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit Gruppendynamik innerhalb des Mitarbeiterteams einer therapeutischen Lebensgemeinschaft (TC). Es werden verschiedene Aspekte von Leiterschaft betrachtet sowie die Notwendigkeit, eine therapeutische Einrichtung als Gesamtgruppe zu betrachten, um die inhärenten Prozesse besser zu verstehen. Die therapeutische Gemeinschaft wird verglichen mit einem lebenden Organismus und auch die Strukturen des Unbewussten werden zum Vergleich herangezogen, um den therapeutischen oder auch antitherapeutischen Effekt dieser Art von Einrichtung zu betrachten mit ihren Auswirkungen sowohl auf die Patienten als auch das Mitarbeiterteam.

Introduction

In my 10 years in charge of a Therapeutic Community (TC), I have tried to understand my experience - and especially my mistakes - in the light of two classical approaches to group psychology. In the psychoanalytic approach, the focus is on unconscious workings and their expression in their interaction and behaviour in the group. For therapeutic groups, this may reveal trends promising success of failure in in resolving resistances, defences, transference, and in terms of *Bion*'s (1961) "basic assumptions," dependency, coupling, fight-flight. For task-centred groups, this approach also deals with tension control.

In the systemic approach to group psychology, the focus is on rules, roles, subsystems and communication networks, that either make the groups coordinated, effective and successful, or account for any failure.

With regard to some of my own experiences that I will now be presenting, I must also add that I have learnt the hard way that, to paraphrase *Winnicott* (1982), just as " there is no such thing as a baby without a mother", there is no such a thing as a Staff without leadership, although leadership can take various forms, including invisibility. In addition, certainly, where there is an acknowledged leader, the staffgroup can become a resonance chamber amplifying some of the leader's personal character traits; i.e. magnifying his anti-therapeutic role to community functioning no less than his therapeutic contributions.

Beginnings

In England, I was trained in the TC approach for running a hospital ward as a therapeutic milieu. In the history of Therapeutic Communities

* M.D., psychotherapist, endocrinologist, member of the Group Analytic Society in London, Clinical Director of two Therapeutic Communities both called Raymond Gledhill

** Paper presented at the 13. World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry (WADP) / 26. Internat. Symposium for the German Academy of Psychoanalysis (DAP), March 13–17, 2001 at the Institut for Medical Psychology of the Ludwig-Maximilians-University of Munich

there are two important moments. The first corresponds in practice to the date of birth of the approach. In 1796 a Quaker, *Willium Tuke*, (*Kennard*, 1998) opens up the Retreat in York to host about 30 psychiatric patients to be treated with the same respect as any other human being. Although this was mainly assistive, this was the first time the idea of empowerment has been put into practice. The second moment has as a scenario the world war II. In 1946 Northfield Hospital, a rehabilitation military hospital in Birmingham, undergoes a peculiar experiment in the attempt to return shell shocked soldiers back to the army as soon as possible, rather than home where they would be idle. *Tom Main*, (*Brook*, 1993) who took a big part in the experiment after Bion and Richman and other psychoanalysts like *Foulkes, Bridger, Clark* and others who worked there, called the method of activating a hospital to promote true rehabilitation in its patients, Therapeutic Community (TC). Later on, *Rappaport*, (1960) an American anthropologist, spent two years in a TC lead by *Maxwell Jones*, a physician also involved in the rehabilitation of sick soldiers in another military hospital in Mill Hill, London, during the war. The TC he studied was Henderson Hospital. He found out that the peculiarities of TC are democratization, reality confrontation, communalism, permissivism. Further developments, conceptualization and research on TCs are due to *S. Whiteley, Roberts, Kennard* and others, whose contributions are collected and taken care of by Jessica Kingsley Book Publisher, in a digest of several books on TC's theory and practice.

The principles constituting this approach are difficult enough to apply in a hospital ward, but in a TC proper, they are constantly challenging for all involved.

Returning to Rome, I was a fish out of water. As I started a professional practice, I soon found that cases referred to me were often quite unfit for individual therapy and obviously in need of TC treatment. Therefore, I embarked on a TC project and got together a few young psychologists, eager to create a job for themselves and test out what they had learnt at University. This was my "embryonic staff."

The model for the TC I founded is that pioneered 50 years ago in England by *Maxwell Jones* - democratic, egalitarian, permissive, confrontational, with: 1) a "culture of enquiry" (*T. Main*, 1946) into every fact concerning the TC as well as any of its members, and 2) learning from its day to day life (*M. Jones*, 1968). It is not to be confused with communities for drug addicts, which are extremely hierarchical but nowadays are also called TCs.

The TC is in Rome and provides for difficult people who mostly fall within the DSM IV diagnostic category of Personality Disorder. There are 16 places and about 16 staffmembers, mostly with university degrees in psychology and their own experience of psychotherapy. There are three shifts every 24 hours so that three staffmembers are present in the daytime and two overnight. There is a staffmeeting on Tuesdays, when we also take part in a self-support sensitivity group.

An important fact is that the TC was set up by my wife and me ten years ago in a villa on the Via Appia Antica with rooms for 8 patients. Four years later, it moved to its present premises and enlarged to accommodate 8 additional places.

The early phase

I began making mistakes as soon as I put myself in the position of leader of a virtual TC (composed simply of "normal neurotics," i.e. my embryonic staff).

Although a leader works with human resources, there is a great difference between leading a therapy group and managing an institution. For one thing, the therapeutic stance of a therapist can conceal personal characteristics, while the more active role of leader requires the expression of affects and personal views that inevitably affect culture development in a work environment. In addition, I underestimated how crucial it was for a manager to be able to select staffmembers suitable for the specific tasks of the job. As I knew too little, I was not fully aware of this at the beginning and I felt overconfident as both group conductor and TC leader of what I still believe is the most important group of all in a TC: the staff as a group.

However, how would a group conductor feel if three quarters of his group suddenly deserted him? This actually occurred months later, the moment I found a place for real TC, and the real job was to begin. There I was, with three staffmembers out of the 12 formally engaged. Where did I go wrong? What lesson should I derive from this?

I soon realized that I was not able to discriminate between operatore as a role within a system, and operatore as a person. As a professional, he must be competent, capable of accepting and developing a TC culture, and trained to be in touch with his own feelings: especially under stressful conditions, when he ought to keep faith in his mission. As a person, he must be a committed, stable and mature individual.

The work proceeded smoothly, so to speak, with some flattering success and occasional failures for 4 years. New young psychologists had been gradually joining, managing to feel like the owners of the place. There were no changes in the daily routine, with group therapy meetings in the morning and various activities in the afternoon. However, the house and things happening there gradually became increasingly messy. The community seemed to reproduce the sick mental state of some patients: erratic, chaotic and irrational. Groups were disturbed and non psychological. Staff had difficulties in thinking. There was a laissez-faire atmosphere, and one could see that tidiness, cleanliness, order, and peace were insufficient; above all, every "owner" did not share equal responsibility for the house.

It was difficult for me to change this trend, as the real obstacle to getting things straight was, in fact, inside me, in exercising the authority in my role as the leader. Brought up by an authoritarian father, I very much identified

with him, particularly as he died prematurely. Consequently, the solution to my ambivalence toward him led me to develop the reaction formation of antiauthoritarianism. Therefore, to exercise the authority of a chief unconsciously meant to expose myself, and my father inside me, to my hatred projected on my subordinates. The result of this could explain why I did not exercise the right to directly reprimand staff members that were not up to standard.

Indeed, I tended to rationalize the situation, exploiting a few theories quite useful at times. For example, one of my teachers used to say that we, as members of a TC (staff and patients), in a way are all ill: only some are more ill than others. Therefore, I indulged in the idea that I had to respect the neurosis in each of us and wait for the TC to cure it. In the end it would be wrong to dismiss anyone. Indeed, I went even further and exploited the same notion for therapeutic purposes. As we are all ill, I preached, a group of staff exposed to a group of sick patients belong to the same matrix of psychological disease. It is quite plausible then that as a group, staff members would reproduce in their interactions the sickness of the patients' group (the mirror effect, according to *S.H. Foulkes*).

Actually, to examine the "mirror effect" (*Foulkes*, 1975) of the patients' group on the staff group dynamics indeed helps to understand the reverberation of what goes on in patients' group dynamics. An example: for a while staff complained that most patients either turned up late for therapy or slept throughout group sessions and some even deserted the appointments altogether. What turned out in one after group analysis was that lately the state of staff members' alertness to the patients' behaviour had been poor. Several signals of dissatisfaction, like dirty rooms, cigarette butts strewn all over, oversleeping, etc., had not been picked up on as communications of malaise; indeed, a few staff members had been late for work and sometimes even late for therapy sessions.

However, the way of interpreting staff's negative performance as a mirror of what goes on in the patients' group sometimes could be used by staffs themselves as a resistance to acting responsibly and appropriately as possible.

In other words, when staff hid their lack of responsibility or inefficiency behind the "mirror" effect, they were manifesting the very same defence as their patients when avoiding responsibilities, because they are sick - i.e. in the "sick role."

Another rationalisation in place of looking more deeply at the leader's responsibility for his staffs' attitude has to do with this other theory. One may imagine the staff group of a TC as the pulsating heart of a living system, with the leader in the position of pacemaker. During diastole, chaos and accompanying creativity is allowed, until the risk of cardiac arrest, so to speak, becomes a liability. At this point, the leader, who is the staffpacemaker, tightens things up through an authoritarian systolic imposition of a new set of rules (in this case, my identification with my father, then, could come out without guilt).

Further changes

Things suddenly changed when we had to move from the villa on the Via Appia Antica to another less glamorous villa on the outskirts of Rome. Five events impinged on the mood change in the TC. A) None of us, as a team wanted to face the loss of the place and hardly acknowledged that life would be changing soon for each of us. B) My wife was pregnant and delivered a baby the same day as the TC moved. C) I asked people to pay for their own coffee and telephone calls. D) My analyst died the same summer. E) The number of patients rapidly rose to 14, and so did the number of staff, with the addition of two nurses.

Out of all these changes, the most significant for the future of the institution was the changed group size. In the beginning, the TC was a small house, hosting a small group of patients who could be followed up closely by very dedicated young psychologists and educators within a family atmosphere who individually tried their best. In the new place, we were part of a larger group and of an institution in all respects.

In the small TC, our efforts had the effect of strengthening the ego of our patients, helping them substitute individual defence mechanisms with more mature ones. The large group situation had less to do with an instinctual situation and more with learning. In a way, it was going in the direction opposite to psychoanalysis: instead of excluding the context in favour of the relationship, context took on capital importance. In fact, in large groups, one explores the conscious rather than the unconscious. Through dialogue a person learns to communicate and to discover humane dimensions inside himself and others, which will enrich the Self, and one becomes more mature. *Bateson* (1976) would say that the individual learns to learn what is important to be able to live well in that specific environment.

Since the large group helps more the Self of individuals rather than their ego (*DeMaré*, 1991), it also provides new Super-ego cultural agencies. Therefore, while in our small TC the organization of therapy was the main concern, in the new larger TC the therapy of the organization had become the main preoccupation. Here, environment and context - i.e. the other 23 hours, so to speak - are more important than the content of each interpersonal exchange. What at the outset had been the main instrument of therapy - i.e. the group - had now become the object itself of treatment.

Looking at a group both psychologically and systemically

Whichever way you look at it, due to a combination of these five events, dissatisfaction with the leadership broke out. At a psychological level, one could say that this was the result of the avoidance of feelings of depression, caused by envy and anger over the good things the couple would achieve at their staffs' expenses. Alternatively, that the transference of omnipotent fantasies toward me, like: "He can do everything" had changed into "He

does not want to do things for us on purpose: he betrays us." At any rate, disillusion and bitterness over the loss of the representation of an idealized family set in. Interestingly enough, the staffs' complaints now felt very much like the same kind of complaint patients used to move to them as workers (mirror effect displaced onto me).

From a systemic point of view, one could read the situation differently. As result of a lack of communication among staff members, who spoke of their grievances in corridors rather than in propriate forums for discussion, feedback into the system was lacking.

This situation actually blew up at a very stormy sensitivity meeting. A sort of subgroup leader, chosen in advance at a clandestine staffmeeting, fiercely confronted and attacked me. My staffs were obviously growing up. They did not want to consider me and my wife their group conductors any longer but only their employers; as if to say: "You are not our good mummy and daddy any more and we do not love you as parents any more: from now on we will regard you solely as our work providers."

From the psychological stance, this could be interpreted as a childish reproach for not having brought the Messiah, in *Bion*'s terms (1961). From the systemic point of view, it was necessary to clarify more precisely each one's role within the system, whose aims had also to be redefined as the institutional mission.

From then on, a few changes have contributed to improving the working condition: new job descriptions, new inner regulations, new forums for discussions, a new structure of the working week, and the introduction of sophisticated software which, after almost three years of resistance to its adoption, is now regarded as indispensable. The staff group had consolidated and for eight years no staff was to leave. Only last year, just as occurs in biology after a period of latency, five staff members left within six months. With 5 new junior staff members a new situation has developed, with both positive and less positive working consequences. Interestingly enough, the patients' length of stay has reduced to an average of 18 months.

Conclusion

I have studied the institutional dynamics of this TC for ten years. The forces guiding its structure and organization depend strictly on the quality and quantity of information fed into the system and on the guidance of its leader as the main vehicle of the institution's culture. Like any living system, an institution can be healthy or sick depending on whether or not it produces new organizational patterns and a new organization to tackle problems effectively. Awareness of as many conscious and unconscious dynamics as possible is therefore fundamental to understanding and responding to environmental demands.

Institutions, in fact, may be seen as organized systems made up of subsystems, each with clear roles, clear rules, and clear tasks held together

by effective communication. Under this perspective, one could regard an institution like a TC as an information processing system with the final aim of creating new forms of order, for the benefit of anyone belonging to the system.

In particular, a TC that processes feelings may more easily approach a living system. Here, however, the importance of putting words to feelings and possibly to the "unconscious at work" - to put it with the title of *A. Obholtzer*'s book (1994) - is more than necessary, as it impinges on the work atmosphere.

Problems may arise in a TC, as well as in institutions, for two main general reasons. From the systemic point of view, when roles and rules are not clear; when there is a scarce predictability of behaviours and consequences of rules breaking; when feedback into the system is inadequate and dialogue is interrupted; and when structure and its organization is not coordinated through effective communication.

From the psychological point of view, however, difficulties may equally crop up if people working together are not aware of their emotional involvement and their difficulties, especially when exposed to very disturbed patients in a TC. Transference toward the institution as a whole, and to its leader, may be a source of trouble if not detected. On the other hand, less mature workers easily tend to idealize and subsequently denigrate the organization for letting them down or attempting to split the group. Due to unconscious envy or sense of betrayal, every immature worker can experience bitterness and express it through moaning and complaining in private rather than in groups, accounting for sabotage to the organization's health.

A TC, though, is different from other kinds of institutions, as its output has to do with human growth and with techniques of dealing with emotional problems. If like a family, it creates - and teaches how to solve - conflicts, just like a family it requires all its members, staff and leader included, to grow up and to do so in togetherness. This is why in the end most of us who work there love it dearly and are always ready to defend it vigorously.

Gruppendynamik in Institutionen

Prof. Aldo Lombardo (Roma)

Einleitung

In der Geschichte therapeutischer Lebensgemeinschaften finden sich zwei wichtige Begebenheiten: Zum einen die Anfänge im Jahre 1797, als ein Quaker, *William Tuke* (*Kennard*, 1998) eine Zufluchtsstätte einrichtet für psychiatrische Patienten, wo diese mit demselben zwischenmenschlichen

Respekt behandelt werden, den man anderen Menschen auch zuteil werden lässt. Obwohl diese Arbeit größtenteils eine unterstützende war, ist es doch das erste Mal, dass das Konzept von „empowerment" angewendet wird. Das zweite wichtige Ereignis fand vor dem Hintergrund des zweiten Weltkrieges statt: In Jahre 1946 im Northfield Hospital in Birmingham, einem Militärkrankenhaus zur Rehabilitation von kriegsbedingtem PTSD bei Soldaten. In einem ganz besonderen Experiment wurde versucht diese Menschen schnellstens wieder in die Armee zurückzubringen, anstatt sie zuhause ohne Beschäftigung zu lassen. *Tom Main* (*Brook*, 1993), der einen großen Anteil an diesem Experiment hatte, nachdem schon andere Psychoanalytiker wie *Bion, Richman, Foulkes, Bridger, Clark* und andere die dort gearbeitet hatten, nannte diese Arbeitsweise, ein Krankenhaus zur vollständigen Rehabilitation des Patienten heranzuziehen, Therapeutic Community. Später verbrachte *Rappaport* (1960), ein amerikanischer Anthropologe, zwei Jahre in einer von *Maxwell Jones* geleiteten TC. *Jones* beschäftigte sich während des Krieges mit der Rehabilitation von kranken Soldaten in einem anderen Militärhospital in Mill Hill, London und arbeitete in Henderson Hospital einer TC. Er fand heraus, dass die Besonderheiten einer TC in Demokratisierung, Realitätskonfrontation, Gemeinschaftlichkeit und gegenseitiger Toleranz bestehen. Weitere Entwicklungen, Konzeptualisierung und Forschung bezüglich therapeutischer Lebensgeeinschaften verdanken wir *S. Whiteley, Roberts, Kennard* und anderen, deren Beiträge in einer von Jessica Kingsley Book Publishers Reihe von Büchern über die Theorie und Praxis therapeutischer Lebensgemeinschaften zusammengefasst und herausgegeben worden sind. Diese Konzepte, die schon in einem Krankenhauskonzept schwer anwendbar sind, werden in einer therapeutischen Lebensgemeinschaft zu einer Herausforderung für alle Beteiligten.

Persönliche Erfahrungen

In den letzten zehn Jahren meiner Leitung einer therapeutische Lebensgemeinschaft (Therapeutic Community - TC), habe ich versucht meine Erfahrungen zu verstehen – vor allem auch meine Fehler – im Lichte zweier klassischer Herangehensweisen an die Gruppentherapie. In der Psychoanalyse liegt der Schwerpunkt auf unbewussten Prozessen und deren Manifestation in der Interaktion und dem Verhalten der Gruppe. Bei therapeutischen Gruppen führt dies zu Erfolg oder auch Misserfolg im Auflösen von Widerständen, Abwehrmechanismen, Übertragungen, Abhängigkeiten, Bindungen usw. Bei Gruppen, die eher auf der Verhaltensebene arbeiten, kommt noch der Umgang mit Druck bzw. innerer Anspannung hinzu.

Im systemischen Ansatz innerhalb der Gruppentherapie liegt das Hauptaugenmerk auf Regeln, Rollen, Untergruppen und Kommunikationsvernetzungen, die eine Gruppe entweder geordnet, effektiv und erfolgreich sein lassen oder Grundlage sind für jeglichen Misserfolg.

Im Lichte meiner eigenen Erfahrungen, die ich an dieser Stelle nun vorstellen möchte, möchte ich hinzufügen, dass ich die Tatsache, dass es kein Team gibt ohne eine Leitung, am eigenen Leibe erfahren musste. Obwohl diese Leiterschaft verschiedene Formen annehmen kann, ja sogar unsichtbar sein kann, ist es doch so wie *Winnicott* es ausdrückte: "So etwas wie ein Baby ohne Mutter gibt es nicht." Zudem besteht auch sicherlich die Möglichkeit, dass dort wo es eine anerkannte Leitung gibt, das Team zu einer Art von Resonanzboden wird, der die Charaktereigenschaften des Leiters verstärkt wiedergibt. Dies gilt sowohl für seine evtl. antitherapeutische Rolle im Funktionieren der Gemeinschaft, wie auch für seine therapeutische Wirkung.

Die Anfänge

In England wurde ich darin ausgebildet, eine Klinikstation als ein therapeutisches Millieu zu führen.

Zu Beginn meiner Arbeit in therapeutischer Praxis fand ich bald heraus, dass die Fälle, die zu mir überwiesen wurden, oftmals für eine Einzeltherapie nicht in Frage kamen und ganz offensichtlich einer Behandlung in einer Therapeutischen Lebensgemeinschaft bedurften. Daher begann ich ein TC Projekt zusammen mit einigen jungen Psychologen, die sich eifrig darum bemühten, sich ihr eigenes Arbeitsfeld zu gestalten und auszuprobieren, was sie an der Universität gelernt hatten. Dies war mein „Team im Embryo Stadium".

Das Modell für eine therapeutische Gemeinschaft entstand vor fünfzig Jahren in England durch *Maxwell Jones* – demokratisch, egalitär, antiautoritär, konfrontierend. Hier war zum einen wichtig, ein offenes sich erkundigen nach allen Einzelheiten, welche die Gemeinschaft sowie jedes ihrer Mitglieder betraf (*T. Main*, 1946) und zum anderen ein Lernen aus dem tagtäglichen Zusammenleben (*M. Jones*, 1968). Dies sollte nicht mit Lebensgemeinschaften Drogenabhängiger verwechselt werden, die eine strenge Hierarchie aufweisen, heutzutage jedoch auch als therapeutische Gemeinschaften bezeichnet werden.

Die TC befindet sich in Rom und ist gedacht für schwierige Menschen, die diagnostisch vor allem in die DSM IV Kategorie von Persönlichkeitsstörungen eingeordnet werden können. Es gibt 16 Plätze und etwa 16 Teammitglieder, zumeist Diplompsychologen mit Selbsterfahrung in Psychotherapie. Der Tag ist aufgeteilt in drei Schichten innerhalb von 24 Stunden, so dass am Tag drei und nachts zwei Teammitglieder anwesend sind. Jeden Dienstag findet eine Leitersitzung statt, wo wir auch an einer sogenannten „self-support sensitivity group" teilnehmen.

Wichtig ist es auch festzuhalten, dass meine Frau und ich diese therapeutische Gemeinschaft vor zehn Jahren in einer Villa auf der Via Appia Antica gegründet haben mit Platz für acht Patienten. Vier Jahre später sind wir in unsere heutigen Räumlichkeiten umgezogen und bieten

nun Platz für weitere acht Patienten. Die Leitung einer therapeutischen Einrichtung unterscheidet sich grundlegend von der einer Therapiegruppe. Die therapeutische Haltung eines Therapeuten kann seine Persönlichkeitsmerkmale verdecken, während die aktivere Rolle eines Leiters den Ausdruck von Gefühlen und die Darstellung der eigenen Sichtweise erfordert- Dinge, die sich unweigerlich auf die Arbeitsatmosphäe auswirken. Auch sollte die Wichtigkeit, fähig zu sein, die richtigen Mitarbeiter für ganz bestimmte Arbeitsbereiche auszuwählen, betont werden. In den folgenden Jahren machte ich mit der Leitergruppe wichtige Erfahrungen diesbezüglich. Auch entdeckte ich, dass die Persönlichkeit eines Leiters nicht von seiner Rolle als Leiter zu trennen ist: Hier ist Kompetenz gefragt, die Fähigkeit eine gute Arbeitsatmosphäre und Gruppenkultur zu entwickeln und zu fördern. Besonders in Stressituationen sollte es ihm möglich sein, zu seinen eigenen Gefühlen zu stehen und den Glauben an die Ziele der eigenen Arbeit zu bewahren. Stabilität, eine gewisse Reife und die Fähigkeit zur Verbindlichkeit mitbringen.

Vier Jahre lang lief die Arbeit, von einigen Misserfolgen abgesehen, recht erfolgreich. Nach und nach schlossen sich uns einige junge Psychologen an, die sich ziemlich schnell mit der Arbeit identifizieren konnten und sich wie die „Besitzer" fühlten. In der täglichen Routine gab es keine Veränderungen, mit den Gruppentherapien am Morgen und verschiedenen Aktivitäten am Nachmittag.

Langsam aber sicher verlotterten jedoch sowohl das Haus als auch die Dinge, die dort passierten. Es schien, als ob die Gemeinschaft den kranken seelischen Zustand einiger Bewohner widerspiegelten: unberechenbar, chaotisch und irrational. Die Gruppen waren gestört und nicht therapeutisch. Das Team hatte Schwierigkeiten klar zu denken. Es machte sich eine laissez-faire Atmosphäre breit, wo keiner mehr recht einsah, dass Ordnung, Sauberkeit, eine gewisse Struktur und der Frieden im Haus unzureichend geworden waren; mehr noch, nicht jeder der „Besitzer" übernahm auch gleichermaßen Verantwortung für das Haus.

Es war für mich sehr schwierig, diesem Trend entgegenzuwirken. Das wahre Hindernis, das dem entgegenstand, die Dinge wieder in den Griff zu bekommen, lag in Wirklichkeit bei mir selber, im Wahrnehmen meiner Autorität in der Rolle des Leiters.

Aufgewachsen mit einem sehr autoritären Vater, identifizierte ich mich sehr mit ihm, vor allem da er auch noch sehr früh verstarb. Dies führte dazu, dass ich als Lösung für meine Ambivalenz ihm gegenüber eine Reaktionsbildung von Antiautorität entwickelte. Meine Autorität als Leiter wahrzunehmen hätte bedeutet, dass ich mich selbst und den Vater in mir unbewusst meinem Hass ausgesetzt hätte, den wiederum ich auf meine Untergebenen projizierte. Das würde erklären, warum ich nicht das Recht in Anspruch nahm, Teammitglieder, die nicht den Anforderungen entsprachen, direkt damit zu konfrontieren.In der Tat tendierte ich eher dazu, die Situation zu rationalisieren, wobei einige zu dieser Zeit nützliche Theorien dazu herhalten mussten. Einer meiner Lehrer beispielsweise meinte, dass wir alle als Mitglieder der therapeutischen

Gemeinschaft (Team wie auch Patienten) auf eine Art krank wären, nur einige von uns wären kränker als andere. So gab ich mich der Einbildung hin, ich hätte die Neurose in allen von uns zu respektieren und zu warten bis die Gemeinschaft sie heilen würde. Am Ende wäre es falsch irgend jemanden zu entlassen. Ich ging sogar noch etwas weiter und benutze diese Ansicht auch für therapeutische Zwecke. Da wir alle krank wären, so predigte ich, gehöre das Team als Gruppe wie auch die Gruppe der Patienten zur selben Matrix psychischer Krankheit. Somit wäre es plausibel, dass das Team als Gruppe in ihren Interaktionen, die Krankheit in der Patientengruppe reproduzieren würde (im Sinne der Spiegelung gemäß *S.H. Foulkes*, 1975).

Es ist tatsächlich so, dass man eine Spiegelung der Patientengruppe in der Gruppendynamik des Teams wiedererkennen kann. Als Beispiel sei hier genannt: Eine ganze Weile beschwerten sich Teammitglieder, dass die meisten Patienten zur Therapie entweder zu spät kamen oder während der gesamten Gruppentherapie schliefen und einige sogar überhaupt nicht auftauchten. Was sich in einer Gruppenanalyse herausstellte, war die Tatsache, dass in letzter Zeit die Aufmerksamkeit der Teammitglieder gegenüber dem Verhalten der Patienten nachgelassen hatte. Signale der Unzufriedenheit, wie zum Beispiel dreckige Zimmer, Zigarettenkippen überall verstreut, morgendliches Verschlafen, usw. wurden nicht länger als Kommunikation von Unwohlsein erkannt. In der Tat war es so, dass einige der Teammitglieder zu spät zur Arbeit kamen und sich sogar zu den Therapiesitzungen verspäteten.

Dies zeigt auf, dass eine Interpretation des negativen Therapeutenverhaltens als Spiegelung der Patientengruppe von Teammitgliedern selbst auch als Widerstand gegen möglichst situationsbezogenes und angemessenes Verhalten ihrerseits verwendet werden kann.

In anderen Worten, als die Teammitglieder ihre fehlendes Verantwortungsgefühl oder ihre Unfähigkeit hinter dem Phänomen der Spiegelung versteckten, manifestierten sie dieselbe Abwehr wie ihre Patienten, wenn diese ihren Verantwortlichkeiten aus dem Wege gingen- sie waren ja krank, bzw. in der Rolle des Kranken.

Eine andere Möglichkeit der Rationalisierung, die an die Stelle der Verantwortlichkeit des Leiters für die Einstellung seiner Teammitglieder tritt, hat mit einer anderen Theorie zu tun. Man kann sich das Team einer therapeutischen Lebensgemeinschaft als das pulsierende Herz eines lebendigen Organismus vorstellen, bei dem der Leiter die Stellung des Schrittmachers innehat. Während der Diastole herrscht Chaos und die damit einhergehende Kreativität ist erlaubt bis zu dem Punkt, wo ein Herzstillstand sozusagen unvermeidbar wird. Genau dann schreitet der Leiter ein, der ja den Schrittmacher für das gesamte System darstellt, indem er auf eine autoritär systolische Weise die Dinge mit Einführung neuer Regeln strafft (in diesem Falle könnte sich dann die Identifikation mit meinem Vater zeigen, ohne die ansonsten begleitenden Schuldgefühle).

Die Dinge veränderten sich sehr plötzlich, als wir von der Villa auf der Appia Antica in eine Villa mit weniger Ausstrahlung am Stadtrand von Rom

umzogen. Fünf verschiedene Begebenheiten machten sich bezüglich der Veränderung der Atmosphäre in der TC bemerkbar. A) Nicht ein einziger von uns als Team wollte sich mit dem Verlust unseres Zuhauses auseinandersetzen und somit nahm auch niemand zur Kenntnis, dass sich in unserem Leben bald für jeden einzelnen von uns einschneidende Veränderungen einstellen würden. B) Meine Frau war schwanger und bekam das Baby am selben Tag wo die TC umzog. C) Ich bat alle für ihren Kaffee und die Telefonbenutzung selbst zu bezahlen. D) Mein Analytiker starb im selben Sommer. E) Die Anzahl der Patienten stieg innerhalb kürzester Zeit an auf 14. Dasselbe galt auch für die Anzahl der Teammitglieder. Außerdem kamen noch zwei Krankenschwestern hinzu.

Bei all diesen Veränderungen war wohl für die Zukunft unserer Einrichtung die Veränderung bezüglich der Gruppengröße die wichtigste. In ihren Anfängen war die Gemeinschaft eine kleine Einrichtung. Hier konnte eine überschaubare Gruppe von Patienten betreut werden. Die hingegebenen jungen Psychologen und Erzieher konnten sich ihnen in einer familiären Atmosphäre widmen und taten alle ihr Bestes.

In der kleinen TC hatten unsere Bemühungen die Stärkung des Ichs unserer Patienten zur Folge und halfen ihnen ihre individuellen Abwehrmechanismen durch reifere zu ersetzen. In der größeren Gruppensituation konnte weniger instinktiv gearbeitet werden, hier ging es eher um Lernprozesse. Die Richtung die das ganze angenommen hatte, war nun eigentlich eine der Psychoanalyse entgegengesetzte. Anstatt den Kontext zugunsten der Beziehung auszuschließen, gewann dieser enorme Wichtigkeit. Tatsächlich ist es so, dass in großen Gruppen eine Exploration des Bewussten und nicht des Unbewussten stattfindet. Im Dialog lernt ein Mensch zu kommunizieren und die menschlichen Dimensionen in sich selbst und anderen zu entdecken, welche sein Selbst bereichern und ihn reifen lassen. Bateson würde dies folgendermaßen ausdrücken: Der Einzelne lernt das zu lernen, was wichtig ist, um fähig zu sein in seiner spezifischen Umgebung gut leben zu können.

Da die Großgruppe eher dem Selbst als dem Ich des Einzelnen dient, stellt diese auch dem Über-Ich neue „cultural agencies" bereit. Aus diesem Grunde beschäftigten wir uns in unserer größeren TC vorrangig mit der Therapie der Organisation, während in der kleineren Gemeinschaft der Hauptaugenmerk auf der Organisation der Therapie lag. Im größeren Rahmen wurden die Umgebung und der Kontext - d. h. die restlichen 23 Stunden eines Tages wichtiger als der Inhalt des interpersonellen Geschehens.

Was zu Anfang das hauptsächliche Therapieinstrument darstellte (die Gruppe), wurde nun selbst zum Objekt der Behandlung.

Betrachtung der Gruppe aus psychologischer und systemischer Sicht

Wie auch immer man es betrachtet, wegen dem unglücklichen Zusammentreffen dieser fünf Begebenheiten brach Unzufriedenheit mit der Leitung aus. Auf psychoanalytischer Ebene könnte man sagen, dass dies aus Vermeidung

von Gefühlen der Depression resultierte, hervorgerufen durch Eifersucht und Wut auf die guten Ergebnisse, die das Ehepaar auf Kosten des Teams erzielen würde. Eine andere Erklärung wäre die Übertragung omnipotenter Phantasien auf mich, wie beispielsweise: „Er kann alles." Dies wandelte sich in „Er will absichtlich nichts für uns tun: er verrät uns." Auf jeden Fall kam es zu Enttäuschung und Bitterkeit über den Verlust der idealisierten Familie. Interessant war jedoch, dass die Beschwerden des Teams denen der Patienten gegenüber den Teammitgliedern sehr ähnelten (eine Verschiebung der Spiegelung auf mich).

Aus systemischer Sicht könnte man die Situation anders betrachten. Als Ergebnis unzureichender Kommunikation der Teammitglieder untereinander, die ihrer Unzufriedenheit auf den Korridoren Luft machten, anstatt sie in die dafür vorgesehenen Diskussionsforen einzubringen, fehlte es im System an Feedback.

Tatsächlich explodierte das ganze eines Tages in einer ausgesprochen stürmischen Leitersitzung. Eine Art Untergruppenleiter, der im voraus in einer geheimen Teamsitzung gewählt worden war, konfrontierte und attackierte mich aufs Schärfste. Mein Team wurde ganz offensichtlich erwachsen. Sie wollten mich und meine Frau nicht länger als Leiter ihrer Gruppe anerkennen, sondern betrachteten uns nur mehr als ihre Arbeitgeber, als ob sie damit sagen wollten: „Ihr seid nicht länger unsere liebe Mami und Papi, und wir lieben euch als Eltern nicht länger. Von nun an sehen wir euch ausschließlich als unsere „Brötchengeber".

Von der psychoanalytischen Warte aus betrachtet, könnte dies als kindischer Vorwurf betrachtet werden: Wir brachten nicht den Messias, um es mit den Worten *Bion*'s auszudrücken. Aus systemischer Sicht war es notwendig die Rolle jedes Einzelnen im System klarer zu umreißen. Auch die Ziele und der Auftrag des Systems selbst als Institution mussten erneut klar umrissen werden.

Von diesem Zeitpunkt an haben einige Veränderungen dazu beigetragen, die Arbeitsbedingungen zu verbessern: neue Arbeitsbeschreibungen, neue interne Vorschriften, neue Diskussionsforen, eine neue Strukturierung der Arbeitswoche und die Einführung einer hochentwickelten Software, die nach drei Jahren erbitterten Widerstandes nunmehr als unentbehrlich gilt. Die Teamgruppe konsolidierte sich und acht Jahre lang verließ uns keiner von ihnen. Bis letztes Jahr, wie es auch in der Biologie nach einer Latenzperiode geschieht, in dem fünf Teammitglieder innerhalb von sechs Monaten ausschieden. Mit fünf neuen jungen Teammitgliedern hatte sich eine völlig neue Situation entwickelt, mit sowohl positiven als auch negativen Konsequenzen auf die Arbeit an sich. Interessant ist auch, dass sich die Verweildauer der Patienten inzwischen auf einen Durchschnitt von 18 Monaten verringert hat.

Schlussfolgerungen

Ich habe die Guppendynamik der von mir gegründeten TC über zehn Jahre hinweg studiert. Die Kräfte, die ihre Strukturen und Organisation lenken, sind absolut abhängig von der Qualität und Quantität des Informationsflusses innerhalb des Systems, sowie von der Führung ihres Leiters als dem Hauptträger der Kultur der Institution. Wie jeder andere lebende Organismus auch, kann eine Institution gesund oder krank sein, abhängig davon, ob sie fähig ist, neue Organisationsformen zu entwickeln, um mit ihren Problemen effektiv umzugehen. Ein so differenziertes Bewusstsein der verschiedenen bewussten und unbewussten Dynamiken wie nur möglich, ist daher von fundamentaler Wichtigkeit für ein Verständnis und ein adäquates Umgehen mit den Anforderungen der Umwelt.

Tatsächlichen können wir Institutionen als Systeme betrachten, welche aus Untergruppen bestehen, mit klaren Rollenverteilungen, klaren Regeln, klar umrissenen Aufgaben und zusammen gehalten werden durch effektive Kommunikation. Aus dieser Perspektive, kann man die therapeutische Gemeinschaft als ein „informationsverarbeitendes System" mit der letztendlichen Absicht neue Arten von Ordnungsstrukturen zum Wohle aller zur Gemeinschaft Gehörenden zu schaffen.

Insbesondere eine Gefühle bearbeitende therapeutische Gemeinschaft ähnelt sehr einem lebenden Organismus. Hier ist es jedoch von äußerster Wichtigkeit, diesen Gefühlen, und wenn irgend möglich auch den unbewussten Prozessen (*A. Obholtzer*, 1994), Worte zu verleihen, da diese sonst die Arbeitsatmosphäre beeinflussen.

Probleme können in einer therapeutischen Gemeinschaft sowie in anderen Organisationen aus verschiedenen Gründen entstehen. Aus systemischer Sicht: Wenn sowohl das Verhalten der Menschen als auch die Konsequenzen für die Übertretung von Regeln kaum vorhersehbar sind; wenn das Feedback ins System unzureichend ist und der Kommunikationsfluss unterbrochen; und wenn die Organisation und die Strukturen nicht durch effektive Kommunikation koordiniert werden.

Aus psychoanalytischer Sicht kann es zu Schwierigkeiten kommen, wenn die Menschen in ihrer Zusammenarbeit sich ihrer emotionalen Involvierung und ihrer Schwierigkeiten nicht bewusst sind. Dies gilt ganz besonders in der Arbeit mit schwerstgestörten Menschen in einer therapeutischen Lebensgemeinschaft. Übertragungen auf die Institution als Ganzes und auf ihre Leitung können, wenn sie unentdeckt bleiben, zu Schwierigkeiten führen. Auf der anderen Seite tendieren unreife Mitarbeiter oft zu Idealisierung der Organisation und infolge von Enttäuschung zu Entwertung oder zum Versuch einer Spaltung der Gruppe. Aufgrund von Eifersucht oder einem Gefühl verraten worden zu sein, kann es bei jedem unreiferen Mitarbeiter zu Gefühlen von Bitterkeit kommen, die dieser dann durch Jammern und Klagen insgeheim ausdrückt, anstatt dies in der Gruppe

zu bearbeiten, was wiederum zur Sabotage der Gesundheit der gesamten Organisation führt.

Eine therapeutische Lebensgemeinschaft unterscheidet sich jedoch von anderen Organisationen derart, dass diese sich mit menschlichem Wachstum und mit Methoden des Umgangs mit emotionalen Problematiken beschäftigt. Wenn sie, gleich einer Familie, Probleme hervorbringt und lehrt diese zu lösen, fordert sie auch, genauso wie eine Familie, von all ihren Mitgliedern, Team und Leiter eingeschlossen, erwachsen zu werden und diese Dinge gemeinsam anzupacken. Das ist der Grund, warum wir, die wir in einer solchen Gemeinschaft arbeiten, diese von Herzen lieben und jederzeit dazu bereit sind, sie aufs energischste zu verteidigen.

Literatur:

Bateson, G. (1976): La pianificazione sociale e il concetto di deutero-apprendimento. In: Verso un ecologia della mente. Adelphi Edizioni-Milano p. 195-215
Bion, W. R. (1961): Experiences in Groups, Tavistock, London
Brook, A. (1993): The impact of Tom Main. Therapeutic Communities-The Int. J. of Therapeutic and Supportive Organizations. Vol.14 9.4 p. 205-212
De Maré, Pat (1991): Koinonia. H. Karnac Books Ltd
Foulkes, S.H. (1975): A short outline of the therapeutic processes in Group Analytic Psychotherapy. Group Analysis Vol.8 p.63-69
Jones, M. (1968b)„ Social Psychiatry in Practice. Penguin: Harmondsworth
Kennard, D. (1998): An Introduction to Therapeutic Communities. Jessica Kingsley Publishers Ltd: London
Main, T. (1946): The Hospital as a Therapeutic Institution. Bulletin of the Menninger Clinic, 10, p.66
Obholtzer, A. (1994): The unconscious at work. Routledge, London
Rappaport, R.N. (1960): Community as a Doctor in New Perspectives on a Therapeutic Community, Tavistock Publications, London, 1960, pp. 51–64
Winnicott, D. (1982): the maturational processes and the facilitating environment. London: The Rogarth Press

Adress of the author:

Aldo Lombardo
Communità R. Gledhill
Via Trilussa, 41
00041 Albano Roma
Italia

Vergleich der Therapiekonzepte von Borderline-Persönlichkeitsstörungen von Marsha Linehan und Günter Ammon ***

Anette Binder*, Daniel Hermelink** (München)

The psychoanalytically oriented conception of the borderline personality disorder of Günter Ammon is based on his humanstructural model (1976). In this model the surrounding group is seen as a crucial factor for the development of personality in its physiological and pathological expression. Consequently the use of therapeutic groups is important in order to redevelop those – mainly emotional - deficits a borderline-patient has. For some years the dialectical-behavioral therapy (DBT) developed by Marsha Linehan as a behavioral approach has increasingly agained attention. DBT is based on a biosocial theory of personality-organisation. According to that patients with a borderline-personality-disorder suffer from a dysfunctional regulation of emotions. The authors compare Ammons conception with the DBT showing similarities and differences concerning the concept of illness, the importance of the therapeutic contact and therapeutical strategies, the aspects of groups, and therapeutic aims.

Linehan-Konzept

In den 90iger Jahren entwickelte *Marsha Linehan (Linehan*, 1987, 1996), das Konzept der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) aus ihrer jahrelangen einzeltherapeutischen Arbeit mit parasuizidalen Patientinnen. Statistisch gesehen hatten diese Patientinnen zu 75% die Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, weswegen *Linehan* ihr Konzept auf diese Diagnosegruppe erweiterte und stets von Patientinnen spricht. Dabei ergänzte sie ihre ursprünglich rein kognitiv-verhaltenstherapeutische Einzeltherapie um die Dimension der Intuition, den empathischen Kontakt, Wechsel von Wärme und Akzeptanz mit Konfrontation u.ä. Für das Erlernen spezieller Fertigkeiten wurde zusätzlich eine Gruppe eingeführt.

Krankheitskonzept

Die DBT basiert auf einer biosozialen Theorie zur Entstehung der Borderline-Persönlichkeitsstörung: Grundlage ist eine – biologisch determinierte – Fehlregulation des emotionalen Systems mit hoher emotionaler Verletzbarkeit und der Unfähigkeit, Gefühle zu steuern. Dabei werden bereits kleine Frustrationen mit starken Gefühlen beantwortet, die zudem eine verlangsamte Rückbildungstendenz zeigen. Dies bedingt akut auftretende Spannungszustände, die subjektiv als kaum kontrollierbar

* Dr. med. Assistenzärztin des Bezirkskrankenhauses Taufkirchen/Vils, Mitarbeiterin des Lehr- und Forschungsinstituts der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V., München

** Assistenzarzt der Klinik Menterschwaige, München

*** Vortrag gehalten auf dem 13. Weltkongress der WADP, XXVI. Internationales Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V., 13.–17. März 2001, München

erlebt werden, was zu einer verstärkten Vermeidung negativer Emotionen führt. Durch anhaltende Vermeidung kann aber keine Neuerfahrung und damit Verhaltensänderung stattfinden.

Auf dem Boden dieser biologischen Faktoren kommt eine Umgebung hinzu, die diese Verhaltensmuster invalidiert. Invalidierend meint, dass situationsadäquate Wahrnehmungen und Emotionen des Kindes missachtet, verzerrt oder gar bestraft werden. Es erfolgt daher auch keine sinnvolle Hilfestellung aus der Umgebung.

Die Folgen einer solchen – invalidierenden – Umgebung sind, dass das Kind nicht lernt, dass unangenehme Situationen ertragen werden können, sondern es macht vielmehr die Erfahrung, dass erst extreme Gefühlsäußerungen und/oder extreme Probleme beachtet werden. Es kann seine emotionale Reaktion nicht adäquat benennen oder kontrollieren. Letztlich sucht das Kind ständig in der Umwelt nach Hinweisen, wie es denken, fühlen oder handeln soll.

Hieraus sind die bekannten Symptome der Borderline-Persönlichkeitsstörung als sekundär entstandene erlernte Problembewältigungsversuche erkennbar: Borderline-Patienten sind emotional sehr verletzbar, entwerten sich ständig selbst, leben in ständigen Krisen, neigen zu passiven Problemlösestrategien und zeigen in manchen Bereichen scheinbare Kompetenz. Individuelles Verhalten und Umweltbedingungen stehen in dauernder wechselseitiger Abhängigkeit und Interaktion.

Die DBT sollte eine Verhaltensänderung bewirken, um extreme Emotionalität und fehlangepasste stimmungsabhängige Verhaltensweisen zu verändern. Ein wichtiger Therapieteil besteht im Fertigkeitentraining: Fertigkeiten, in Konfliktsituationen kompetenter zu reagieren, Erhöhung der Selbstregulationsfähigkeit unerwünschter Emotionen, so dass es möglich wird, unangenehme Situationen bis zur Veränderung auszuhalten und Gefühle zu erleben anstatt Emotionen zu verhindern.

Um die Gefahr der neuerlichen Invalidierung zu minimieren ist es wichtig, dass der Therapeut sich ständig der – hinter der DBT stehenden - dialektischen Prinzipien bewusst ist, um der Neigung der Patientin zur Dichotomisierung, d.h. in schwarz-weiß Kategorien zu denken, entgegenzuwirken. Hier spiegelt sich der zen-buddhistische Hintergrund *Marsha Linehans* wider, die sich in der Haltung des Therapeuten wiederfinden sollte. Ziel des Therapeuten muss sein, eine Synthese zwischen entgegengesetzten Polaritäten (These und Antithese) herzustellen, da die Patientin dies nicht kann.

Diese – eher philosophischen – Grundsätze der Dialektik drücken sich in der Forderung an die hohe Flexibilität des Therapeuten aus. Er muss in eine flexible Interaktion treten, bei der er die Reaktionen der Patientin genau beobachtet und bereit ist, eine Synthese zwischen unterstützender Akzeptanz einerseits und Konfrontation und Forderung nach Veränderung andererseits herzustellen.

Zu diesen Basisstrategien der Dialektik und "Validierung", kommen noch allgemeine verhaltenstherapeutische Prinzipien wie Kontingenz-

management, Emotionsexposition und kognitive Umstrukturierung hinzu. Grundlegend ist immer eine genaue Mikroanalyse des Verhaltens, der situationsauslösenden Bedingungen und der aufrechterhaltenden Mechanismen. Dementsprechend wird die Behandlung strukturiert und neue Verhaltensweisen angewandt.

Das DBT-Gesamtkonzept besteht aus folgenden Hauptmodulen:

- Einzeltherapie über ca. zwei Jahre mit 1-2 Wochenstunden,
- wöchentlich stattfindendes Fertigkeitentraining in der Gruppe für die Dauer von 6-12 Monaten
- Telefonberatung,
- wöchentliche Supervisionsgruppe (der Therapeuten)
- fakultative Gruppentherapie
- begleitende Therapien (Medikamente, Selbsthilfegruppen u.ä.)

Die Therapie ist dabei in mehrere Phasen eingeteilt, innerhalb derer eine – klar definierte – Hierarchie der Therapieziele besteht, wobei der Reduzierung von parasuizidalem und suizidalem Verhalten höchste Priorität zugeordnet ist bis hin zur Steuerung von Emotionen, Steigerung der Belastungsfähigkeit etc.

Die Vorbereitungsphase dient der Diagnostik und Informationsvermittlung über das Krankheitsbild, Zielanalyse und Motivationsklärung.

Im ersten Teil der Therapie werden diejenigen Problembereiche bearbeitet, die in direktem Zusammenhang mit Suizidalität, Therapiegefährdung oder Beeinträchtigung der Lebensqualität stehen. Um Verhaltensdefizite abzubauen müssen neue, funktionalere Fertigkeiten erlernt werden. Da dies den Zeitrahmen der Einzeltherapie sprengen würde, hat *Linehan* ein Fertigkeitentraining in der Gruppe eingeführt. Wesentliche Inhalte hierbei sind das Erlernen von "Innerer Achtsamkeit", "Emotionsregulation", "Problemlösetechniken", "Stresstoleranz", "Interpersonelle Kompetenz" und "Selbstmanagement", deren Anwendung in der zweiten Therapiephase notwendig sind, in der die traumatisierenden Erfahrungen bearbeitet werden.

Bekanntermaßen haben 75% der Borderline-Patientinnen reale Traumatisierungen erlitten (*Stone*, 1981). Um sich mit diesen Traumata zu konfrontieren, benötigt die Patientin eine gewisse Stabilität ohne die sie schnell in z.B. suizidales Verhalten "zurückfallen" würde. Die Verbindung zwischen aktuellem Verhalten und früheren traumatischen Erlebnissen wird exploriert, die Therapie konzentriert sich aber auf die aktuellen Gedanken, Gefühle und Verhaltensweisen und deren Akzeptanz und Veränderung.

Die dritte Phase konzentriert sich auf die Stärkung des Selbstvertrauens und die Fähigkeit, eigenes Fühlen und Tun ernstzunehmen und die Wertschätzung für die eigene Person nicht mehr vom Therapeuten abhängig zu machen. Es gilt, die in der Therapie erlernten Fähigkeiten und Fertigkeiten auf Situationen außerhalb zu generalisieren und bei Überforderung und Misserfolg um Hilfe bitten zu können, wozu vom Therapeuten telefonische Erreichbarkeit gefordert wird.

Nach *Linehan* leiden Borderline-Therapeuten häufig am Burn-Out-Syndrom, weswegen - wöchentliche - Teamsupervisionen unabdingbar sind.

Zusätzliches fakultatives Behandlungsmodul der DBT ist die Möglichkeit, an einer stützenden Gruppe teilzunehmen, dabei werden aktuelle Beziehungsaspekte der Gruppenteilnehmerinnen untereinander thematisiert.

Zusammenfassung

Zusammenfassend ist zu sagen, dass die DBT eine verhaltenstherapeutisch orientierte Therapie ist, die auf dem Boden eines biosozialen Krankheitskonzeptes eine Modifizierung dysfunktionaler Verhaltensweisen anstrebt.

Ammons Menschenbild und Krankheitskonzept

Fast zeitgleich mit *Otto Kernberg* hat *Ammon* 1976 seine Konzeption des Borderline-Syndroms veröffentlicht. Er beschreibt das Borderline-Syndrom als eine "archaische Ich-Erkrankung", die auf einem "gleitenden Spektrum" zwischen Neurose und Psychose angesiedelt ist. Sein grundlegendes Persönlichkeitsmodell, das Humanstrukturmodell, vereint biologische, gruppendynamische, energetische, und strukturelle Aspekte. Die Humanstruktur ist in drei Substrukturen gebündelt, wobei alle Humanfunktionen der drei Subsysteme in einem synergistischen, sich wechselseitig regulierendem und dynamischen Zusammenhang stehen: Die primäre Humanstruktur umfasst den gesamten körperlich-biologischen Bereich des Menschen. Zu der zentralen, vorwiegend unbewußten Struktur der Persönlichkeit gehören Humanfunktionen wie Aggression, Angst, Abgrenzung, Narzissmus, Kreativität, Körper-Ich, Gruppenfähigkeit u.a.. Das Unbewusste koordiniert, reguliert und integriert die Gesamtpersönlichkeitsstruktur des Menschen. Der sekundären Substruktur ordnet *Ammon* Fähigkeiten und Fertigkeiten zu, die den Kontakt zur Realität herstellen und vorwiegend bewusst sind.

Humanfunktionen entwickeln sich nach *Ammon* ontogenetisch durch die den Menschen umgebenden Gruppen und sind genuin konstruktiv angelegt. Energetische Grundlage dieses strukturbildenden Prozesses ist die Sozialenergie, die sich in der Quantität und Qualität aus dem Grad der Beziehungs- und Auseinandersetzungsfähigkeit der umgebenden Gruppe ergibt. *Ammon* spricht hier von einem sozial-energetischen Feld, das insgesamt konstruktiv, destruktiv oder defizitär ausgeprägt sein kann. Je nachdem, ob Menschen in ihren Gruppen psychisch gefördert, behindert oder vernachlässigt werden, nimmt die Entwicklung der Humanfunktionen einen konstruktiven, destruktiven oder defizitären Verlauf. Die Entwicklung dieser Struktur vollzieht sich an den Grenzen von Ich, Gruppe und Gesellschaft. Die Humanstruktur ist somit Ergebnis aller

verinnerlichten bewussten und unbewussten Erfahrungen von Beziehungen in Gruppen. Zentral strukturierend ist die Primärgruppe des Menschen. Die Humanstruktur kann so als manifestierte Sozialenergie betrachtet werden, sie unterliegt sozialenergetischen Einflüssen und ist dadurch lebenslang veränderbar.

Krankheitskonzept

Ammon versteht die Borderline-Erkrankung als eine archaische Identitätsstörung, von der zentrale Persönlichkeitsanteile bzw. Humanfunktionen betroffen sind, v.a. die Humanfunktionen der Ich-Abgrenzung, der Aggression, der Angst, des Narzissmus, der Sexualität und besonders der Integrationsfähigkeit. Die gestörten zentralen Humanfunktionen (was *Ammon* oft anschaulich als "Loch im Ich" bezeichnete) werden häufig fassadär überdeckt durch die oft überkompensierten sekundären Verhaltens-Humanfunktionen und archaische Abwehrfunktionen. Der borderline-kranke Mensch bleibt oft relativ unauffällig, solange er narzisstische Zufuhr von der ihn umgebenden Gruppe erhält; werden jedoch an ihn Identitätsanforderungen gestellt, kann er psychotisch, destruktiv oder dissozial reagieren.

Die spezifisch gestörte Entwicklung der Humanstruktur bei der Borderline-Erkrankung kann also gruppendynamisch und psychogenetisch verstanden werden. Die Primärgruppendynamik von Borderline-Patienten ist durch ein überwiegend destruktiv-defizitäres sozialenergetisches Feld charakterisiert: Oft bekommt das Kind nur Unterstützung und sozialenergetische Aufmerksamkeit im Bereich der Leistung und der Realitätsbewältigung; für seine Entwicklungsschritte im eigenen Recht hin zu eigener Standpunkthaftigkeit und Abgrenzung und in seinem emotionalen Bereich wird es alleine gelassen. Das Verhalten der Primärgruppe gegenüber dem Kind ist oft wechselhaft, ethische Werte und Ziele werden oft nicht ausreichend vermittelt.

Das Identitätsverbot drückt sich in Form eines unbewusst vermittelten Wahrnehmungs- und Kontaktverbots nach außen aus. Das Kind wird häufig emotional ausgebeutet, oft darf die Realität nur mit den Augen der anderen wahrgenommen werden. Diese falsche Realitätswahrnehmung und das Identitätsverbot wird vom Kind verinnerlicht.

Die Störung beginnt bereits vor dem 3. Lebensjahr, in der Zeit der für die Identitätsbildung wichtigen Abgrenzung aus der Symbiose. Jeder Schritt aus der Symbiose heraus ist mit Schuldgefühlen und Angst besetzt, da er nicht freundlich-tragend von den Bezugspersonen unterstützt wird. Der Kern aller Angst des Borderline-Patienten ist eine Todes- und Identitätsangst, die eine tiefe Verlassenheitsangst ist, Angst vor Abgrenzung, vor möglichem Heraustreten aus der Symbiose.

Therapie und therapeutische Beziehung

In der Therapie geht es nicht in erster Linie um eine Beseitigung der Symptome, sondern darum, den Patienten zu sich selbst und zu seiner Umgebung beziehungsfähig zu machen, ihn aus seinen Vernichtungs- und Verlassenheitsängsten und seinen Einengungen zu befreien und eine Integration aller Aspekte seiner Persönlichkeit zu erreichen, d.h. nachholende Ich-Entwicklung. Wichtig ist dabei, die Symptomebene soweit als möglich zu ignorieren und vielmehr die dahinter liegende Wut, Angst, Verlassenheit und Einsamkeit im therapeutischen Kontakt anzusprechen. Insbesondere die übermäßig starke destruktive Angst muss empathisch nachempfunden werden, dem Patienten muss aber auch geholfen werden, die Angst zu ertragen und durchzustehen, was häufig ein Wendepunkt in der gesamten Therapie bedeutet.

Der Borderline-Patient durfte sich nie angst- und schuldfrei aus der Symbiose trennen, weshalb er in seinem Leben meist symbiotische Partnerschaften herstellt. Bei Identitätsanforderungen wie Prüfungen, Trennungen in Beruf oder Partnerschaft, was einem Heraustreten aus einer Symbiose entspricht, bricht seine Als-Ob-Fassade zusammen. Hieraus wird verständlich, dass *Ammon* der Trennungsbearbeitung große Bedeutung beimisst. Der Therapeut muss freundlich gewährend die Angst des Patienten bei sämtlichen Identitätsanforderungen tragen, ihn unterstützen und ihm ggf. Hilfs-Ich-Funktionen zur Verfügung stellen.

Der Therapeut muss Interesse am Patienten, an seiner Einzigartigkeit und an seinen konstruktiven und kreativen Möglichkeiten haben. Er sollte bereit und in der Lage sein, mit dem Patienten in Beziehung zu treten, sich der realen Auseinandersetzung zu stellen. Nicht zuletzt sollte der Therapeut selbst emotional erreichbar sein: "Erst wenn der Therapeut betroffen ist durch diese Patienten, kann er sicher sein, dass er als ein von ihnen erreichter auch sie erreicht hat" (*Ammon G.*, 1989).

Vergleich Linehan / Ammon

Es mag zunächst überraschen, dass zwischen den Konzepten von *Linehan* und *Ammon*, die aus so unterschiedlichen Schulen entwickelt wurden, trotz aller konzeptionellen und behandlungsmethodischen Unterschiede eine Vielzahl von Gemeinsamkeiten festzustellen sind, die in vielen Punkten auch den allgemein anerkannten zentralen Elementen einer Borderlinetherapie entsprechen, wie sie *Waldinger* 1987 formuliert hat.

Gemeinsame Punkte sind u.a. der Aufbau eines stabilen Behandlungsrahmens, die starke Betonung der therapeutischen Beziehung mit einer eher aktiven Haltung und ständigen Erreichbarkeit; ein verstehender, akzeptierender, haltender Raum für die Gefühle der Patienten, aber auch ein ernstnehmender, konfrontativer Umgang v.a. mit selbstzerstörerischem Verhalten; das Herstellen einer Verbindung zwischen Gefühlen und

• Wärme, Güte, Unterstützung und Bestätigung neben aktiver – auf einen Wandel des Verhaltens – ausgerichtete Rolle des Therapeuten
• Forderungen an den Therapeuten (Ernstnehmen, Erreichbarkeit, Akzeptanz, Authentizität, frei von Kategorien, keine moralische Instanz)
• Notwendigkeit der ständigen Erreichbarkeit des Therapeuten
• Ermöglichung einer realen Auseinandersetzung mit dem Therapeuten
• Setzen von Grenzen

Tabelle 1: Therapeutische Beziehung

Handlungen; die Unterstützung, Gefühle auszuhalten und Distanz zu ihnen zu gewinnen; das Setzen und Einhalten von Grenzen; ein strukturierter Umgang mit den Gefühlen des Therapeuten und eine Betonung des "Hier und Jetzt". Gemeinsam sind auch ein prinzipienorientiertes Vorgehen, eine Veränderungs- und Zielorientierung, wenn auch die Ziele unterschiedlich sind; die Einbeziehung von Gruppen in die therapeutische Arbeit; die Betonung der Supervision; die Bereitschaft, Patienten auch für längere Zeit zu "tragen", sowie - mit Einschränkungen - ein therapeutischer Optimismus.

Bei beiden Konzepten sind, wenn auch in unterschiedlicher Weise, psychoedukative und pädagogische Elemente enthalten, dies nicht zuletzt aus der Erkenntnis, dass vor allem die schwerer gestörten Borderline-Patienten reale Defizite in ihren Fähigkeiten zur Lebensbewältigung haben (z.B. Umgang mit Freundschaften, Beziehungen und Konflikten am Arbeitsplatz, Umgang mit Behörden, Lern- und Arbeitsverhalten), die nicht nur Ausdruck innerer Konflikte sind, sondern oft nicht gelernt wurden, da ein soziales Lernen überhaupt in den früheren Lebensgruppen nur fragmentarisch stattgefunden hat (*Lohmer*, 2000).

Trotz dieser Gemeinsamkeiten bestehen aber zwischen beiden Therapiekonzepten erhebliche Unterschiede im Menschenbild und Krankheitsverständnis, in der Behandlungsmethodik, in den therapeutischen Zielen und v.a. im Gruppenverständnis.

Linehan	Ammon
• Biosoziales Konzept: biologisch determinierte Fehlregulation des emotionalen Systems (Vulnerabilität) plus invalidierende Umgebung • Defizitkonzept (Erlernen von Coping- Stragegien)	• Biopsychosoziales Konzept: Humanstrukturmodell mit primären (biologischen), zentralen und sekundären Humanfunktionen • Archaische Ich-Erkrankung, gleitendes Spektrum • Sozialenergetisches und gruppendynamisches Entwicklungsmodell: Gruppenabhängig von Humanstruktur und Identitätsentwicklung • Konzept der Mehrdimensionalität • Unbewusstes als Entwicklungspotential

Tabelle 2: Menschenbild und Krankheitskonzept

Bei *Linehan* wird von einer biologisch bedingten Störung der Emotionsregulation ausgegangen. Der Patient wird damit tendenziell invalidisiert. Er kann lediglich lernen, mit dieser Störung besser umzugehen. Auch *Ammon* hat die Existenz biologischer Faktoren in seinem Humanstrukturmodell implementiert, allerdings betont er in seiner Konzeption die Möglichkeit einer nachholenden Ich- und Identitätsentwicklung und damit eines realen Strukturgewinns durch wiedergutmachende Erfahrungen und Durchstehen von Grenzsituationen in der Therapie. Damit steht *Ammon* auch im Einklang mit den Ergebnissen neuerer Hirn- und Therapieforschung, die die Plastizität neuronaler Netzwerke durch Umgebungseinflüsse nachgewiesen haben (*Braun* et al., 2001, *Mundt* et al., 2001).

Linehans Beschreibung des "invalidierenden Umfeldes" erfasst wesentliche pathogenetische Aspekte des sozialen Umfeldes des Kindes in einer lerngeschichtlichen Bedeutung, *Ammon* erfasst die Gruppendynamik der Primärgruppe und des Familiensystems insgesamt mit ihrer Interdependenz zur psychischen Strukturentwicklung mit ihren bewussten und unbewussten Anteilen.

Linehan	Ammon
• Fertigkeitentraining • Evtl. stützende Gruppentherapie (Voraussetzung: Einzeltherapie oder case management)	• Zentrale Bedeutung der Gruppe für Gesundheit und Krankheit und damit auch als therapeutisches Agens • Analytische Gruppentherapie • Nonverbale Gruppentherapien

Tabelle 3: Bedeutung der Gruppe(n)

Dementsprechend wird bei *Ammon* die Gruppe auch als therapeutisches Agens für das Wiedererleben alter, krankmachender Beziehungs-Erfahrungen genutzt mit der gleichzeitigen Möglichkeit von wiedergutmachenden Erfahrungen. Gerade bei Borderline-Patienten sind non-verbale Therapieformen (Reit-, Tanz-, Theater-, Mal-, Musik- und Milieutherapie), die in Gruppen durchgeführt werden, wichtig, da zahlreiche krankmachende Verletzungen auf der präverbalen Ebene stattgefunden haben und über die non-verbalen Therapien wirkungsvoller erreicht werden können (*Ammon G.* et al., 1992), (*Ammon M.*, 1999). Somit werden Gefühle unmittelbarer gespürt und die meist sehr gut entwickelten sekundären Verhaltensformationen, wie Intellekt, Rationalität und Sprachgewandtheit, die häufig als Widerstand gegen Gefühle eingesetzt werden, können besser unterwandert werden.

Linehan setzt Gruppen für das Erreichen bestimmter Einzelziele ein (Fertigkeitentraining), die zwischenmenschliche Beziehung ist allenfalls in der fakultativen Gruppentherapie Thema, hierbei ausschließlich in der aktuellen Ausprägung des Hier und Jetzt.

Linehan	Ammon
• Dysfunktionale Verhaltensweisen zu funktionalen zu verändern • Verhaltenskontrolle • Selbstachtung • Fähigkeit, ein Spektrum an Gefühlen zu erleben • ein "lebenswertes" Leben	• Wiedergutmachende Erfahrungen • Nachholende Ich-Entwicklung • Integration der Mehrdimensionalität (u.a. Identität, Arbeit, Kreativität, Körper, Androgynität, Sexualität, Religiosität, Spiritualität, Zeiterleben) • Identitätsentwicklung

Tabelle 4: Therapeutische Ziele

Das Therapieziel bei *Linehan* besteht in einer Umwandlung von dysfunktionalen Verhaltensweisen zu funktionalen. Dem Patienten soll ein lebenswertes Leben ermöglicht werden durch Erlernen eines ganzen Spektrums von Gefühlen. In der "Dialektischen Haltung" *Linehans*, in der die verschiedenen Polaritäten des Patienten ausbalanciert werden, liegt sicherlich ein integratives Moment. Dimensionen der Identität, des Körpers, der Sexualität, der Androgynität, der Religiosität und der geistigen Dimension des Menschen bleiben auf einer tieferen Ebene ausgeklammert. *Ammons* Ziel ist eine nachholende Ich-Entwicklung durch Wiederholung, Wiedererleben, Durcharbeiten und Veränderung alter Beziehungserfahrungen, wodurch der Patient eine Integration seiner Mehrdimensionalität und damit Identität erlangen soll. Zum Wiederholen und Wiedererleben muss dem Patienten – innerhalb sinnvoller Grenzen – ein innerer und äußerer Raum zur Verfügung gestellt werden. *Ammon* legt Wert darauf, dass das Agieren des Patienten als Kommunikationsversuch verstanden werden muss. Eine allzu enge Verhaltensreglementierung durch z.B. Verträge oder bestrafungsähnliche Manöver durch z.B. Protokolle, Kontaktabruch birgt u.E. die Gefahr von Therapieabbrüchen gerade schwer Erkrankter.

Die bislang vorliegenden empirischen Untersuchungen zur Dialektisch-Behavioralen Therapie zeigten während der Behandlung einen signifikanten Rückgang der Parameter "Suizidalität", "Parasuizidalität", der "Hospitalisierungsdauer", der "Therapieabbrüche", der Parameter von "Ärger" sowie im "Umgang in der sozialen Situation". Kein Unterschied konnte bezüglich der Symptome von Depression, Ängsten und von interpersonellen Schwierigkeiten nachgewiesen werden. Am Ende des 1-Jahres-Follow-ups findet sich kein Unterschied hinsichtlich der Anzahl der parasuizidalen Handlungen gegenüber der Kontrollgruppe, die mit Standardmethoden behandelt wurde. Bei der Kritik dieser Untersuchung möchten wir betonen, dass die Frage, in welchem Ausmaß *Marsha Linehans* persönliche Ausstrahlung ein Wirkfaktor der Therapie ist, nicht genügend berücksichtigt wurde (s.a. *Dammann* et al., 2000 und *Bohus* et al., 1996).

Dies sollte bei der Durcharbeitung des Manuals von *Linehan*, in dem sie sehr akribisch therapeutisch-wichtige Parameter und die empfohlene Reaktion des Therapeuten, aufzählt, berücksichtigt werden, da man sonst leicht der Versuchung anheim fallen könnte, dass Borderline-Therapie durch Nachschlagen im Manual durchführbar ist.

Abschließend ist zu sagen, dass es jedem Patienten – aber auch jedem Therapeuten – freisteht, zu entscheiden, wie intensiv er sich, ausgehend von der Symptomebene bis in tiefste Verlassenheits- und Identitätsängste, die manchmal für alle Beteiligten schwer auszuhalten sind, auf den anderen Menschen einlassen möchte. Dementsprechend wird er sein Behandlungskonzept wählen.

Comparison of the therapy concepts for Borderline Personality Disorder by Marsha Linehan and Günter Ammon

Anette Binder, Daniel Hermelink (Munich)

The concept of Linehan

In the nineties *Marsha Linehan* developed (*Linehan* 1987, 1996) the concept of the Dialectic-Behavioural Therapy (*Bohus* et al. 1996) from her long previous experience with individual therapy with para-suicidal female patients. There is statistical proof, that 75% of all these (female) patients had been diagnosed with Borderline Personality Disorder. This is the reason why *Linehan* extended her concept to this group of patients and therefore always talks about female patients. So she added to her original purely cognitive-behavioural treatment method of individual therapy the dimensions of intuition, non-rational thinking, empathic contact, alternating warmth and acceptance with confrontation and lack of respect, encouragement to accept situations and emotions etc. For learning specific skills, a group was introduced additionally.

Pathology concept

The DBT is based on a bio-social theory as to the genesis of the Borderline Personality Disorder: The starting point is a – biologically determined – dysregulation of the emotional system along with a great emotional vulnerability and an incapability to control feelings. Even small frustrations are being answered with strong emotions, of which the tendency for backformation is slowed down. Out of this arise acute states of stress, that subjectively are being experienced as hardly controllable, which in turn leads to a re-inforcement of the avoidance of negative emotions. However by continous avoidance it will not be possible for the patient to arrive at new experiences and thereby achieve a modification of

behaviour. On top of these biological factors there is an environment that invalidates the child's behaviour patterns: perception and emotions are disregarded, distorted and even punished. The communication of its personal experience meets with inadequate, unpredictable and extreme reactions. As a consequence there is no help coming from the environment and the needs of the child go unheeded.

The results of such invalidating environment are, that the child does neither learn to adequately name its emotional reaction nor to be able to control it. It does not learn, that unpleasant situations can be tolerated, but rather does experience that only an extreme expression of emotion and/or extreme problems are being paid attention to. Last but not least the child constantly looks for clues, as to how it is supposed to think and feel, since it has never learned, that own emotional and cognitive reactions are valid interpretations of inner and outer happenings.

Deriving from all these different factors, the familiar symptoms of Borderline Personality Disorder can be observed: Borderline patients are emotionally very vulnerable, constantly invalidate themselves, live in constant crisis, have a tendency towards passive problem-solving strategies and in some areas demonstrate apparent competence. Individual behaviour and environmental factors are in constant continous inter-dependence and inter-action.

The therapy should effect a modification of behaviour, in order to change extreme emotionality and wrongly adjusted mood dependent behaviour. An important part of the dialectic-behavioural therapy is the training of skills. Skills in a sense of the patient being able to react more competently as well as an increasing ability of self-regulating unwanted emotions. Additionally skills should be learned, that make it possible to tolerate unpleasant situations till they can be changed and to experience emotions instead of preventing them.

At the same time *Linehan* admits, that the therapist is constantly at risk, to repeat the invalidating bahaviour patterns of the early environment; that is, in case there is no success to pacify or punish the patient.

In order to minimize this risk, it is important that the therapist is constantly aware of the dialectic principles – which lie behind the DBT – in order to counteract the tendency of the patient to dichotomize, that is to think in categories of black and white only. Here one can see *Linehan*'s zen-buddhistic background which should be found in the position of the therapist. Goal of the therapist must be to establish a synthesis between the opposing polarities (theses and anti-theses), since the patient herself is not able to do this.

These – rather philosophical – foundational aspects of dialects are mirrored in the demand on the therapist to be highly flexible. He must inter-act in a flexible way, closely observing the reactions of the patient and be ready to work out a synthesis of supporting acceptance on one hand and confrontation and demand to change on the other.

These foundational strategies of dialectics and validation are supplemented by general behavioural principles like contingency management, exposition to emotions and cognitive re-structuring. Of great importance is an exact micro-analysis of the behaviour, together with an analysis of the mechanisms that trigger and keep up problematic situations. The treatment will be structured accordingly and new behavioural strategies will be applied.

The entire concept of the dialectic-behavioural therapy consists of the following main moduls:

- individual therapy covering two years at a frequence of one or two hours per week
- weekly skill-training in a group for a duration of six to twelve months
- telephone counseling
- weekly supervision in a group (for the therapists)
- optional group therapy
- accompanying therapies (medication, self-encounter groups, etc.)

The therapy is divided up into several phases: During these phases there is a clearly structured hierarchy of therapy goals. Highest priority has the reduction of para-suicidal and suicidal behaviour. Other goals would be the controlling of emotions, increasing tolerance and stress management etc.

In the preparation phase of therapy there will be a diagnostic evaluation and the informing of the patient as to the disorder, a goal analysis and a clarification of the patient´s motivation.

In the first therapy phase such problem areas are being worked on, that are directly connected with behaviour like suicidality, endangerment of therapy or impediment of the quality of life. In order to reduce behavioural deficits, new and more functional skills need to be learned. Since this would timewise go beyond the framework of individual therapy, *Linehan* has introduced a clearly structured training of skills within a group. Essential contents here are: the learning of "inner awareness", "regulation of emotions", "problem solving strategies", "stress tolerance", "interpersonal competence" and "self-management". These will become necessary in the second therapy phase, where post-traumatic experiences are being handled.

As is common knowledge, 75% of the biographies of Borderline patients contain sexual or physical abuse as well as serious neglect (*Stone,* 1981). In order to confront these traumatic experiences, the patient needs a certain stability. Without, she would "fall back into" suicidal behaviour rather fast. The connection between current behaviour and earlier traumatic experiences is being explored, yet the therapy focuses on current thoughts, feelings and behaviour and their acceptance and modification.

The third phase focuses on the strengthening of self-confidence and the ability to take own opinions, emotions and actions seriously and not to depend on the therapist for Self esteem. The aim here is the generalization of skills and abilities learned during therapy for situations outside and the ability to ask for help in times of over-demand.

Apart from individual therapy and the training of skills, there is a third building block, which is very important: It is the telephone counseling as a help in the area of generalization of the learned skills in the sense of a "coaching".

Since Borderline therapists suffer from what is called burn-out syndrome rather early, weekly supervision in a team is an absolute must. Here it is important to apply dialectical points of view to the whole team, meaning: "there is no absolute truth" or an "ex-clusive view of things" but rather the differing perceptions of the therapists correspond with the - seemingly - contrary abilities of the patient.

An additional optional treatment module of the DBT is the possibility to take part in a supportive group, where current relational aspects of the participants among each other are being discussed.

Summarizing the above, it can be said, that the DBT is a therapy which has a cognitive-behavioural orientation, that aims at a modification of dysfunctional behaviour on the basis of a bio-social pathology concept.

Ammon: Image of the human being and pathology concept

Almost at the same time as *Otto Kernberg, Günter Ammon* published his concept of the Borderline Syndrome, describing it as an "archaic ego-disease" which is located on a "gliding spectrum" between neurosis and psychosis. His foundational model of personality, the "humanstructural model" unifies biological, group-dynamic, energetic and structural aspects. The human structure consists of three different human functions, which are tied together to make up three sub-structures. All of the functions as well as the sub-systems are dynamic, interrelated synergistically and reciprocally regulate one another. The primary human structure encompasses the entire physical and biological scope of the human being. The central, primarily sub-conscious structure of the personality includes human functions like agression, fear, demarcation, narcississm, creativity, body image, the ability of being in groups etc. The sub-conscious coordinates, regulates and integrates the entire personal structure of the human being. The secondary structure according to Ammon is made up of the abilities and skills, which establish contact with reality and are pre-dominantly conscious.

Human functions develop, according to *Ammon*, ontogenetically through the surrounding groups that a person belongs to. These functions from their outset are genuinely constructive. The energetic foundation of these structure building processes is social energy, which in its quantity as well as quality is dependent on the degree of ability to relate and work out things within the surrounding group. In this context *Ammon* speaks of a social energetic field, which in its entirety can be constructive, destructive or deficient. When people are presented with demands, are hindered or neglected by these groups, their development will turn out to be

constructive, destructive or deficiant respectively. The development of this structure is occuring along the boundaries of self, group and society. The human structure is therefore a result of all internalized conscious and sub-conscious experience of relationships within groups. The primary group of a person takes a central place in this structuring. The human structure can therefore be seen as manifest social energy, which is subject to social energetic influences and can be modified throughout the entire life.

Pathology concept

Ammon understands the Borderline Personality Disorder as an archaic identity disorder. Affected are first of all the human functions of ego-demarcation, of agression, fear, narcississm, sexuality and especially the ability for integration. The disturbed central human functions – which *Ammon* often called "a hole in the ego"- are often covered up with a fassade of over-compensated behaviour as well as resistence. The person with a Borderline Personality Disorder remains relatively unconspicious, as long as he receives a narcississtic supply by the surrounding group. However, when there are demands put to his identity, he may react in a psychotic, destructive or dissocial manner.

The specifically distorted development of the human structure in the Borderline Disorder can also be understood from a group-dynamic and psycho-genetic point of view. The dynamic of the primary group of those patients is characterized by a predominantly destructive-deficiant social-energetic field: most of the time the child receives support and social energetic supply only in the area of achievements and coping with reality. With the developmental steps, that it would take in its own right, even to the point where it has its own point of view as well as own boundaries, it is being left alone. The same happens in the area of the child´s own emotions. The behaviour of the primary group towards the child is often subject to sudden change. Ethical values and goals are not put across to the child.

This forbidding of identity is expressed by a sub-conscious prohibition regarding perception and outward contact. The child is being exploited, meaning, it is only allowed to perceive reality through other people´s eyes. The wrong perception of reality as well as the prohibition of identity are internalized by the child.

The onset of the disorder can be located even before the age of three, which is the time that is crucial for demarcation out of symbiosis, which is necessary for the development of identity. Every step that is taken in order to leave the symbiosis, is accompanied by feelings of guilt and fear, because it is not supported by the attachment figure in a friendly manner. At the very heart of the anxiety of the Borderline Patient, lies the fear of death and identity, which is a deep fear of being abandoned, a fear of demarcation, of stepping out of symbiosis.

Therapy and therapeutic relationship

Therapy is not in the first place concerned about getting rid of the symptoms. It is there to enable the patient to relate to himself and to his environment, to set him free from his fear of being annihilated and abandoned as well as from those things that restrict him. The goal is to activate all aspects of his personality through retrieving identity development. Here it is of importance to ignore the symptomatic level as far as possible and rather to adress the rage, fear, abandonment and loneliness within the therapeutic contact. Especially the excessively strong destructive fear must be met empathically. Yet the patient must also be helped, to bear the fear and go through it, which - if achieved - is often the turning point for the entire therapy.

The Borderline Patient has never before been allowed to distinguish himself out of symbiosis without fear and guilt. When demands are put to his identity like exams, separation on the job or in partnership, which corresponds with a stepping out of symbiosis, that will be the time when the as-if fassade will crumble to pieces. This is the very reason why *Ammon* puts so much emphasis on the working through of seperation. The therapist must bear the fear of the patient, that arises when something is demanded of his identity. He should provide both friendly support and, if necessary, auxiliary-ego functions as well.

The therapist must be interested in the patient, in his uniqueness and his constructive and creative potential. He should be both able and willing to relate to the patient and to enter with his whole being into a dispute which is marked by reality. Last but not least the therapist should be emotionally reachable for the patient: "Only when the therapist is affected by these patients, he can be sure, that, as one that has been affected by them, he in turn has affected them as well" (*Ammon, G.* 1984).

Comparison Linehan/Ammon

It may come as a surprise, that the concepts of *Linehan* and *Ammon,* which have developed out of such different schools, inspite of their conceptional and treatment methodological differences, indeed have a lot in common. In many aspects they also do correspond with the generally approved central elements of a Borderline therapy, as formulated by *Waldinger* (1987). Common ground is for example the building of a stable framework for treatment, the strong emphasis on the therapeutic relationship with a rather active attitude and a continous availability, an understanding and accepting holding environment for the feelings of the patient, but also a serious confrontative dealing especially with self-destructive behaviour, the establishing of connection between feelings and actions, the support in bearing feelings and gaining distance to them, the establishing and keeping of boundaries, a structured dealing with the

feelings of the therapist and an emphasis on the "here and now". The concepts also have in common: a principle oriented way of working, an orientation towards modification and goals - even if the goals itself may differ - the involvement of groups in therapeutic work, the emphasis on supervision, the willingness to "carry" patients for quite some time if it be necessary, as well as - not without reservation - a therapeutic optimism.

Both concepts contain - though in a different way - psycho-educational and paedagogic elements. This is because of the fact, that especially the more seriously disturbed Borderline Patients have real deficits in their skills for coping with life (for example how to deal with friendships, relationships and conflicts on the job, dealing with public authorities and the "how-to's" of learning and working). The lack of these skills is not only an expression of inner conflicts, but very often have never been learned, since social learning in general has been happpening only in a fragmentary manner within their primary groups (*Lohmer* 2000).

Inspite of these similarities there are however great differences as to the human image and the understanding of pathology, in the method of treatment, in therapeutic goals and especially in the understanding of groups.

Linehan's concept is based on a biologically based disorder of the regulation of emotions, the patient can only learn to better cope with his disorder. *Ammon* does not question the existence of biological factors, but in his conception he emphazises the possibility of a retrieving ego- and identity development and therefore a real gain of structure through repairative experiences and the going through boundary situations during therapy. With this *Ammon* is in conformity with results from recent brain- and psychotherapyresearch, which has proven the plasticity of neuronal networks under environmental influences (*Braun* et al., 2001; *Mundt* et al. 2001). In the concept of *Ammon* the human structure is primarily constructive and develops within the social-energetic field of the surrounding group in its constructive, destructive and deficiant parts.

Linehan's description of the "invalidating environment" covers essential pathogenetic aspects of the child's social environment in a learning-biographical meaning. *Ammon* on the other hand covers the group-dynamics of the primary group and the family system in its entirety including its interdependance as to the psychic development of structure with its conscious and sub-conscious aspects.

Accordingly in Ammon's concept, the groups are used as a therapeutic tool for the re-living of old relational experiences that brought about the disorder, together with their inherent possibility for repairative experiences. Especially with Borderline Patients non-verbal therapies are of great importance (Riding-, Dance-, Theatre-, Art- and Millieu-therapy). They are being done in groups, since quite a few of the patient's deep wounds stem from pre-verbal times and can in this way be treated more effectively (*Ammon, G.* et al. 1992; *Ammon, M.* 1999). So feelings are being

experienced more directly and the beaviour formations that are usually quite well developed, like intellect, rationality and a verbal efficiency, which are often used as a resistence against feelings can be better infiltrated.

Linehan uses groups for the achievement of singular goals (training of skills). The interpersonal relationship is only - at best - subject of the optional group therapy and that exclusively in the dealing with the "here and now".

The goal in the therapy concept of *Linehan* is the modification of disfunctional behaviour. The patient shall be enabled to live a life worth living, through the learning of a spectrum of feelings. The "dialectical attitude" of Linehan, in which the differing polarities are being balanced, certainly has an integrational aspect. Yet the dimensions of identity, the physical body, sexuality, androgynity, religiosity and the spiritual dimension of the human being, on a deeper level remain excluded. *Ammon's* goal of a retrieving ego-development through repetition, re-experiencing, working through and modifying old relational experiences, through which the patient can come to achieve an integration of his multi-dimensionality and therefore his identity.

The available empirical studies of the DBT show, that during treatment there is a significant decline of the parameters suicidality, para-suicidality, the length of hospitalisation, breaking off of therapy as well as anger within the social situation. No difference could be proven as to the symptoms depression, anxiety/fear and interpersonal difficulties. Concerning the amount of para-suicidal actions, there could be no difference detected at the end of a one-year follow-up, in comparison with a control-group which had been treated with standard methods. In review of this method, we would like to emphazise, that the question as to how far *Marsha Linehan's* own personality has an influence on the outcome of treatment, has not been sufficiently considered. (*Dammann* et al. 2000; *Bohus* et al., 1996). This aspect should definitely be taken into account, when working through the manual, in which she lists in a very acribic manner the therapeutically important parameters and the recommended reaction, since one could otherwise be tempted into thinking, that Borderline therapy can be done by consulting a book.

In closing it can be said, that it is up to the individual patient - as well as the therapist - as to how intensively he/she is going to get involved with the other person, beginning at the symptom level even to the deepest fears of abandonment and identity. Accordingly he/she will choose the treatment concept best suited to them.

Literatur:

Ammon, G. (1989): Das Borderline-Syndrom, eine humanstrukturelle Erkrankung: Zur Weiterentwicklung der Ergebnisse des DAP-Borderline-Symposiums 1976. Dyn. Psychiat. (22) 1-13

Ammon, G.; Burbiel, I. (1992): Grundzüge der klinischen Humanstrukturellen Psychotherapie. Dyn. Psychiat. (25) 1-22

Ammon, M. (1999): Schizophrenie und Borderline-Erkrankung aus humanstruktureller Sicht. Dyn. Psychiat. (32) 1-21

Bohus M.; Swenson C.; Sender I.; Kern I.; Berger, M. (1996): Die Anwendung der "Dialektisch-Behavioralen Therapie" für Borderline-Störungen im stationären Bereich. Psychother. Psychiatr. Psychother. Med. Klin. Psychol. (1) 32-43

Braun, Bogerts (2001): Erfahrungsgesteuerte neuronale Plastizität. Nervenarzt (72)

Dammann, G.; Clarkin, J.F.; Kächele, H. (2000): Psychotherapieforschung und Borderline-Störung: Resultate und Probleme. In: Kernberg O.F., Dulz B., Sachsse U. (Hrsg.): Handbuch der Borderline-Störungen (Stuttgart: Schattauer)

Linehan, M.M. (1987): Dialectiv behavior therapiy for borderline personality disorder: theory and method. Bulletin of the Menninger Clinic (51) 261-276

- (1996): Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung (München: CIP-Medien)

Lohmer, M. (2000): Ambulante analytische Therapie bei Borderline-Störungen. Psychotherapie im Dialog Nr.4, 17-24

Mundt, C.; Backenstraß, M. (2001): Perspektiven der Psychotherapieforschung. Nervenarzt (72)

Stone, M.H. (1981): Psychiatrically ill relatives of borderline patients: a family study. Psych. Quart. (58) 71-83

Waldinger, R.J. (1987): Intensive psychodynamic therapy with borderline-patients: an overview. Am. J. Psychiatry (144) 267-274

Adresse der Autoren:

Dr. med. Anette Binder
Bezirkskrankenhaus Taufkirchen / Vils
Bräuhausstr. 5
84416 Taufkirchen / Vils

Daniel Hermelink
Klinik Menterschwaige
Geiselgasteigstr. 205
81545 München

Nachrichten /News

Erklärung zu den Terroranschlägen in den USA und deren Folgen

1. Die Ärzte, Psychologen, Psychotherapeuten und Psychoanalytiker der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) und der Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft (DGG) sind erschüttert und empört über die verbrecherischen Anschläge auf das amerikanische Volk und die amerikanische Regierung.
2. Mit dieser Erklärung sprechen wir unser tiefes Mitgefühl für und Solidarität mit den Opfern, deren Angehörigen und Familien aus.
3. Als Fachleute auf dem Gebiet der psychoanalytischen Konflikt- und Gewaltforschung und Gruppendynamik warnen wir zugleich dringlichst vor Polarisierungen. Wir warnen auch eindringlich vor militärischer Vergeltung und Krieg als Konfliktlösung. Wir bitten dringend um Besonnenheit in Politik und militärischem Vorgehen zur Verhinderung weiterer Eskalation der politischen Lage und der Gewalt.
4. Wenn von einer neuartigen Form der Gewaltausübung und des Terrorismus gesprochen wird, dann müssen auch neue Formen der Bewältigung dieser Gewalt entwickelt werden. Dazu gehört auch die friedliche, politische Lösung des Nahostkonfliktes.
5. Nicht die Welt hat sich grundlegend geändert seit dem 11. September, sondern wir müssen uns ändern, beginnend mit der Einsicht, dass wir in einer, unteilbaren Welt leben, in der alle voneinander abhängig sind.
6. Diese terroristische Gewalt ist Ergebnis langjähriger verfehlter menschlicher Begegnungen und verfehlter gesellschaftlicher, kultureller, politischer, wirtschaftlicher und religiöser Auseinandersetzungen.
7. Ein „angeborenes Böses" im Sinne eines angeborenen Gewalt- oder Todestriebes gibt es nicht. Diese Anschauung widerspricht jeglicher klinischer Erfahrung und Forschung.
8. Die Ressourcen internationaler Zusammenschlüsse, wie beispielsweise die UNO u.a. und deren Fachkompetenz auf dem Gebiet der Konfliktlösungen sollten unseres Erachtens in die Sicherheitsverhandlungen stärker einbezogen werden.
9. Sofort muss mit vorbeugenden konflikteindämmenden Maßnahmen begonnen werden und langfristig muss eine Intensivierung der Gewalt- und Aggressionsforschung unter Nutzung von bereits bestehenden Forschungsergebnissen erreicht werden.
10. Dazu ist aber die genaue Kenntnis der anderen Kulturen, Religionen, des anderen Denkens anderer Ethnien und der Geschichte unabdingbar und es ist notwendig, die Tradition schon längst bestehender Verbindungen intensiv zu nutzen.

Wesentlichstes und wichtigstes Anliegen sollte sein, die Friedensbemühungen weiter voran zu treiben, damit in der Welt weitere inter-

nationale Bündnisse geschlossen werden können, und es sollten immer wieder Gespräche geführt werden zwischen den Ländern und Nationen, um Lösungen für den Frieden gerade zwischen feindlichen Fronten und Einstellungen zu finden.

München, den 19. September 2001

Dipl. Psych. Maria Ammon — Präsidentin der DAP
Dr. med. Dorothee Doldinger — Präsidentin der DGG

Ankündigungen / Announcements

117. Gruppendynamische Selbsterfahrung in Paestum/Süditalien

Leitung: Dipl. Psych. Sylvelin Römisch (München)
Titel: Grenze und Übergang
Ort: Paestum / Süditalien
Datum: 27.12.01 - 5.1.02
Information: Münchner Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V.,
Goethestraße 54, 80336 München,
Tel. +49 - 89 - 539674/75, Fax: +49 - 89 - 5328837
Berliner Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V.,
Kantstr. 120/121, 10625 Berlin,
Tel.:+49 - 30 - 3132893, Fax: +49 - 30 - 3136959
e-mail: LFI Muenchen@dynpsych.de Internet: www. dynpsych. de

2nd International (Conference on Ethics Education in Medical Schools

Organization: International Center for Health, Law and Ethics, University of Haifa, School of Law
Location: Eilat, Israel, Hilton Queen of Sheba Hotel
Date: February 3-7, 2002
Information: ISAS International Seminars, P.O. Box 574, Jerusalem 91004, Israel, Tel.: +972 - 2 - 6520574; Fax: +972 - 6520558;
e-mail: meeting@isas.co.il

9. Münchner AIDS-Tage

Leitung: Hans Jäger; KIS-Kuratorium für Immunschwäche, Mozartstr. 3, D-80336 München
Thema: Somatische und Psychosoziale Aspekte der HIV-Erkrankung
Ort: ArabellaSheraton Grandhotel, Arabellastr. 6, D-81925 München
Datum: 15. - 17. Februar 2002
Information: KIS-Kuratorium für Immunschwäche,
Mozartstr. 3, D-80336 München,
Tel: +49 - 89 - 53 12 33; Fax: +49 - 89 - 5 32 86 51;
e-mail: kisev@aol.com Internet: www.aids-tage.de

26. Fortbildungstage für Sexualmedizin und Psychosomatik
9. Jahrestagung der Akademie für Sexualmedizin

Titel: Sexuelle Gesundheit & Lebensqualität
Ort: Leuven (Belgien)
Datum: 9. - 11. Mai 2002
Information: Kongressbüro Leuven 2002; Institut für Sexualwissenschaften; Kapucijnenvoer 35; B-3000 Leuven
Tel. +32 - 16 - 332630; Fax: +32 - 16 - 332640
e-mail: piet.nijs@uzkuleu.ac.be

XXIII CINP Congress of the Collegium Internationale Neuro-Psychopharmacologicum

Location: Palais des Congrès de Montréal
Date: June 23 - 27, 2002
Information: Congress Secretariat - JPdL, 1555 Peel Street, Suite 500, Montreal QC H3A 3L8, Canada.
Phone: +514 - 287 - 1070; Fax: +514 - 287 - 1248
e-mail: cinp2002@jpdl.com Internet: www.sinp2002.com

3. Interdisziplinär Kongress für Suchtmedizin

Leitung: Dr. Markus Backmund
Ort: Forum Hotel, München
Datum: 4. - 6. Juli 2002
Information: www.suchtkongress.de

3. Weltkongress für Psychotherapie

Leitung: World Council for Psychotherapy (WCPI)
Titel: Anima Mundi – Globalisierung als Herausforderung
Ort: Wien
Datum: 14. - 18. Juli 2002
Information: WCP-Head Office, Rosenbursenstraße 8/3/7, A-Wien,
Tel: +43 - 1 - 5120444; Fax: +43 - 1 - 5120570
e-mail: wcp.office@psychotherapie.at

Impressum

Verlag, Sitz und Geschäftsstelle/Publishing House, Seat and Office:
»Pinel« Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie GmbH Berlin,
Kantstraße 120/121, D-10625 Berlin, Tel. (030) 3 13 28 93, Fax (089) 3 13 69 59,
Amtsgericht Charlottenburg HRB 64279

Gesellschafter des Verlages (mit Einlagen über 5% des Stammkapitals):
Dipl. Psych. Maria Ammon, Berlin (14%); RA Thomas Hessel, München (7%);
Dr. med. Rolf Schmidts, München (6%)
Geschäftsführer des Verlages: Dipl. Psych. Gabriele von Bülow,
Dipl. Ing. Werner Schütz, Kantstraße 120/121, D-10625 Berlin
Druck: Alfa-Druck GmbH, Buch- und Offsetdruckerei, Levinstraße 9a,
D-37079 Göttingen, Tel. 05 51 - 50 51 5-0, Fax 05 51 - 50 51 5 44
Umschlaggestaltung: Konturwerk, Rainald Schwarz, Jagdstraße 3, D-80639 München
Herausgeber/Editor: Dipl. Psych. Maria Ammon, Meierottostraße 1,
D-10719 Berlin (verantwortlich für den wissenschaftlichen Teil)
Buchbesprechungen/Book reviews: Dipl. Psych. Gerhild Sandermann,
Rottenbucher Straße 36, D-81377 München
Nachrichtenteil/News: Verantwortlich Dr. phil. Ilse Burbiel, Presse- und Informationsreferentin im Executive Council der World Association for Dynamic Psychiatry WADP, Jägerwirtstraße 3, D-81373 München
Rechtsanwalt Thomas Hessel, Justitiar und Schatzmeister im Executive Council der World Association for Dynamic Psychiatry WADP, Arcisstraße 59,
D-80803 München
Anzeigen/Advertising Manager: Karin Frohnholzer, Herzogstraße 10
D-80335 München (verantwortlich)
Abonnentenabteilung/Subscription Management: Dipl. Ing. Werner Schütz,
Kantstraße 120/121, D-10625 Berlin
Manuskripte nimmt die Redaktion/Manuscripts should be sent to:

Hauptschriftleitung/Address of the editorial staff:
Dipl. Psych. Maria Ammon, Kantstraße 120/121, D-10625 Berlin

Mitglieder der Redaktion/Members of the editorial staff:
Dipl. Psych. Maria Ammon, Dr. med. Anette Binder, Dr. phil. Ilse Burbiel, Dipl. Psych. Gabriele von Bülow, Dr. med. Dorothee Doldinger, Dipl. Psych. Monika Dworschak, Dr. med. (Univ. Tel Aviv) Egon Fabian, Dr. med. Ulrike Fabian, Mag. theol. Malte Heidemann, Dr. phil. Gertraud Reitz, Dr. med. Bernhard Richarz, Dipl. Psych. Sylvelin Römisch, Dipl. Psych. Gerhild Sandermann, Dipl. Psych. Gerhard Wolfrum.

Die veröffentlichten Artikel geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder. Manuskripte werden in Deutsch und Englisch in dreifacher Ausfertigung entgegengenommen, deren Umfang nach Möglichkeit 20 doppelzeilige Schreibmaschinenseiten nicht überschreiten soll. Zusätzlich muss der Gesamttext auf einer Diskette gespeichert (Word-Format) eingereicht werden. Dem Manuskript muss ein englisches Abstract (etwa 100 Worte) vorangestellt sein sowie eine deutsche oder englische Zusammenfassung von etwa einem Drittel Länge des Textes hinzugefügt werden. Die Literaturangaben müssen den üblichen Standards dieses Heftes entsprechen. Arbeiten können nur ohne Zahlung von Honorar zur Veröffentlichung entgegengenommen werden. Bilder und graphische Darstellungen können nur auf Kosten des Autors mitgedruckt werden. Der Autor erhält kostenlos 5 Beleghefte.

In der Regel dürfen nur Arbeiten eingereicht werden, die vorher weder im In- noch im Ausland veröffentlicht worden sind. Der Autor verpflichtet sich, sie auch nachträglich nicht an anderer Stelle zu publizieren.

Mit der Annahme des Manuskripts und seiner Veröffentlichung geht das Verlagsrecht für alle Sprachen und Länder einschließlich des Rechts der photomechanischen Wiedergabe oder einer sonstigen Vervielfältigung an den »Pinel« Verlag für humanistische Psychologie und Philosophie GmbH München über. Für unverlangt eingesandte Manuskripte, Fotos etc. wird keine Haftung übernommen.

Die Dynamische Psychiatrie erscheint zweimonatlich. Jahresabonnement DM 120,–, ÖS 880,–, SFr 108,– (zzgl. Porto), für alle Mitglieder der DAP, der DGG, der DGPM, der WADP und der DGDP, für Ärzte im Vorbereitungsdienst, Mitarbeiter der Psychoanalytischen Kindergärten gegen Nachweis nur in Deutschland DM 95,–, ÖS 700,–, SFr 86,– (zzgl. Porto). Studenten DM 63,–, ÖS 480,–, SFr 59,– (zzgl. Porto). Einzelheft DM 20,–, ÖS 145,–, SFr 17,–. Das Abonnement verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn es nicht vier Wochen vor Ablauf des Bezugsjahres gekündigt wird. Zahlung des Jahresabonnements bis zum 1.4. d.J. auf das folgende Konto: Berliner Volksbank (BLZ 100 900 00), Kto.-Nr. 24 011 208.

The authors's opinion does not necessarily reflect the opinons of the editiorial staff. Manuscripts (three copies), each limited to 20 double-spaced typed pages, will be accepted German and English. Additionally the whole manuscript is to be send on a computer discette (Word Format). All manuscipts must have an english abstract (roughly 100 words) and a summary in either German or English (one third of the text). Literary reference should be adapted to those in the journal. There can be no remuneration for contributions. Pictures and graphic illustrations are printed at the author's own expense. The author receives 5 voucher copies of the journal.

Generelly, only unpublished manscripts will be accepted. Articles published in this journal may not appear in any other publication.

With the acceptance of the manuscript and its publication, the »Pinel« Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie GmbH München reserves the copyrights in all countries and languages. This journal, or parts thereof, may not be reproduced in any form, by photocopy or any means without written permission from the publisher. We do not undertake any liability for manuscripts, photos etc. which were asked for by us.

Dynamic Psychiatry is published bi-monthly. Annual subscription rate $ WADP-members $ 62,–, for students 42,– (plus postage charge $ 8,–), p dual copy $ 13,–. Air mail delivery with additional payment on special r subscription is prolonged for one year, if it has not been cancelled fo fore the end of the year. The annual subscription rate should be pai April. The money should be remitted on the account of »Pinel« V stische Psychiatrie und Philosophie GmbH, Berliner Volksbank Kto.-Nr. 24 011 208.