

# Dynamische Psychiatrie

Begründet von  
*founded by*  
Günter Ammon

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

Vol. 46. Jahrgang

2013•3-4

Nr. 257-258

## *Dynamic Psychiatry*

*Nikolai G. Neznanov, Anna V. Vasileva (Sankt Petersburg, Russia)*

Self-stigmatization and false identity

*Paul V. Katchalov (Moscow, Russia)*

The 'internalized negativity' and the 'perverse negativity'

*Katharina Kreißl (München)*

Die Arbeit mit den gesunden Ich-Anteilen und Ressourcen in der analytischen  
Milieuthherapie

*Sieglinde Bast (Berlin)*

Allgemeine Psychosomatik oder Verlust der Wesensmitte

*Reimer Hinrichs (Berlin)*

Quantendynamik, Psi und Psychodynamik

*Roberto Di Rubbo, Elena Sogaro, Stefano Pallanti (Florence, Italy)*

Communicative evolutive psychotherapy adapted for the psychodynamic  
group setting in the treatment of pathological interpersonal dynamics of  
identity

ISSN 0012-740 X

## *Inhalt • Contents*

*Nikolai G. Neznanov, Anna V. Vasileva (Sankt Petersburg, Russia)*

Self-Stigmatization and False Identity .....	123
(Zusammenfassung) .....	133

*Paul V. Katchalov (Moscow, Russia)*

The 'Internalized Negativity' and the 'Perverse Negativity'. The Impact on the Psyche of Contemporary Russians through the Traumata Experienced by their Ancestors .....	135
'Verinnerlichte Negativität' und 'perverse Negativität'. Nachwirkungen der von den Vorfahren erfahrenen Traumata in der Psyche der heutigen Russen (Zusammenfassung) .....	148

*Katharina Kreißl (München)*

Die Arbeit mit den gesunden Ich-Anteilen und Ressourcen in der analytischen Milieuthérapie .....	152
Working with Healthy Ego Parts. Resources in Analytic Milieuthérapie (English version: Petra Ewegen) .....	159

*Sieglinde Bast (Berlin)*

Allgemeine Psychosomatik oder Verlust der Wesensmitte. Überblick über die Lehren auf dem Gebiet der modernen psychosomatischen Medizin .....	166
General Psychosomatic Medicine or the Loss of the Core of Being (Summary) .....	176

*Reimer Hinrichs (Berlin)*

Quantendynamik, Psi und Psychodynamik .....	182
Quantum Dynamics, Psi, and Psychodynamics (Summary) .....	195

*Roberto Di Rubbo, Elena Sogaro, Stefano Pallanti (Florence, Italy)*

Communicative Evolutive Psychotherapy Adapted for the Psychodynamic Group Setting in the Treatment of Pathological Interpersonal Dynamics of Identity .....	204
Summary .....	222
Zusammenfassung (Simone Lipka, Berlin) .....	226

Mitteilungen • Berichte

Dr. Györgyi Körmendy (1924-2013) • Nachruf (Dr. Egon Fabian, Erwin Leßner, München) .....	234
---	-----

# Self-Stigmatization and False Identity

Nikolai G. Neznanov, Anna V. Vasileva (St. Petersburg, Russia)

The pattern of personal identity development plays a crucial role in the life of an individual. Under some pathogenic circumstances a false identity is created to provide integrity of the personality structure. Self-stigmatization and management techniques instead of authentic human relationships become the life strategy. Self-stigmatization is to be understood as the patient's way of coping in applying environmental stereotypes to his own self. Filling the 'hole in identity' through self-labeling seems to represent the strategy to overwhelm the pathological primary group dynamics that once influenced the individual in his development. The assessment of real-ego functioning, the input of the false-identity and the level of self-stigmatization represent, according to the authors, the cornerstones of identity-oriented psychotherapy.

Keywords: identity, false-self, self-stigmatization, psychotherapy

In the era when managed care more and more takes over clinical thinking and the individual approach to patient treatment can be easily forgotten, it seems to us extremely important to remember that in our daily practice we are dealing first of all with disturbed and suffering persons whose symptoms and pathological behaviors can serve very different aims, including the maintenance of patients' intrapsychic homeostasis. So we can not reduce our therapeutic goals just to symptomatic improvement. A great Russian writer, A. P. CHEKHOV, who began his career as a physician, and whose very sophisticated clinical thinking helped him to create very nuanced complicated and vivid characters in his writing, e. g. his novel 'Man in the case' (CHEKHOV 2009, p. 134) gives us a brilliant description how the fear of everything brings about the arrest of identity development and what a life in the case of all possible external dangers and challenges looks like. He chooses the external rules and other important persons to define him, where his own wishes would cause anxiety.

So we can see someone completely defined by others without any feeling of his own self. When it comes to making a personal decision, a step in the autonomy, the main character fails and dies afterwards. In his 'Diaries', CHEKHOV emphasizes, "The individual would feel better only

when you'll show him who he is." (1969, p. 237). In the 21st century this statement was supported by G. GABBARD, who chose to begin his manual for long-term psychodynamic psychotherapy, with the words of appreciation and quotation of one of his really difficult patients, who said, "I first came to see you. All I knew was that I was a mess. Now, for the first time in my life, I actually have a sense of who I am and what I'm seeking from others." (GABBARD 2004, p. 1). The feeling of disintegration is the most unbearable psychic state that should be avoided even at the price of life. Therefore all possible defense mechanisms and symptom constellations are taking place in order to protect the mal-developed personality.

The famous pediatrician and psychoanalyst D. WINNICOTT (2003) observing the child's development and interactions in the child-mother dyad has elaborated his theory of false-ego formation under unfavorable circumstances. When the family environment and especially the mother do not show enough interest in the child's personality or even demonstrate, neglect, and hostility to his unique individual traits not being able to contain the unbearable baby emotions, a very specific defence mechanism under the motto 'If I'm not real, then nothing awful can happen to me' starts to take place.

False self is a pathological personality organization in which persistent coherent psychological defense systems enable the individual to reduce the anxiety, to escape from unbearable reality, and to avoid authentic emotional human contact with other people.

On the other hand, good supporting relationships with the carer in early childhood and especially authentic love and interest from the mother is a strong psycho-protective factor for the further development of the individual enabling him to deal with developmental challenges and to cope with stress in adult life. S. FREUD postulates that,

If the individual in his infancy was the beloved child of his mother, then all his life he feels like a winner and preserves the confidence that he'll always succeed and as a matter of fact this assurance never betrays him. (1991, p. 76)

Actually, he has proved this statement with his own life and scientific career. In contrast, the so-called 'not good enough mother' repeatedly ignores the emotional needs of the child, exchanging them with her own, making him submissive, obedient, and compliant. This is what happens

in the earliest stage of the false self. D. R. LAING, an English psychiatrist and psychoanalyst, famous for his involvement in the anti-psychiatry movement and his efforts to overcome the prejudices to mentally ill among the professionals and in the society, regards patients first of all as individuals. In his book 'The knots' he depicts the process of false-self formation very detailed and poetically,

My mother loves me,  
Because she is a good person.  
I'm bad when I think that she is bad.  
Because, if I'm good that means that she is good  
and loves me because I'm good,  
Because I know, that she is good.  
I'm really bad if I hesitate ,  
That she punishes me for my doubts that she loves me.  
She feels bad because I don't think that she loves me,  
She feels ill when I think that she doesn't love me. (LAING 1970, p. 87)

When such subtle, mostly unconscious interactions are taking place in the dyad, the enfant becomes overwhelmed with anxiety and uncertainty, hence the only possibility for him to psychologically survive is to adapt to the emotional needs of the mother at the cost of his own identity. D. WINNICOTT (2003, p. 26) describes five different stages of formation depending on the peculiarities of the relationship system in the individual's environment.

A true self is hidden, protected by a false self. This false self is an aspect of the true self. It hides and protects it, and it reacts to the adaptation failures and develops a pattern that corresponds with the pattern of environmental failure. In this way the true self is not involved in the reacting and thus preserves a continuity of being. However, this hidden true self suffers an impoverishment that derives from a lack of experience. (WINNICOTT 2003, p. 66).

In the most severe cases the false self sets itself up as the real self and it is this self that observers tend to think is the real person. Someone can be an overachiever, insensitive to his own and others' emotional needs and can pretend to be healthier than the healthiest individual in the world. In life relationships, work relationships, and friendships, however, the false self begins to fail. In situations in which what is expected is a whole person, the false self has some essential lacking and this can produce unexpected, out of the blue breakdowns with self-destructive behavior. As A. K. SEKATSKY, a young Russian gifted philosopher stated in one of his TV-interviews in 2008, modern society facilitates the existence of

facade personality structures. He points out that when the development of the maniac image of a man of success is taking place, the whole life transforms to the strategy of social sport aimed at satisfying specific needs and the creation of pseudo meaningfulness. The individual lives under psychic anesthesia and is totally influenced by the logic of success and high achievements. The human depth of the person is not maintained anymore. Sometimes the only possibility to get rid of the false self is to commit suicide. In such cases the suicidal act becomes the last defense operation to prevent disintegration.

In the less severe cases the false self defends the true self; the true self is, however, acknowledged as a potential entity and is allowed a secret life. Here is the clearest example of clinical illness as an organization with a positive aim, the preservation of the individual in spite of abnormal environmental conditions. This is an extension of the psycho-analytic concept that symptoms are of value to the sick person. This is what we mostly observe in the patients with lingering forms of neurotic disorders. Sometimes the patient status is used to build the false self and to avoid the task of creating one's own identity. When these patients are asked to introduce themselves in groups they usually begin with their diagnosis and main symptoms, followed by treatments they had. Being questioned about their strengths, interests and hobbies they get confused and have great difficulties to understand what kind of answer is expected from them. For such persons their whole life history is reduced to their medical case history.

We would like to keep in mind that in healthy persons the false self is also present, but to much less extent. With the help of the false self we can make identifications with others which is an important stage of learning, and we can also play different roles which is necessary for socialization and daily functioning. False-self is an important defense tool. In spite of the defined varieties of false-self, there is actually a much wider range of them. In our therapeutic work we always have to consider to what extent does the vulnerable developing identity of the patient need protection, and that it is also our task not only to confront him with problems and deficits but also to provide him with coping skills.

In his book 'A man against himself' K. MENNINGER brilliantly describes the meaning of somatic symptoms in the relationship system of

an individual, he writes: “There are cases where people instead of saying, ‘look who I am, what qualities I have’, they prefer to say ‘look how ill and unhappy I am’”. (MENNINGER 2005, p. 104) He considers the same phenomena without using our modern terms for them. But in these simple words we can recognize the unconscious patterns we observe in our daily practice —they are precisely those that are unfortunately often neglected in modern guidelines and manuals. MENNINGER emphasizes,

Some people in order to live have to (like all of us) to love and to be loved, but they can’t achieve it in a natural way. Instead, they are regressing and show their feelings in a distorted primitive and infantile way. They are led by erotic, hostile and angry motives produced by repression and disappointment. Aggression leads to the feeling of guilt and the need for punishment. All these problems are ‘resolving’ with the development of chronic disease. (2005, p. 168).

G. AMMON has elaborated his theory of dynamic psychiatry with his concept of identity as a central part of it, calling his psychotherapeutic method ‘identity psychotherapy’. He understands “identity as a representation of the sum of all experiences and identifications in a life’s history. It is an integrated structure of biological, unconscious and conscious elements”. (1996, p. 123) He elaborates further the concept of the significance of the primary group dynamic in the individual’s development. According to him, under the influence of the primary group, identity can take constructive, destructive or deficient pathways. The role of illness is to fill the hole in one’s identity.

By means of his identity a person introduces himself into groups; according to the features of his identity he will put these groups in motion. Confrontations will arise with respect his needs on the one hand and with regard to maintaining the boundaries of the group on the other hand. Sometimes the only possible way to communicate with the group and to appeal for help is to use one’s illness in different ways.(AMMON 1996, p. 124f.).

Sometimes the group demarcates itself from the weaker member by using stigmatization, as a process of negatively labeling or characterizing a person. It creates a biased, negative attitude to a person or a group based on their possession of some special qualities or signs as symptoms of mental illness. In response to it a reciprocal process is taking place in the symptom carrier, namely self-stigmatization. It is usually defined as the sum of the patient’s reactions to his disease and the status of a ‘mental patient’ in society. It represents a change in the patient’s attitudes under the influence of his conception of the illness. This construct is

formed by the daily functioning of the patient and especially by the chronic forms of mental disorders. It can make a serious impact by arresting the development of identity and reduce all spectrums of possible social roles that one can have and flexibly change in society by just playing the role of a mentally ill patient. In this model the role of the patient's personality is undermined or even neglected. The patient is considered as a passive receiver of societal labeling.

Nevertheless it is well known that there is a big difference in the kinds of response to mental illness, and it is the personality of the patient that makes him sensitive to the stigma. On the other hand, society and peer groups can have different attitudes to the different groups of mental disorders. From a sometimes hostile, unacceptable attitude to psychotic and drug addictive patients to the underestimating, denying the fact of illness of neurotic and personality disorders. Even mental health care organizers are prone to define depression or acting out in borderline patients as a bad habit not worth spending money on treatment. Nevertheless, we can observe the process of self-stigmatization in all groups of mental disorders, sometimes persons who had just one relatively short episode of some kind of mental disorder in their life can define themselves as mentally ill and organize their life style around this definition.

On the other hand, we all can find enough examples from the biographies of well-known writers and painters as well as from our own surrounding when people suffering from serious mental illness lived a full and creative life in which the role of patient was just one piece of their social-role spectrum. Thus we can propose that this is the person's identity that plays a crucial role in the process of self-stigmatization. The deficit in the identity can be compensated with the help of self-stigmatization, the unbearable absence of the answer to the question, 'who am I?' can be filled with defining oneself as mentally ill.

In the case of destructive identity one can choose to present oneself using the wide variety of disturbing symptoms thus disguising the fear to realize and to show others own creativity. Speaking about deficient identity, the stigma fills the hole in the Ego and permits one to react in the habitual deficient, aggressive way. One can escape the fearful situation of choosing the group one really wants to belong to and passively identify oneself with the group of patients with the same disorder.



The role of micro-social environment is also extremely important in facilitating self-stigmatization. Some families have an acute need for the identified patient for solving their emotional problems. This can serve the avoidance of concurrence, envy, and autonomy. The patient serves as the container of the negative projective identifications of the other members of the primary group.

Taking into account the interplay between the self-stigmatization process, the complex of the psychological defenses and the type of mental disorder, the results of the research of I. I. MIKHAILOVA (2004) performed in patients with different mental disorders allowed the distinction of the following three types of self-stigmatization.

**Autopsychic:** self-stigmatization brings about a change in the personal identity of a patient, i. e. in his conception of his personal qualities. The patient considers the disease as the main reason for all his personal failures. He gives up the former standards and decreases the demands on himself. This means that this construct can serve the pathological adaptation typical in patients with lingering forms of neurotic disorders, where one can still deny one's own boundaries and limitations by living in the illusion of infantile omnipotence. In the situations of confrontation in the group, the flight into disease provides the preservation of one's self-esteem, and the aggression is directed to oneself by delegating of the feeling of guilt to others. Self-stigmatization here provides the frozen identity with the necessary support of the feeling of omnipotence. Here the necessity to take medication can have an additional input on the self-stigmatization process, when pharmacotherapy is perceived as a personal failure. In families where the patient serves the narcissistic needs of others, one can escape or delay the fulfillment of impossible demands and expectations with the help of the patient role. The built cast of false-self as mentally ill allows to preserve one's self-esteem from inevitable collapse and from the belief that one day the true self will come to life.

**Compensatory:** the patient partly ignores the features of the illness. At the same time he elaborates the exaggerated concept of the disability of mental patients. He emphasizes his difference from 'typical' mental patients and identifies himself with 'mentally healthy' individuals actively participating in the stigmatization of the mentally ill. Here, by the means of projective identifications, all the weaknesses are ascribed to some

other, typical mentally ill, who are perceived as savage, violent and stupid. There is an acute need to stigmatize others in order to free oneself of the self-image of shared weaknesses.

At this point it is worth to remind oneself what D. WINNICOTT said about so-called normality,

It is sometimes assumed that in health the individual is always integrated, as well as living in his own body, and able to feel that the world is real. There is, however, much sanity that has a symptomatic quality, being charged with fear or denial of madness, fear or denial of the innate capacity of every human being to become unintegrated, depersonalized, and to feel that the world is unreal. (2003, p. 244)

Socio-reversive: the shift in the social identity of the patient, in the means of belonging to a definite social group. The patient refuses to identify himself with normal society and becomes prone to interpret the societal attitude to himself as prejudicial. This identification brings about certain difficulties for one's reintegration into society and the defensive ways allow the patient to escape the identity challenges by means of using the label 'mentally-ill'. All the failures that are an inevitable part of growing up and developing an identity are considered as the result of a negative attitude to mentally ill, which protects one's self-image from narcissistic injuries.

What can make an impact on the process of self-stigmatization? Considering one of the really difficult-to-treat forms of lingering neurotic disorders, in which the role of the disease itself is obviously less than the input of the patient's personality, we propose a multidimensional model. There are some special biological factors, namely the kind of temperament conditioning the higher level of anxiety and the so-called 'minimal cerebral deficit' leading to rigidity and lack of reactivity.

We can also distinguish some specific clinical features such as the integration of symptoms in the self-image and the whole relationship system of the patient. It makes self-stigmatization an important part of social functioning and a good manipulating tool in dealing with important others. The other feature is the increase of hypochondriac features so that the whole attention is directed inwards instead of to the outer world. It also determines the field of the patient's interests, when they spend most of their free time googling information about diseases and treatments.

In Russia we also have a variety of symptom-carrier internet societies,

such as 'panat', for those who suffer from panic attacks and other conditions. Sometimes they differ from self-help groups, which are a powerful resource for healing, in their tendency to aggravate the impact of the disease and in the unconscious concurrence of the participants to become the 'sickest person of the year'. We would like to stress some psychological factors important for developing the lingering course of neurotic disorders such as the difficulties in differentiating between outer and inner conditions of events. The variety of the interpersonal patterns in these individuals is limited, and living in the case of self-stigmatization creates a serious obstacle for acquiring new experiences.

Our study showed that among the mechanisms of psychological defense reaction formation prevails. This means that every time when the wish for autonomy arises or the person feels angry, it brings about intensive feelings of guilt that support the symptom formation. The active responsible position is to be avoided by all means. The level of proactivity is decreased which blocks the individual from using the resources he has to achieve his goals. There are also some distortions in the motivational structure where sometimes failure is experienced as victory and the best unconscious revenge for the parents is to become the chronically ill patient. The whole system of family relationships, taking into account transgenerational problems, plays an important role in pathogenesis and in the course of the illness.

Among the social factors we would like to stress the poverty of the events of daily routine, where the appointment with the doctor can become the highlight of the week. The other issue is the decreased density of social connections in peer groups. The low level of self-realization brings about a serious hole in the identity, which is filled by the means of self-stigmatization.

The status of the patient plays an important role in the building of the identity of the patient, suffering from a lingering neurotic disorder, gradually ejecting the healthy resource of the individual, which is often devaluated and neglected by the patient and by mental health care providers taking part in the treatment process as well.

We can observe the building of the vicious self-supporting circle between the hole in identity, self-stigmatization and avoidance of new experience.

We have to acknowledge that the modern trends in the mental health system and actually in organizations providing health care in general make a serious impact in facilitating the tendencies mentioned above. There is a dangerous shift in restricting ourselves just to use the symptoms check-list instead of a proper clinical interview.

The duration of medical appointments is constantly decreasing and focuses the concentration of the attention exclusively on the signs of illness. There is a tendency to elaborate standard treatment protocols, which exclude clinical thinking and a personal approach to the suffering individual. The whole patient treatment process will be more and more described as case management. All this happens against the background of a constantly growing paper work that defines the shift of the main attention of the professionals away from the patients to files. As one of the American psychiatrists with more than 20 years of practical experience, Dr. LEVIN stated in his interview, "I miss the mystery and intrigue of psychotherapy," and then he added, "Now I feel like a good Volkswagen mechanic." (2011).

How can we improve the situation? The identity of the patient should be in the center of the treatment system. We should use the possibilities and new achievements of pharmacotherapy to reduce the burden of symptoms and the anxiety, providing facilitating conditions for acquiring new experiences. It will enable us to disrupt the vicious circle. A well elaborated psychotherapeutic setting is necessary. The main targets should be working through the distortions of the motivational system and the pathological primary group experience. The healthy resources of the patient should be in the center of attention. Therefore not only conflict-focused methods but also expressive psychotherapeutic methods, using the creative potential of the individual, should be included in the treatment system. We also have to make efforts to provide the patient with facilitating social environment options, especially for the severely ill.

"The main life task of the individual is to give life to oneself, to become someone who he potentially is. The main result of his efforts is his own personality", said Erich FROMM in his book 'The art of loving' (2001, p. 64) and we think it's very true for the main therapeutic goal of every treatment as well as the life task of every professional.

## Zusammenfassung

Die Besonderheiten einer persönlichen Identitätsentwicklung spielen im Leben des Individuums eine entscheidende Rolle. G. AMMON beschreibt die Identität als eine zentrale Humanfunktion eines Individuums. Dabei betont er die besondere Bedeutung der Primärgruppensdynamik sowie die weiteren Gruppenerfahrungen eines Menschen für seine Entwicklung der Identität, sowie für die psychotherapeutische Arbeit. Unter bestimmten pathologischen Einflüssen und Bedingungen entwickelt sich eine falsche Identität. Diese schützt als ein Anpassungskonstrukt das Ich von der Desintegration und gewährleistet somit die Einheit der Persönlichkeit. Ferner dient dieses Anpassungskonstrukt dem Individuum 'das Loch im Ich' zu füllen.

In manchen Fällen nehmen auch die intellektuellen Ressourcen, wie zum Beispiel ein erfolgsorientiertes Verhalten oder die Entwicklung einer funktionierenden Fassade, die 'gesünder als gesund' wirken kann, einen aktiven Teil an der falschen Identitätsbildung. Parallel dazu werden die Gefühle sowie die emotionalen Bedürfnisse eines Individuums abgespalten und vernachlässigt. Anstatt authentischen Beziehungen rücken die Etikettierung sowie diverse Arten des Managements als eine Lebensstrategie in den Vordergrund. Dieses Vorgehen macht das Individuum extrem sensibel und verletzbar, was es zu einem psychisch Kranken statuiert.

Zu Beginn jeder Behandlung müssen wir uns zunächst nach der subjektiven Bedeutung der entstandenen Krankheit für diesen bestimmten Patienten fragen. Ist es zum Beispiel nur eine kurzzeitige Krise, ein transitierender pathologischer Zustand, ein Lebensstil oder ein untrennbarer Teil der Identität. Wie gebraucht der Patient seine Krankheit als kommunikatives Mittel in seinem Gruppenmilieu, welche Position wird ihm in seiner Gruppe durch seine Störung zugewiesen, wie reagiert sein Mikrosozium auf die Störung?

Unter Selbst-Stigmatisierung versteht man oft die Reaktion des Patienten auf seine Krankheit unter Einbezug der gesellschaftlichen Einstellung zu psychischen Störungen. Es ist ein Ergebnis der Applikation, Anwendung auf das eigene Selbst des Umgebungsklischees. In diesem Modell findet keine Berücksichtigung oder eine Unterschätzung der Rolle

der Identität des Patienten statt. An dieser Stelle muss betont werden, dass es die Persönlichkeit des Patienten ist, die ihn sensibel macht. Es ist notwendig, bei der gleichzeitigen Einschätzung der aktuellen gruppensituation, die Selbstetikettierung eines psychisch gestörten Menschen als ein Prozess der falschen Identitätsbildung zu betrachten.

In der psychotherapeutischen Behandlung ist es notwendig, sich nicht nur auf die Symptombeseitigung zu konzentrieren, sondern auch eine Nachreifung der Identitätsentwicklung zu gewährleisten. Dabei muss eingeschätzt werden welche Lebensabschnitte von Bedeutung sind sowie wieweit das Ich in Selbst-Stigmatisierung involviert ist. Die Selbstetikettierung ermöglicht als Vertreter bestimmter Störungsgruppen 'das Loch im Ich' zu füllen und kann damit in dem Gruppenmilieu die ambivalenten Motivationsstrategien durchführen, unbewusste Rachewünsche ausagieren oder ungewünschte Beziehungen voller Eifersucht vermeiden.

Das Zusammenspiel zwischen dem Niveau der realen Ich-Funktionen, die Rolle der falschen Identität, sowie rigiden Selbst-Stigmatisierung muss im Zentrum jeder Behandlung stehen.

(Deutsche Zusammenfassung: Isabel Damrau)

### *Literatur*

- Ammon G. (1996): [Dynamic psychiatry]. Sankt Petersburg: Bekhterev Psychoneurological Institute.
- Chekhov, A. P. (2009): Psychopaths. Sankt Petersburg: Azbooka.
- (1969): Collected works. Moscow: Mosizdat.
- Freud, S. (1991): [About clinical psychoanalysis]. Moscow: Medicine.
- Fromm, E. (2001): [The art of loving.] Sankt Petersburg: Azbooka.
- Gabbard, G. O. (2004): Long-term psychodynamic psychotherapy. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Laing, D. R. (1970): The knots. Tavistock.
- Levin (2011): Interview with Gardiner Harris. March 5, 2011, New York Times.
- Menninger, K. (2005): [A man against himself.] Moscow: Olmapress.
- Mikhailova, I. I. (2004): [Self-stigmatization of mental patients.] Moscow:..
- Winnicott, D. (2003): [Collected papers.] Sankt Petersburg: Arhetip.

# The 'Internalized Negativity' and the 'Perverse Negativity'

## The Impact on the Psyche of Contemporary Russians through the Traumata Experienced by their Ancestors

Paul V. Katchalov (Moscow, Russia)

Topic is the transgenerational transmission of collective traumata in 20th century Russia, the applicability of GREEN's concepts of 'internalized negativity' and 'perverse negativity'. The effect of shame regarding the cowardice and meanness of three generations is seen as the main obstacle in psychoanalysis as are family secrets suppressing any work of secondary process thinking and incestuousity as the common final pathway of familial isolation to keep their secrets. Analysis, seen as a threat to familial narcissism, patient's narcissism, and incestuous isolation. Negative counter transference, reactions and provocations. The analyst's difficulties: the need for a profound knowledge in history and literature, tact, courage, ingenuity, impeccable reliability, flexibility, and firmness in the face of unusual, paradoxical, and paralyzing functioning of patient's psyche.

Keywords: narcissistic equilibrium, counter transference, incestuous isolation

Since years André GREEN (1993) continues with his elaborations about FREUD's work which he had started already at a time before analysts became familiar with the concept of psychic negativity. Concepts such as libidinal viscosity, moral masochism, punishment seeking, and repetition-compulsion (FREUD 1920/1998) were thought to be a failure of psychoanalytic treatment by leading to an interminable analysis (FREUD 1937a). In his most recent book on this subject, GREEN (2010) once again enriched the conceptual psychoanalytic terms by introducing the 'internalized negativity' and the 'perverse negativity'. He introduced these after reading two literary works by a Russian and a Hungarian writer, both victims of 20th century's totalitarianism writing about their experiences.

---

The article was initially presented at the Fourth National Congress For Social Psychiatry in Moscow City-Hall, on December 12, 2011.

Reading GREEN's book I was thinking again what residue might have been left in the psyche of those who seek help from a psychoanalyst in Russia at the beginning of the 21st century? These two kinds of psychic negativity, repression and massive deformation of thought, are the most significant sequelae of very serious injuries, permanent threats of physical death, experienced by the grandparents of the current generation during the years 1920-1950 in the USSR, when the nation was a brutal and carnivalesque utopia. In addition, there are less obvious consequences of traumata, the suffering from continual narcissistic threats, experienced by the parents of the current generation in the years between 1960-90 in Soviet Russia that even at that late stage was still pretending to be at the beginning of a communist paradise: 'social realism'.

Do these clinical cases fall within the category of internalized negativity in terms of permanent failure, the inability to enjoy life and one's capabilities extending to self-punishment, when the grandfathers' and fathers' sins seem to be transferred to their sons and grandsons? Or do they fall into the category of perverse negativity, in terms of family lies, patients' lies, and intense envious hostility against the analyst? Does this perverse negativity also include the analyst who cannot suffer in place of his analysand additional to a pervasive cynicism where no one can be believed, as well as an unrestrained domestic violence and humiliation inflicted by parental authorities?

For ethical reasons I have withdrawn my clinical vignettes, but also because their presentation could turn out to be confusing (FREUD). I would, however, like to share my impression of the much greater trans-generational impact on male descendants, an impact that inhibits independent thinking in all these cases. Inhibition and distortion of people's thinking capacities are, in my mind, strongly related to unexpressed secrets of families involved in the history of collective traumata in 20th century Russia. In any case, the specifics of clinical cases, as every psychoanalyst knows, prove nothing per se.

How, can we then as psychoanalysts perform our work after this long-lasting seventy-year reign of totalitarian utopia? How can we address the trans-generational projections of object representation and internal object relations, from the 1930ies grandparents into the psyche of those who are now defined by sociologists as the 'first Stalinist generation'? And how can we address the projections of these representations dating back to the



era of the totalitarian utopia at its peak? Would Russian patients these days be able to fantasize independently with such a psychic heritage? By reading such literary authors as SOLSHENITSYN, SHALAMOV, or GROSSMAN we can assume that the tragic clarity at least was felt at the approach of death by those who were 'thrown into the dust of the camps'. But we have to ask what happened specifically to the descendants of survivors who failed to understand the point of these authors-, 'comrades'-in-misfortune, and how should these descendants of the camp prisoners live the experience of psychoanalysis?

Is this a matter of dealing with 'les secrets de la comédie', after all? In the cultural environment the traumatic historical events seem indeed well presented there. Many writers of literary works and filmmakers speak to reasonably cultured and well-educated people of the elite. Countless are, on the other hand, the 'political anecdotes', jokes, and stories with unambiguous evocations of trauma expressed by people of the popular culture. The history books as well are full of traumatic reports; and even the contents of all 75 history books for schools, officially authorized by the Ministry of National Education, agree more or less that the numbers of victims of the Soviet Union amount to tens of millions of people. One can calculate that all the ancestors of Russians now alive were, in the period starting with the communist coup d'état in 1917 and ending with STALIN's death in 1953, subjects of 'mass-scale terror' (LENIN's formulation). All grandparents of contemporary Russians 'participated' in the homicide and the horror stories. They were either victims or executioners and played on 'both sides of the barbed wire' in a macabre exchange of roles.

Having lived for more than thirty years in the social universe of terror without end, under the constant threat of death, the grandfathers and grandmothers bequeathed the third generation of Russians with a psychological heritage: the repression of memories, and this heritage engulfed entire families in the abyss..

After the generation of grandparents, whose psychic world we can only remotely reconstruct, there still followed a traumatized second generation. This generation has lived under oppression between 1960 and 1990. However, the threats of this oppression, even though ubiquitous, were not related to physical death. These threats rather concerned narcissism.

The regime relied on countless bureaucratic 'records' on members of the second generation, the fathers and mothers of my current Russian patients, people still alive though mostly retired. From the 1960ies until the collapse of the Soviet Union their records could have become 'bad' or 'good' depending on the 'goodwill' of the person monitoring them. Persons of the second generation were 'free' to choose their fate already in their early youth, participating or not in the game requiring 'to know nothing' about the fate of close relatives. Persons who chose to tell the truth about their parents' 'dekulakization' (peasants blamed as 'kulaks', killed or exiled), or about the emigration of their family members were not sent directly to the camps but could forget all their hopes of entering university, which was the only way to climb the social ladder. One knew in advance that the KGB would always have an eye on you. Therefore, social advancement required the second generation to lie, and to lie even more with each new folder filled in by one's own hand. To confess being a liar for the sake of submitting to authority is very humiliating. But since the questions asked were no longer questions of life and death, many of these second-generation people preferred to believe they were not lying at all. They simply did not acknowledge demeaning themselves in their 'voluntary servitude' for social benefits, however derisory.

Thus this second generation is the most recalcitrant in the denial of the crimes under communism; these people certainly are prohibiting any psychological and social development. For the psychoanalyst, this generation represents the social group most hostile against any lifting of repression and therefore hostile to any psychoanalytical idea. This is the most narcissistically vulnerable group, the least able to undergo any kind of mourning, therefore a group with a very strong incestuous inclination. This is why the famous 'babushka syndrome' is flourishing, the syndrome of the grandmother, extremely incestuous.

Given their narcissistic self-sufficiency, third generation Russians very often appear at the psychoanalyst's practice with no clear demand for analysis. From the very beginning, anything psychic is quite problematic for them, aggravated by a tremendous suppression of secondary thought processes. The person may come to see the psychoanalyst with symptoms that are mostly insignificant, with an isolated symptom of phobia, or a slight depression, complaints about their family members, or simply

some vague discomfort. But very soon the analyst is faced with the patients' very real ban on thinking, their resistance to link their trans-generational representations and their affects within the secondary process. This resistance can vary in degree: from silly, faked feeble-mindedness in ordinary patients up to almost exquisite stupidity in intellectuals and technocrats. The latter stupidity is the one most evidently colored by moral narcissism: "let's not speak about it", "we talk wrongly", "you are rude". These patients seem to know everything about the history of their country but manage not to know anything about the history of their own families.

The elaborations of the primary process continue to run their course without correcting the actual reality that is existing behind the façade of symptoms and soon will be ready to emerge. Rather common is the development of a more or less 'cold' persecution delusion, of dangerous acting out, or somatic attacks. It seems to me that this is related to severe feelings of shame, i. e. the shame of the grandparents who either were the perpetrators or the victims of cruelty or weakness. It also may well be the shame about the cowardice found in two if not three generations of silent liars. The feeling of shame for one's own or someone else's cowardice is even more painful, since all the still living protagonists of these family dramas have to realize that they had remained silent.

They had lied even when in the social reality nobody was anymore in real danger, long before the communist regime formally ended in 1991. People did not even speak 'within the family' about their family's actual history. The shame of cowardice is all too often the greatest resistance against psychoanalysis. Reworking the subtle work of 'un-thinking' of three generations is a task that requires extreme cunning. The familial attention-diverting tricks may have been too well rehearsed. Mainly at the beginning of the analysis, the patient easily and cleverly figures out how to turn the conversation around with his seemingly free associations as the analyst approaches the difficult questions of familial history. These are very specific defenses against the cure, if we understand psychoanalysis as "a discourse of truth and not a restitution technique" (GREEN 1983/1969).

Psychoanalysts in general are often embarrassed to speak about the subject of social psychology, because it is not about interpreting the ex-

perience of the couch but about haphazard constructions, difficult to verify by their clinical effects. Are there really influences of society, broadly speaking, on the individual psychic apparatus, comparable to the influences of object relations that are more familiar to analysts? This is why I quote Hans ENZENSBERGER, a poet I like because he confirms my clinical intuitions. 'Poets always knew everything' as FREUD used to say.

In Russian literature, I would like to mention first of all 'A poem without a hero' by the famous Anna AKHMATOVA. This woman, who felt so well that in the 20th century there are no more heroes, just as the corpses of victims have no more dignity than the bodies of their executioners. Can you remember the last line of '1984' by George ORWELL? That line is great: "He loved Big Brother." The whole essence of totalitarianism is that it extorts from its subjects the libidinous affects directed towards the imago of Big Brother and his representatives. 20th century's poets and writers are better able than timid psychoanalysts to express this side of the psychic reality the totalitarian regime is able to impose on its subjects. Hence I think, it is essential to have a good knowledge of poetry and contemporary literature for the treatment of our patients. 'How Mr. Corporal should be delighted', 'until his death,' whispers Mother Courage's youngest son in BRECHT's play, the one, who at the cost of his own life saves the chest of the second Finnish regiment; 'How Mr. Corporal should be delighted!'

It is an embarrassing task for a psychoanalyst to talk about social history. Why was grandfather so silent about his wartime activities? Who were the border troops and other paramilitary effectives of WWII of whom the Soviet history textbooks remained dead silent, and what happened to the regime's faithful servants? Only 'pure logic of the analyst' (HARTMANN dixit!), who himself lived long enough under the USSR, can explain how and why, the day after the end of WWII, the potentially compromising witnesses became a liability and moral burden for the utopian regime. Therefore, although generously rewarded for their bloody services, the guardians of the regime ordered them to be silent forever, but also to silence their families on all their activities during the war, under the threat of finding themselves in the camps.

I had to research the details of the Stalinist regime's attitudes towards ethnic groups by depending on the behavior of my patients' distant

relatives abroad. My highly educated patient of Jewish origin, reading PLUTARCH *en regard*, could not, without analysis, recognize an evident relationship between the facts why his grandparents were 'good' under Stalin, and why the other Jews in Israel have failed to create a communist state. After 1947 his Jewish grandparents were divested of their positions of 'privileges' in the KGB and in the Army. For these 'fallen' communists all their reflections on their fate immediately became taboo subjects, taboos passed on to their children and their descendants. The descendants of Pontic Greeks did not know without analysis how to link the deportation of their grandparents from the Black Sea coast in 1949 with the failure of the communist guerrillas in Greece, *et cetera*.

It is considerable work for a psychoanalyst. Without these remarks and such constructions the patient may never find himself, where neither the good books in the bookstores nor the archives, even after they were opened in 1991 to family members for consultation, are of any help.. The feeling of shame had paralyzed the freedom of associations in their ancestors' psychic apparatus, leaving mental representations not describable and unpalatable. Among the descendants of persons suffering from collective trauma this particular feeling of shame contributed to further deformations and massive degradations of mental representations leading to deficient mental traces to describe these representations. The raw material of the mind's work disappeared for generations: how can one think when one inherits just particles of enigmatic representations; how can one connect those with each other or to what else should one link these small parts? How can traces of memories actually weave a web of associations if essential memories were not shaped, at best disfigured or simply understated? In the consulting room there were after all only sighs, tears, teeth gnashing and inexplicable temper tantrums, associated so poorly with some material that might recall repressed memories, e. g. cinema, songs, Red Army or German military tunics, or silk stockings at the bottom of grandmother's drawer who had died in the camps.

This shameful paralysis prevented real thinking, the establishment of links between affects and representations in all areas important for the psychoanalytic process. Of course, all patients had their own psychosexual evolution and their Oedipus complex with various vicissitudes but the usual technique of a superficial working through of the Oedipal com-

plex led to predictable, pre-ambivalent narcissistic regressions (BOUVET 1968; GRUNBERGER 1993/1956) with affects of euphoria, inebriation, and elation (GRUNBERGER 1993/1956). Unpredictably, the intensity of these affects of pseudo-healing did not correspond to any real past object relations.

The suppression of thinking, this psychic inheritance passed on from generation to generation, was palpable at any stage during these analyses. But how was that perceived? Nowhere else is the Freudian concept of retroaction as true as here. I am talking here about the retroactive psychic processes following the actual trauma (FREUD 1895/1987). Of course, all normal families have their encapsulated secrets, but this inevitably increases the level of incestuousness of the patients. Everything folds in on itself within these families, even erotically, and therefore makes the members of these families ever more disturbed. Private follies (GREEN 1990) are flourishing then in our Russian garden. However, the more we talk about family histories, the more the memories and very names of older or prior relatives cease to be taboo the less family's conversations were limited to bland contradictions such as 'there was daylight, but it was dark', the less the thoughts become forbidden. The more silence is not anymore the law, the more we learn, for instance, about the physical nudity of parents in the presence of their children extending to a more or less accomplished incestuous acting out. Thus, along with working through pre-genital material, as required by theory, I had to wage my war on the multi-headed dragon of learned familial forgetfulness and secrecy.

Prohibited thinking is a challenge for traditional psychoanalytic technique. You may already have noticed the unusual amount of interpretive constructions (FREUD 1937b/1995) I had to undertake with these patients with the inevitable risk of lapsing into suggestion, or worse, politically engaged suggestion. I have done my best to avoid having the patient sink into

deadly immobilization, but without putting to death, except by suicide, that we know is exceptional in these cases: this is behind this apparent masochism we may guess the fortress of a (negative) narcissistic relation, where we may design the lacking place of an object, definitively marked by its failure. Thus there are no grief, but on the contrary, interminable resurrection of an object immortalized the one can not separate oneself, that is impossible neither to let it die, nor to replace it once forever, at least spontane-

ously. The object is present here only in the form of a ghost, haunts the subject, sticking to the latter, groaning at his contact, exhaling an eternal complaint, setting an interminable accusation act, during an interminable trial, without a verdict (GREEN 2000,).

However, I am ready to accept that

if the analyst would answer present to this transference appeal, his intervention would be ignored, refused, partly by vengeance, partly by hopeless affirmation of this alive-dead haunted by his desire to find admitted this what had been done of him, reduced to moral abandon in a situation of helplessness with no end (GREEN 2000).

In short, my technique with these patients is deliberately not silent but counters the deadly and eroticized silent isolation of three generations. I only become more silent when the pace of the analysis progresses towards lifting the taboos of past generations. Then the analyst's silence is no longer an accomplice of the silence of private family madness. Though, sometimes a feeling of

deadlock seems to make this passage impossible, except to repeat again and again the trauma with and on another object. This issue, only the analyst can to offer it, while proposing himself to the analysand as an object that can accept the haphazard, the experience and its risks, including those to fail sometimes, to tumble more than one time before to get ahead, to grope sometimes, to err often, and wrapping it up, to succeed anyways to rescue from a sought-after disaster the capacity to think, despite attaining the aim by all the means (GREEN 2000).

Of course, in A. GREEN's sense (1983/1969), we are here in the field of moral narcissism. Thus the technical arrangements, irrespective of the often seemingly 'neurotic' psychic structure of the descendants of collective trauma victims, are partly derived from discoveries made in other domains of clinical psychoanalysis:

In hospitals for children, for example, the intensity of feeling shame is the source of a major technical difficulty, as it is known to child analysts. This is because the parents' and grandparents' libidinally aligned representations are too strongly linked with the narcissistically aligned self-representations of the subject, young or grown up. In hospitals for children and adolescents, any criticism of the parental imago is a bad idea (CHABERT 1994). Here we are treating adults, parents, rather than their children, who strongly need an separation from their parental families. But even for the adult narcissism it is hurting too much if the entire familial lines of descent are put into question, as is sometimes the case with

both, maternal and paternal lines. Therefore, one has to have maximum respect how the patient's narcissism is connected with representations of their grand- and great-grandparents.

Avoiding the above-mentioned, sometimes endless, narcissistic regression, more often leading to bitter disillusion, I always dare to follow, sooner or later, GREEN's (1983/1969) general guidelines for the treatment of moral narcissism. I do not try transference interpretations with patients while they are still dressed in narcissistic armor. I do not try otherwise harmless resignation (GRUNBERGER 1993/1956) that in these cases is a subtle form of Penelope's work of unbinding when already so many mental links are missing. I know that our time has its own political correctness when the adepts of passionate sadomasochist relationships: 'hain-amoration' (hate-love) (LACAN 1975), multiply their ranks in the transference. Then I try nevertheless "the least guilt-inducing variant of goodness [...] pouring the first jet into the Danaides' barrel" (GREEN 1983/1969). Thus I resolve to pronounce key words: shame, honor, dishonor, cowardice, and treason. I know that the worst frustration the patient can feel in analysis is not to be understood (BOUVET 1968). "As cruel as it can be to hear the truth, it is less than the iron yoke in which the patient feels imprisoned." (GREEN 1983/1969).

From the hospitals of borderline patients one learns about paying attention to the 'chant de la parole' (LACAN 1966a/1953). This concerns César and Sara BOTELLA (1988) who consider what occurs 'at the limit of technical possibilities of the [psychoanalytical] method' when the analyst's attention is turned more to the prosody of speech, to the intonation of words than to the explicit content of the discourse. Interpretation is given immediately, while the verbal intonation is still present in the patient's short-term memory. Inventiveness is what is required here.

To deal with the patient's psychological legacy of collective trauma, the psychoanalyst deliberately plays a totally fictional character in the utopian imagination as he frames matters by choosing to speak in the military language and use the legal vocabulary styled by Stalinist ideological comics. Thus, the psychoanalyst rightfully depicts the sessions in terms of the patient's dealing with the 'class enemy' and with the 'agent of the international bourgeoisie' so many Soviet propaganda posters warned against.

The psychoanalytical adventure in itself becomes a 'defection', 'join-



ing the enemy', a 'high treason, deserving a capital punishment'. The risk to be 'guilty' is to be 'struck by the heavy penalty of Soviet law, by the general hatred and contempt of the working people'.

What were the effects of these obsolete formulations? People on the couch trembled with their whole bodies on account of the fear of previous generations! The psychoanalyst is, therefore, 'the mercenary of the imperialist enemy' with whom the 'offender' (patient) maintains a 'criminal commerce'.

All these references to the out-dated vocabulary of that bygone era provide places for the sudden eruption of affects, leaving behind defenses, such as serious denials. The eruptions lower resistances, often with affective vocalizations, outbursts of tears or even laughter. I always take risks. Later some patients told me that they had lived through moments with the almost irresistible desire to get out of the practice to never come back. I know too well that the super-ego is really 'obscene and fierce' (LACAN 1966b/1955) and that it is never the analyst's ally. I know that I surreptitiously use all my artfulness to undermine the psychic power of this 'sworn voice' ['grosse voix'] (LACAN 1966c/1958-60), as it is not that mostly paternally inherited instance FREUD conceived. This is not the voice that sends the subject constantly back to the father's law of deuteronomy, to the law of interdiction of incest and human sacrifice.

I have to admit here that it is not by chance that I have been using masculine pronouns to designate my patients.

I have the impression that Russian women managed to pass the 20th century's ordeals with more dignity than Russian men. Women were significantly less frequently enslaved than the utopian state's working cattle. These enslaved men were pitied by their women, though no longer respected. Women very rarely had important positions in the Party or the KGB. Even if they profited indirectly from their men's acquired advantages they secretly despised those men who 'fluctuated with the Party line', a popular joke.

And the children sensed the feelings their mothers nurtured unconsciously over three generations towards their fathers and Russian men in general. Even those men, who overtly combated communism and failed, those men, who Marina TSVETAYEVA tried to poetize in her 'White Swans', were losers. When TSVETAYEVA returned from Paris to the 'new

Russia' only to discover that the Soviet man with whom she had fallen in love in Paris was a KGB agent, she, one of the greatest Russian poets of the 20th century, had chosen to die. When hanging herself, did she feel any respect for all these men in her life, even for her 'white swans'? I doubt it! Thus I think, it must be a much more difficult task for Russian men to help themselves with the traumatic sequelae: to find a father figure to identify with, and to gain the respect from their women and children. I repeat, this task is much more difficult for Russian men than for Russian women. To gain respect for oneself when the father and grandfather were, in most cases, despised is a harder task than just to make money.

From the hospitals for psychosis we learned about the interpretation of mental paradoxes and how to work through the sublime delights of familial incestuousness, too long confined by shameful suppression. Here we usually have to deal with a badly structured transference, with an uncertain mixture of love and hate.

I am following the advice of André GREEN and prefer the analysis of the hateful aspects of trans-ference. This hateful transference is manifested with 'forgetfulness': of the analyst's constructions, of the patient's once eager agreement with these constructions, of his own recollections, even of his own memories from yesterday. This hatred may be translated into 'scholarly gossip' on the side topics or in the devaluation of the analytical work of the past, and of affects that one had once experienced. Hence we can hear, 'it was nothing'. The incestuousness of the 'elected' in their masochistic suffering and their sadistic familial enjoyment, the utmost eroticized secret, the final common pathway of so many pathologies forced me to talk about the family in terms of the sacred marriage of the gods (hagiogamia), all of them being each others sisters, brothers, mothers and fathers, sons and daughters.

Now it is just the right time to talk about Isis and Osiris, Cybele and Adonis, about 'the death and rebirth of the gods' in pagan religions, about the necessity of human sacrifices, voluntary and involuntary. It is the time to talk of the enjoyment of self-castration in front of the idol of the mother goddess in the ancient center of Babylon. We make fire of any kind of wood for the sake of moving the thought process forward, to promote the figuration of traumatic representations (BOTELLA, BOTELLA

1983) to bring the patient out of the deadly, dumbfounding, frightening, and incestuous conspiracy of their silent parental families.

What about the analyst's difficulties, his need for a profound knowledge, not only of the psychoanalytical theory,

his need of flexibility and firmness in his setting, of active receptivity, of courage, of impeccable reliability, of inventiveness in the face of unusual, paradoxical, and paralyzing functioning of the patient's soul, (GREEN 2006,)

that everyone may read elsewhere?

The analyst must be an artisan of separation with the patient [... his] interpretive attitude can at times permit access to the idealization-persecution problem, and can thereby uncover what is lurking in the persecution implicit beneath the façade of idealization. Protection from persecution on the part of the object and suffered by the ego (on the part of the ego) and suffered by the object is simultaneously an escape from persecution in a camouflaged form. Through this the object-tie [...] can be reconstituted. Thus the ego's reproaches concerning the object and the object's reproaches concerning the ego. Recourse to narcissistic sufficiency can be accounted for only by the deficiency of the object, whether this deficiency was real or not (GREEN 1983/1969).

Oh, how real they were, those objects' insufficiencies during the last century! And only after the object and the ambivalent ties with the oedipal objects are established, we may sometimes progress to the happier final phase of analysis where the puzzle of a patient's familial history and his ancestors' passions creatively come together with his own wishes and desires without threatening the patient's narcissism anymore. Nothing and no one lures him anymore with the ultimate enjoyments of the death drive. This dream analysis, where not only the analyst listens but also the analysand begins to listen and starts to answer by bringing up new associations, this dream analysis is always directed towards Oedipus. There, repression, as a retaliation of the repressed, takes one to the most secret hall within the villa of mysteries, where the symbol of a phallus will always appear at that moment when the drives are blending with genital primacy. But that is already another drama, when psychic negativity is forever relegated to its supporting role in the play of a patient's life. In this drama the patient's ego will eventually ask, "Where was my Id?" "O viva morte, o dilectoso male, come puoi tanto in me s'io nol consento?"

(English language version by Angelika Rauch-Rapaport)

## ‘Verinnerlichte Negativität’ und ‘perverse Negativität’ Nachwirkungen der von den Vorfahren erfahrenen Traumata in der Psyche der heutigen Russen (Zusammenfassung)

André GREEN<sup>1</sup> (2010) hat ein originelles Konzept aus zwei psychischen ‘Negativitäten’, einer ‘verinnerlichten’ und einer ‘perversen’, für die Nachkommen der kollektiven Traumata des 20. Jahrhunderts vorgeschlagen. In der Generation 1917-1953, der Großelterngeneration, bestanden die überlebten Traumata in der realen Bedrohung mit physischer Vernichtung in ständigen Terrorkampagnen. In der Generation zwischen 1953 und 1991, Vätergeneration, bestanden die überstandenen Traumata vor allem in der narzisstischen Gefahr sozialer Herabstufung.

Klinische Analytiker im heutigen Russland befassen sich mit beiden Formen psychischer Negativität. Eine massive Unterdrückung von Erinnerungen und daran anschließende Verzerrungen der sekundären Denkprozesse sind die wichtigsten Komplikationen einer solchen generationenübergreifenden Übertragung. ‘Verinnerlichte Negativität’ in der Nach-1985-Generation, Enkel, findet ihren Ausdruck in ‘Vergesslichkeit’, sich wiederholenden sozialen Misserfolgen sowie der Unfähigkeit, Chancen und die eigenen Fähigkeiten auszunutzen. Dies ist ein klarer Hinweis auf Selbstbestrafung, durch die die Enkel die Sünden der Vorfahren übernehmen.

Perverse Negativität dient vor allem der umfangreichen Geheimhaltung der elterlichen Familiengeheimnisse. Das wird durchgesetzt mit besonderem Zynismus, durch Gewalt und Demütigung der Jüngeren, zu denen gewöhnlich die Patienten gehören. Es werden Neid und Hass auf ‘die Anderen’ übertragen, die statt des Analysanden für dessen Versagen/Desaster verantwortlich gemacht werden. Vergessene Erinnerungen an Familiengeheimnisse erscheinen in der Analyse in der seltsamen Gestalt von ‘Komödiengeheimnissen’: die Spuren der unterdrückten Erinnerungen und Affekte der drei Generationen werden ständig von außen belebt, sei es durch Fiktion/Geschichten, Medien, Volksüberlieferungen und sogar durch alle 75 vom Ministerium für Bildung genehmigten Geschichtsbücher.

Wer die Opfer kollektiver Gewalt im 20. Jahrhundert zählt, kommt auf eine Menge im zweistelligen Millionenbereich. Das heißt, dass in der

Großvätergeneration jedes heutigen russischen Bürgers jeweils entweder ein Opfer oder Henker/Täter oder Komplize des 'massenhaften Terrors' (LENINS Formulierung) war. In der Vätergeneration ging es um narzisstische Traumata im Falle von 'politisch inkorrekten 'Angaben in Akten, die sich mit unzähligen 'persönlichen Fällen' füllen, wo Lügen über die Geschichte der Familie und ihrer Verwandten endlos wiederholt werden und vom Betroffenen mit eigener Hand im Interesse des 'sozialen Erfolgs' unterzeichnet sind. Massive Unterdrückungen sekundärer Denkprozesse führen dazu, dass die Patienten aus der Enkelgeneration die Behandlung mit einem diffusen Bedürfnis danach beginnen. Ob bei fruchtlosen Symptombehandlungen oder vagen Beschwerden, bald stößt man bei der Analyse dieser Hemmungen auf das Verständnis der generationenübergreifenden psychischen Übertragung. Der Widerstand reicht von vorgetäushtem Schwachsinn bis hin zu erlesenen intellektuellen Missverständnissen in der Art von 'was ist da zu tun?'.

Der innere Gang des primären Denkprozesses läuft währenddessen weiter und die Façade banaler Symptome bricht zusammen: in Form von Verfolgungswahnepisoden, von gefährlichem Ausagieren, dann in plötzlicher Somatisierung. Starke Schamgefühle für Feigheit und Mittelmäßigkeit der vorangegangenen zwei Generationen sind die Haupthindernisse für die Psychoanalyse, die man als einen 'Wahrheitsdiskurs' verstehen muss (GREEN 1983/1969). Die Interpretation der Äußerungen klingt mehr als der formale Sinn der Rede 'an der Grenze der technischen Möglichkeiten der Methode' (BOTELLA 1988), ein ungewöhnlich weitreichender Gebrauch von 'Konstruktionen in der Analyse' (FREUD 1937b/1995). Ein russischer Analytiker des frühen 21. Jahrhunderts muss auch ein Historiker sein, mit dem Willen, die 'leere Rede' des Patienten in seine 'volle Rede' (LACAN 1975) umzuwandeln und damit seiner Seele ein wenig wirkliche Existenz/Gesundheit zu geben.

(Deutsche Zusammenfassung: Erwin Leßner, Sabine Langhorst)

## References

- Botella, C.; Botella, S. (1983): Notes cliniques sur la figurabilité et l'interprétation psychanalytique. *Rev. franç. Psychanal.* 47(3):765-776.
- (1988): Trauma et topique. Aspects techniques de l'abord du trauma en séance. *Rev. franç. Psychanal.* 52(6):1461-1477.

- Bouvet, M. (1968): La cure type. In: Œuvres psychanalytiques. Paris: Payot.
- Chabert, C. (1994): Clinique d'adolescence et métapsychologie psychanalytique; leçon du mardi, 20 janvier 1994. In: Module théorique d'enseignement de D.E.A de psychologie clinique, pathologique et psychanalytique, Université René Descartes. Paris V, session du 1993-1994.
- Freud, S. (1895/1987): Entwurf einer Psychologie; S. 387-477. GW Nachtragsband. Frankfurt/M.: Fischer.
- (1920/1998): Jenseits des Lustprinzips; S. 1-69. GW13. Frankfurt/M: Fischer.
- (1937a/1995): Die endliche und unendliche Analyse; S. 57-99. GW16. Frankfurt/M: Fischer.
- (1937b/1995): Konstruktionen in der Analyse; S. 43-56. →1937a.
- Green, A. (1983/1969): Le Narcissisme morale; p. 177-207. In: Narcissisme de vie, Narcissisme de mort. Paris: Minuit.
- (1990): La folie privée; 412pp.. In: Paris: Gallimard.
- (1993): Le travail du négatif; 391pp.. In: . Paris: Minuit.
- (2000): Le temps éclaté; pp. 119-155. In: . Paris: Minuit.
- (2006). Les voies nouvelles de la thérapie psychanalytique; pp. 61-97. In: . Paris: Presses Universitaires de France.
- (2010): Illusions et désillusions du travail psychanalytique; pp. 230-236. In: . Paris: Odile Jacob.
- Grunberger, B. (1993/1956): Essai sur la situation analytique et le processus de guérison (la dynamique); pp. 53-113. In: Le narcissisme. Essais de psychanalyse. Paris: Payot.
- Lacan, J. (1966a/1953). Fonction et champ de la parole et du langage en psychanalyse; p. 237-322. In: Écrits. Paris: Seuil.
- (1966b/1955). Variantes de la cure-type; p. 323-62. In: Écrits. Paris: Seuil.
- (1966c/1958-60). Remarque sur le rapport de Daniel Lagache 'Psychanalyse et structure de la personnalité'; p. 647-84. In: Écrits. Paris: Seuil.
- (1975): Encore; p. 83-105. In: Le Séminaire; livre 20. Paris: Seuil.
- Paul V. Katchalov, MD, PhD: Head Psychoanalysis Unit, Serbsky Institute •  
Kropotkinsky per, 23 • Moscow, Russia. • Fax: 7-495-632-22-75 •  
p\_katchalov@psychanalyo.ru

# Die Arbeit mit den gesunden Ich-Anteilen und Ressourcen in der analytischen Milieuthherapie

Katharina Kreißl (München)

In psychoanalytic milieu therapy conflicts unknown to the patient can be revealed no matter whether they are of an innerpersonal or interpersonal nature. This therapy helps the patient feel parts of the personality which have so far been undeveloped or split. Therapist and group carry out a helping function and enable patients to experience other people's understanding reactions and thereby feelings of holistic wellbeing. Collective activity is the pivot of this therapy form. Group members are given the chance to identify with the projects and to discover meaning and sense in their own actions. The group leader's role is to stimulate and maintain a largely constructive dynamic group process among the members. His work is based on analytic group theory.

Keywords: resources, psychoanalytic milieuthérapie, group dynamics, contact ability

Die analytische Milieuthérapie, wie sie von SIMMEL 1929 in Berlin, etwas später, ab Mitte der 1930iger Jahre, von MENNINGER in Topeka (USA) erarbeitet und von AMMON 1965 nach Deutschland zurückgebracht wurde, ist von besonderer Relevanz für die ressourcenorientierte therapeutische Arbeit in Gruppen in unserer dynamisch-psychiatrischen Klinik Mengerschwaige.

Ziel der analytischen Milieuthérapie sind wiedergutmachende, emotional korrigierende Erfahrungen im Sinne eines 'Repeat-and-repair' zur Stärkung von Selbstwertgefühl, Kontakt- und Gruppenfähigkeit, sozialem Verhalten, Arbeitsfähigkeit, Kreativität und Identität (AMMON 1982). Die gesunden Ich-Anteile, Lebensbereiche und Persönlichkeitsaspekte der Einzelnen stehen im Vordergrund, wie Begabungen, Fähigkeiten, Interessen, Humor, Kontaktfähigkeit, Religiosität oder Naturverbundenheit, Verantwortung gegenüber Menschen und Aufgaben

Unter 'Repeat' versteht AMMON die Reaktualisierung und Wiederholung der pathologischen Beziehungsdynamik der sogenannten Primärgruppe in der psychoanalytischen Milieugruppe. Intra- und interpersonale Konflikte können sich zeigen. Sie machen die abgespaltenen oder nicht entwickelten Persönlichkeitsanteile spürbar. Im Gegensatz zur

frühkindlichen Verinnerlichungssituation kann der Patient jedoch durch die Hilfs-Ich-Funktion des Therapeuten und der therapeutischen Gruppe, sowie durch verständnisvolles und konstruktives Reagieren die damit verbundenen Gefühle und Spannungen wie Ängste, Aggression, Trauer, Ausgeschlossenensein usw. schrittweise zulassen und integrieren, des Weiteren werden vorhandene Fähigkeiten und Fertigkeiten gefördert, Arbeits- und Beziehungsfähigkeit entwickelt bzw. gestärkt. Neue Perspektiven können gefunden werden, damit die pathologischen Erlebens- und Verhaltensweisen aufgegeben werden können; dies entspricht dem 'Repair'.

Hier wird deutlich, dass die analytische Milieuthherapie, die im Hier-und-Jetzt stattfindet, nicht isoliert angewendet werden kann. Sie ist nur in Verbindung mit einer aufdeckenden Therapie wie einer analytischen Einzel- und/oder Gruppentherapie möglich, um die aus dem 'Dort-und-Damals' entstandene destruktive und defizitäre Dynamik zu bearbeiten. In unserer Klinik findet sie je zweimal pro Woche statt.

Zentrales therapeutisches Agens der analytischen Milieuthherapie ist die Projektarbeit. Sie unterscheidet sich grundlegend von Beschäftigungstherapie. Nur wenn die Gruppe sich mit dem Arbeitsprojekt identifizieren und Interesse und Freude daran haben kann, entsteht ein kreativer Prozess. Die Gruppe wird dann einen Sinn in der Aufgabe erkennen und ihr Tun als bedeutsam erleben können. Die Art der Gestaltung und Umsetzung orientiert sich an den individuellen Kenntnissen und Fähigkeiten der Patienten. Auch unbewusste Wünsche und Fantasien fließen mit ein. Jeder Patient kann seine konstruktiven Identitätsanteile einbringen und sich mit den Ressourcen anderer Gruppenmitglieder identifizieren, zur Stimulierung und Entwicklung neuer Potenziale. In der Milieuthherapie haben die Gruppenmitglieder eine 'Vorstellung vom Ziel ihrer Tätigkeit'. Sie sind an der Planung dessen beteiligt, was sie erschaffen. Der Arbeitsprozess steht vor Augen und die Entstehung und Fertigstellung wird sichtbar. Es besteht ein tiefer ganzheitlicher Bezug zum Projekt und zu den einzelnen Arbeitsschritten, das Ergebnis der Arbeit wird erlebt.

In der Projektarbeit machen die Menschen wichtige Selbstwirksamkeitserfahrungen, indem sie zeigen, was sie können, anderen etwas beibringen und selbst neues lernen. Die Projektarbeit erfordert Zusammenarbeit und gegenseitige Unterstützung. Dies wird vom therapeutischen



Team als Wert vermittelt, der wichtiger ist als die schnelle Fertigstellung eines Projekts oder das Erbringen hoher Leistungen einzelner. So entsteht in der Gruppe eine Kultur gegenseitiger Unterstützung (s. HEYDEN, ROSCHAT 2006, S. 143).

Damit sich die Patienten mit dem Arbeitsprojekt und dem Prozess der Gruppe identifizieren können, müssen die Leiter dafür sorgen, dass der gruppenspezifische Prozess möglichst konstruktiv gestaltet wird. Grundlage für diese Arbeit ist die analytische Gruppendynamik, sie ist ein wesentlicher Teil der Arbeit mit den konstruktiven Identitätsanteilen. Die sich in der Gruppe entwickelnde bewusste und vorwiegend unbewusste Dynamik kann durch die gruppenspezifisch geschulten Leiter erkannt und reguliert werden (s. BURBIEL, SCHMOLKE 2011, S. 13).

Die Gruppendynamik wie AMMON sie verstand und praktizierte, versucht „dem Menschen zu helfen, aus seinem Innern bisher noch nicht erobertes Land zu gewinnen und es für sich selbst, für die Gruppe und für die Gesellschaft verfügbar zu machen.“ (AMMON 1978, S. 6).

Wichtige Konzepte innerhalb der Gruppendynamik sind die der Aggression, der Sozialenergie und der Kreativität. In der zentralen Ich-Funktion der konstruktiven Aggression kommt das Prinzip der primären Umweltgerichtetheit und Umweltoffenheit des Menschen zum Ausdruck. Die konstruktiv-kreative Aggression zeigt sich, wenn der Mensch in der Lage ist, einen eigenen Standpunkt zu entwickeln, sich abzugrenzen und sich zu öffnen, Vorstellungen und Ziele zu verwirklichen sowie kontaktfähig zu sein gegenüber Menschen und Dingen. Das kreative 'Adgredi' bedeutet auch, sich von der frühkindlichen Symbiose der Primärgruppe schuld- und angstfrei abzugrenzen mit dem Bestreben, eine eigene Identität zu realisieren.

Sozialenergie geben heißt für AMMON nichts anderes als Verständnis zu entwickeln, Interesse zu haben am Anderen und der Gruppe, sich mit einem Anderen einzulassen, auseinander zusetzen und den anderen Menschen ernst zunehmen mit seinen Freuden, Leistungen, Interessen, aber auch mit seinen Sorgen und Schwierigkeiten. Zuwendung, Wärme, Geborgenheit, Ernsthaftigkeit, Liebe und Fürsorge geben. Sozialenergie entsteht durch Kontakt und Auseinandersetzung, durch Forderungen an die Identität, durch Forderungen und Aufforderungen zum Tun, zur Tätigkeit und zur Aufgabe. Menschen, die nicht oder zu wenig gefordert

werden, sind verlassene Menschen.

Kreativität definiert AMMON nicht nur als künstlerisches Geschehen, sondern beschreibt kreative Prozesse, wie sie auch im alltäglichen Leben in Erscheinung treten.

Kreativität bedeutet immer, etwas ganz Neues, bisher nicht Gedachtes zu denken, zu tun und zu gestalten und somit auch, noch völlig unbekanntes Möglichkeiten aus dem unbewussten Ich-Reservoir freizulegen. Der Ursprung der Kreativität ist die fragende Neugierde [...] sie verrät sich zuerst in einem kreativen Lebensstil, der in der Regel gruppengebunden ist. (AMMON 1995, S. 140)

Kreativität ist als ein Lebensprinzip zu denken, das den Menschen hilft, das Leben zu gestalten, zu meistern und zu wandeln.

Das gemeinsame Tun ist in der analytischen Milieuthherapie der Dreh- und Angelpunkt (WINKELMANN 2000). Neue Aufgaben sollen als Herausforderung gesehen und angegangen werden.

Wie schon erwähnt, stehen die gesunden Identitätsanteile, Lebensbereiche und Persönlichkeitsaspekte wie Begabungen, Fähigkeiten, Interessen, Humor, Kontaktfähigkeit, Religiosität und/oder Naturverbundenheit im Vordergrund. Man könnte sie, die Ressourcen/gesunden Identitätsanteile, quasi als Eintrittskarte für die milieutherapeutische Gruppe bezeichnen. Nach BASS (1975, S. 9) soll sich „ein Gruppen-Ich aus dem Ensemble der gesunden Ich-Anteile aller bilden.“

Die Milieugruppe stellt damit ein Erfahrungsfeld ganz eigener Art dar. Leben lernen, Auseinandersetzungen wagen, eigene Meinungen wahrnehmen und vertreten lernen, Wünsche und Sehnsüchte ausdrücken und einfach einmal ausprobieren dürfen, ohne Leistungsanspruch und Druck. (URSPRUCH 2007, S. 4)

Im Folgendem möchte ich beispielhaft unser Projekt 'Neugestaltung des Gruppenraumes' der Milieugruppe 'Sarazenen' in der Klinik Menter-schwaige vorstellen. Alle Patienten der Klinik sind einer täglich stattfindenden Milieugruppe zugeordnet.

Der Gruppenraum der Sarazenen musste aufgrund eines Wasserschadens vollständig renoviert werden. Die bisherigen Möbel waren bis auf die Stühle so abgewohnt, dass sie nicht mehr verwendbar waren.

So saßen wir Mitte Dezember mit einer Gruppe von 16 Patienten und zwei Leitern in einem kahlen, weiß getünchten Raum. Die Aufgabe, die vor uns lag, war klar: einen Raum zu schaffen, in dem die Gruppe und ihre Leiter sich wohlfühlen.

In vier Kleingruppen wurden Ideen zusammengetragen, die in der Gesamtgruppe vorgestellt, diskutiert und beschlossen wurden.

Das Ergebnis der gemeinsamen Planung war:

- einen neuen Tisch zu besorgen als gemeinsame Mitte,
- Pflanzen, damit der Raum lebendiger und frischer wirkt,
- eine kleine Bibliothek mit den Lieblingsbüchern der einzelnen Patienten sollte aufgebaut werden, dazu brauchten wir ein Regal, das die Gruppe selbst bauen wollte,
- die Innenseite der Tür sollte so gestaltet werden, dass sie als Pinnwand bzw. Planungstafel verwendet werden kann,
- durch Wandmalerei sollten die Wände lebendiger werden,
- eine kleine Kaffee- und Teeecke musste her
- und schließlich war es wichtig, sich mit der Geschichte der Sarazenen, den Namenspatronen dieser Gruppe, zu beschäftigen und sie als Dokument festzuhalten.
- Um die Projektkasse aufzubessern, gab es eine Pizzaback- und -verkaufsaktion.

Wie deutlich wird, waren bei der Planung dieses Projektes die verschiedensten Bereiche: handwerkliche, künstlerische, geistige und organisatorische Fähigkeiten, angesprochen.

Im Folgenden will ich einige Verwirklichungsschritte beschreiben:

1. Es war kurz vor Weihnachten und die Gruppe hatte keinen Tisch. Eine Patientin der Gruppe hatte vier Kinder, die ihre Mutter am Weihnachtsabend besuchen wollten und sie wünschte sich einen neuen Gruppentisch, an dem sie mit ihrer Familie Geschenke austauschen und zusammensein konnte. Da wir etwas Schönes wollten und gleichzeitig die Mittel sehr knapp waren, entschlossen wir uns, einen Ausflug in Halle 2 (Wertstoffhof der Stadt München) zu machen, in der Hoffnung für uns etwas Geeignetes zu finden. Dieser Wunsch erfüllte sich, wir fanden einen sehr stabilen anthrazitfarbenen Tisch aus Stein für 40,- Euro. Symbolisch wurde der Tisch ein Zentrum, um den herum sich die Gruppe versammeln und Gemeinschaft herstellen kann.
2. Handwerkliche Anforderungen und Fähigkeiten erforderte der Bau des Bücherregals und des Kaffeetisches. Eine kleine Gruppe hat gemessen, gesägt, gebohrt, geschraubt, gefädelt. Hierbei war neben der Beherrschung des Materials und den Schwierigkeiten die besonders mit der Befestigung des Regals verbunden waren, viel Kommunikation erforderlich um sich über die einzelnen Schritte auszutauschen.

3. Für den Aufbau einer kleinen Gruppenbibliothek wurde die Idee der Gruppenleitung aufgegriffen, jeder sollte sein Lieblingsbuch vorstellen und dann sollte es besorgt werden. Eine Patientin machte sich mit viel Ausdauer und Sparsinn ans Werk und recherchierte im Internet bei Second-hand-Büchern und konnte alle gewünschten Bücher besorgen. Ich will hier nur einige Titel nennen: Schattenbruder, Nicht ohne meine Tochter, Sein und Haben, die Bibel, P.S. ich liebe dich, Homo Faber, Momo, Der Graf von Monte Christo. In mehreren Gruppensitzungen stellten die Patienten 'ihr Buch' vor. Die Patienten konnten sich so auf eine ganz andere Weise kennenlernen.
4. Die Erforschung der Geschichte der Sarazenen nahm eine Kleingruppe in die Hand. Über Internet-Recherche, Lesen zweier Bücher: Biografie über Friedrich II und den Islam, und Ansehen eines Dokumentarfilms 'Die Gärten der Sarazenen', den die Patienten bei ihren Forschungstätigkeiten entdeckten, trugen sie viel Material über das heute unbekanntes Volk der Sarazenen zusammen. Bei der Darstellung der Geschichte konzentrierten sich die Patienten hauptsächlich auf die konstruktiven, positiven Seiten der Sarazenen; dass diese auch ein Piratenvolk waren, blieb außen vor. Die Patienten stellten die Seiten heraus, mit denen sie sich identifizieren konnten. Dies waren besonders:
  - die 'Convivencia', das friedliche Zusammenleben dreier Religionen Christen, Juden, Moslem im Mittelalter,
  - die Toleranz und das Respektieren des Anderen und des Andersseins,
  - der Schutz, den sie durch ihren damaligen Herrscher (Friedrich II) erfahren haben,
  - das Aufbauen einer blühenden Landschaft und
  - ganz besonders der Kämpfergeist.
5. Die Kaffecke wurde mit einem selbstgebauten Tisch, Kaffeemaschine und Wasserkocher versehen.
6. Darüber hinaus wurden die Wände neu gestaltet:
  - Das bereits vorhandene Sarazenenbild wurde überarbeitet, farbiger und lebendiger gemacht.
  - Hinzu kam ein neues Bild 'Die schöne Sarazenin'.

## Teilaspekte aus dem Gruppenprozess

Einen zentralen Aspekt des Tätigseins in der analytischen Milieuthherapie stellt die Verantwortlichkeit für das Projekt dar. Das heißt, dass jedes

Gruppenmitglied, unabhängig von Wissensstand und Fähigkeiten, für das gemeinsame Projekt verantwortlich ist und gleichzeitig die Verantwortlichkeit der anderen gegeben ist. Diese geforderte Flexibilität von Selbstverantwortung und gemeinsamer Verantwortung ist als therapeutische Struktur vorgegeben und entspricht häufig nicht dem Erleben der Patienten. Vielmehr konnten wir Leiter rigide gegenpolige Inszenierungsbedürfnisse bei den Gruppenmitgliedern feststellen.

In unserem Projekt zeigte sich zu Beginn eine Haltung, die einen Patienten allein als verantwortlich Handelnden und Fühlenden zeigte, während die meisten der Mitpatienten in den passiven Gegenpol verfielen. Ein Beispiel hierfür: Um den Efeu an die Wand zu malen, musste diese erst abgeschliffen werden, um eine glatte Fläche für die Malerei zu haben. Eine Patientin nahm das in die Hand; aufgrund der starken Staubentwicklung verließen alle anderen, einschließlich der Projektleiter, den Raum und spielten im Foyer der Klinik ein gemeinsames Spiel. Die Gruppe hatte hier den verantwortlichen Kontakt zum Projekt verloren. Es ist davon auszugehen, dass sie sich vom Sinn und Zweck, der Art und Weise der Umsetzung und dem Gelingen des Projektes ausgeklammert fühlte. Der Ärger darüber wurde in der Nachbesprechung unmittelbar angesprochen.

Die tägliche Nachbesprechung der Projektarbeit, an der jeder gleichberechtigt teilnimmt, dient dazu, das Erlebte zu integrieren, indem es benannt und mitgeteilt wird; ebenso wichtig sind die Rückmeldungen der anderen, um das eigene Wahrnehmungsfeld zu erweitern. Dies ist besonders wichtig, da psychisch kranke Menschen dazu neigen, positive Erfahrungen 'rückgängig' zu machen. Die Aufgabe der Gruppenleiter ist es, dies zu verhindern, indem sie die positiven Erfahrungen für sie stellvertretend erhalten, immer wieder aufzeigen und sie daran erinnern, was sie real geschafft und erreicht haben. Ebenso werden im gruppendynamischen Prozess die Talente und Probleme der einzelnen Mitglieder benannt und die Bedeutung der gesunden Ich-Anteile in ihrem Zusammenspiel für die Gruppe bewusst gemacht. Dies trägt zu einer konstruktiven Gruppenkultur bei und vermittelt Wertschätzung für das Geschaffene.

Ein weiteres wichtiges Thema innerhalb der milieutherapeutischen Zusammenarbeit ist die Entwicklung der Fähigkeit 'sich Hilfe zu holen' und 'selber Helfer sein'. Einige Menschen in unserer Gruppe hatten

Angst oder erlebten es als beschämend um Unterstützung zu bitten. Sie meinten, sie müssten mit ihren Problemen und Schwierigkeiten allein fertig werden.

Sich Hilfe zu holen setzt voraus die Grenzen der eigenen Fähigkeiten wahrzunehmen und zu akzeptieren und im Hilfesuchen Kontakt mit anderen Menschen darüber aufzunehmen. Dies wird oft in Verbindung mit starken Selbstunwertgefühlen erlebt. Wenn ein Mensch in seiner Kindheit aufgehört hat sich mit seinen Problemen und Gefühlen an die Symbiosepartner zu wenden, sei es nun, weil er abgewiesen wurde oder diese sich belastet fühlten, verbindet sich damit die Angst, neue Kränkungs- und Verlassenheitsgefühle zu provozieren und erleben zu müssen.

Selber Helfer sein war für die Patienten unserer Gruppe keine Schwierigkeit. Es war eine großartige Bereitschaft da Gruppenmitglieder zu unterstützen. Im Gegensatz dazu war es für viele sehr schwierig sich Hilfe, sogar beim Therapeutenteam, zu holen.

Im Rahmen unserer Projektarbeit kam es zu vielen Situationen, bei denen das Thema 'Sich Hilfe holen' aktuell wurde. Im Laufe des Prozesses konnten sich die Patienten diesen Ängsten, aufgrund der Hilfs-Ich-Funktion des therapeutischen Milieus stärker stellen, ihre Abwehr lockern und die abgewehrten Gefühle von Kränkung und Verlassenheit schrittweise integrieren und darüber hinaus aufgrund des Gruppenbeitrags Anerkennung und narzisstische Zuwendung zu erhalten.

Eine Patientin, die sich besonders schwer tat eigene Wünsche und Bedürfnisse zu äußern, teilte uns im Rahmen der Chefarztvisite ihren Wunsch mit, einmal im Mittelpunkt der Gruppe zu stehen. Zum Projektabschluss gelang es ihr diese neue Erfahrung zu machen: sie schrieb den Text über die Geschichte der Sarazenen in sehr schöner Schrift und las ihn in der Großgruppe der Klinik bei der Projekteinweihung vor.

## Resumé

Zusammenfassend möchte ich festhalten: In der Milieugruppe werden durch konkrete Forderungen ungenutzte und unerkannte kreative Bereiche des Patienten in der Gruppe gefördert und für den Einzelnen zugänglich gemacht. Unbewusste Wünsche und Fantasien der Gruppe werden über die Gestaltung des Projektes sichtbar. Aktuelle, den Patienten oft nicht bewusste, Themen wie z.B. Rivalität, Eifersucht oder Verlassen-

heit, können in den gruppodynamischen Sitzungen deutlich werden. Die Aktivierung und Reaktivierung der geistigen und kreativen Möglichkeiten im Menschen stellt ein befreiendes Element dar, sowie eine bedeutsame Ressource für den einzelnen Menschen.

Für die milieutherapeutische Arbeit muss eine Atmosphäre für gesunde seelische Entwicklung hergestellt werden, sie soll geprägt und getragen sein von zwischenmenschlichem Kontakt in Beziehung und Begegnung, Verständnis, Sicherheit, Geborgenheit und Auseinandersetzungsfähigkeit.

Der Chefarzt unserer Klinik, Dr. FABIAN, beschreibt die therapeutische Haltung wie folgt: Aufgabe des Therapeuten ist eine bewusste innere Zuwendung an die menschlich und geistig interessanten, gesunden Seiten des Menschen mit dem Ziel, sozusagen das 'halbvolle Glas' zum Träger des therapeutischen Beziehungsgeschehens zu machen.

Die Hinwendung zu den gesunden Aspekten der Person ist Teil einer ganzheitlichen Betrachtung seiner Persönlichkeit und ist das Wesen der Dynamischen Psychiatrie.

## Working with Healthy Ego Parts. Resources in Analytic Milieutherapy

English version by Petra Ewegen

Analytic milieu psychotherapy was developed from 1929 by Ernst SIMMEL in Berlin and during the 1930s by Karl MENNINGER in Topeka (USA). Günther AMMON brought it back to Germany in 1965. It plays a particularly meaningful role in the resource-orientated therapeutic work of the dynamic psychiatric hospital in Mengerschwaike.

The goal of analytic milieu therapy is to elicit emotional experiences gained through the 'repeat and repair' principle strengthening the patient's feelings of self-esteem and sense of identity. As a consequence, his contact ability and participation in groups as well as his social behaviour and creativity are enhanced. Questions about lifestyle, life quality, and a sense of commitment are equally focussed.

In therapy process innerpersonal as well as interpersonal conflicts might turn up. This can help the patient feel parts of his soul which have so far been undeveloped and split. In contrast to early childhood expe-

riences the patient is enabled to integrate feelings and conflicts as fear, aggression, grief and exclusion by the experience of empathic reactions from both the other group members and the therapist. This leads to feelings of holistic wellbeing during the work on a project.

It is the therapist's task to generate and support a therapeutic setting which is based on what is called 'good work' and is meant to guarantee security and protection to all participants. The collective work does not just keep the patients busy but contains holistic communication. This meaningful project work is the element that clearly distinguishes milieu therapy from occupational therapy.

The group will only be able to recognize its own meaning if members can identify with their work and participate in it with interest and joy. Under these circumstances a creative process may arise. Work should be orientated at individual abilities and skills of all patients and integrate their unconscious desires and phantasies. Each patient is invited to contribute his constructive identity parts and to identify with the other group members' resources to develop new potentials.

To evoke the patient's identification with the group process and the project, the leader has to provide a constructive group atmosphere to enable the development of a group-dynamic process. This process is based on analytic group dynamics and the integration of constructive identity parts.

A well-trained leader is able to recognize and regulate conscious as well as unconscious dynamics within the group (BURBIEL 2011).

Healthy identity parts, life concerns, and aspects of the personality like talents, skills, interests, humour, contact ability, religiousness, or closeness to nature are the therapy's main issues and could be seen as its 'entry ticket'.

The milieu therapy group is therefore a field of experience of a thoroughly unique character. To learn how to live, to risk conflicts, to discover one's own opinions and to learn to defend oneself, to express desires and longings and just to try things out without any demands or pressure, these are its constitutional elements. (URSPRUCH 2007, S. 4).

Group understanding, the concept of social energy as well as the concept of aggression are at the centre of analytic milieu therapy. An atmosphere of healthy psychic development is created. It is characterized by interpersonal contact based on mutual understanding, security and the chance



to argue. The main concern is an individual's active approach to people and things. In the sense of a creative 'adgredi' patients should overcome infantile symbiosis and realise their own identity free of fear or guilt feelings. The unconscious is regarded as the source of all kinds of potential development (URSPRUCH). The complete personality must be supported and excluded ego parts must be integrated.

Practically speaking, the gaps between brain and craft and between emotional experiences and the working process should be removed as well as the differentiation between male and female tasks. Thus the patient is enabled to experience positive contact and the supportive impact of his skills and talents. He can become aware that parts of his personality that had originally been isolated and disabled exist as well.

The group project is meant to evoke constructive aggression as a healthy ego part and therefore a central human function. Constructive and creative aggression is actively shown once a person is able to develop his own point of view, to concentrate and, at the same time, to open up, to fulfill individual goals, and to show contact ability in respect to others. It needs a surrounding group to be built up (AMMON 1979).

Constructive aggression is needed in collective occupation, a central part of the analytic milieu therapy. It is notably the ability to accept new challenges as positive and interesting and to approach them without reservations (WINKELMANN 2000). This involves a sense of responsibility for the project as well as the other group members. At the outset, this type of flexibility is not often offered by the patients. We rather need to deal with their bipolar and rigid needs. There are different kinds of inappropriate attitudes towards the group. The patient can understand himself as the only person entirely able to handle the project. Other group members may respond by showing opposite attitudes and becoming passive. A contrary dynamic is also possible, the other members being perceived as taking all the responsibility and the patient becoming passive and losing contact. The behaviour the patients show was often acquired in, symbiotic, relationships earlier in life. It may also be a reaction to experiences in jobs where meaning, purpose, way of production, and the concern for a fruitful outcome are not given proper attention and the individual's responsibility does not entail more than a concern for a small part of the potential outcome.

In milieu therapy the patient acquires an 'idea of the aim of his activity'. He is involved in the development of the project and since he partakes in all parts of the process, its beginning and end become meaningful to him. In this way a deep-rooted and holistic connection to the project can be built up. The flexible responsibility unfolded in the work process and the dialectic claims on the patient are closely related. On the one hand, the patient learns to ask for help which means he accepts his own dependence on others, on the other hand he experiences that his own help is approved and appreciated.

The ability to ask for help requires an awareness of one's own abilities and limitations and also contact with others. Here we often see patients confronted with feelings of self-deficiency. If a person has stopped to ask symbiotic partners for help or even experienced rejection in his childhood these feelings will be reproduced later.

Analytic milieu therapy enables patients to confront themselves with their anxieties through the helping ego of the therapeutic milieu. Step by step, their sense of being rejected can be relaxed and integrated. A higher degree of tolerance of anxiety and tension can be supported by offering the patient a setting in which he can show his abilities and experience the stabilizing appreciation of the group which is a narcissistic input as well.

Receiving help and mobilizing and testing one's own resources are united in milieu therapy. The recognition and acceptance of one's own limits no longer makes a patient despair of his own abilities but refers him to what he can do. The process of accepting help is especially challenging to patients who have often failed to cope with their problems and handed them on to others. To be able to accept help one has to develop a stable character.

Cooperation within the analytic milieu therapy is experienced as a feeling of mutual dependence. This produces enthusiasm and a sense of belonging, developing the patient's ability to relate to others. Analytic milieu therapy cannot be applied in an isolated way but only in the context of a therapeutic setting of analytic individual or group therapy.

I would like to present one of our projects in some detail.

## Renovation and creation of a group room

The room of the 'Saracens' group had to be renovated completely owing to water damage. Except the chairs the furniture was so old it could not be used any more.

To do this, we formed a group of 16 patients and appointed two group leaders in mid December. The room was very uncomfortable at that time. We wanted to create a cosier room where everyone should feel welcome and comfortable. In small groups we collected ideas, discussed them and presented them in a plenary meeting where the procedure was decided.

We finally agreed on the following activities:

- providing a table as a common center of the room,
- buying plants to freshen up the room and make it more alive,
- creating a small library with the patient's favourite books and building the shelves for it,
- putting up a pin wall for information on the inside of the door,
- painting the white walls,
- arranging a place for making coffee and tea,
- documenting the history of the Saracens,
- earning money for the project by selling self-made pizza.

Thus many facilities of the patients such as handycraft skills, artistic abilities and mental and organizational talents were addressed.

I would like to describe some of the steps that were taken.

Christmas coming closer, the group did not have a table. One of the patients, a mother of four children, expressed a wish for a new table around which all the group could gather to exchange presents. Since financial resources were scarce we decided on an excursion to a second-hand furniture shop. There a very nice and cheap table with a dark-grey stone surface was purchased. It symbolized a centre where the group could gather and develop a sense of community.

A small group was responsible for building a bookshelf and a coffee table. They took measurements and set to work, drilling, sawing etc. The difficulty of the task necessitated a high amount of communication and coordination among the group members.

To collect books for a library, everyone was asked to buy his favourite book and present it to the group. One patient did some internet research and managed to buy all the books second-hand. At several meetings the

patients presented the books they had chosen and thus learned a lot about themselves and the others.

Another small group did some research about the Saracens. Two books were used. One of them was a biography of Emperor Frederic II, the other one was on Islam. Furthermore the group did some internet research and watched a documentary, 'The gardens of the Saracens'. They collected a lot of material about the people presented in it which had been quite unknown before. In their presentation the group concentrated on the positive aspects of the Saracen's culture they accepted. Some of them are:

- the „conventia“ which is the peaceful coexistence of Christians, Jews, and Muslims in the Middle Age,
- the Saracens' tolerance of others and their different habits and cultures,
- the protection granted to them by their one-time sovereign, Frederic II,
- their creation of a blooming landscape,
- their fighting spirit.

The coffee corner was equipped with a self-made table, a coffee machine, and a water boiler. The group restored the picture of the Saracens on the wall, adding some fresh colour and created a new picture which was called 'The beautiful Saracen'.

By way of conclusion, I would like to quote our senior consultant who describes our therapeutic attitude as follows:

The therapist's task is the 'intentional inner attention on the human and spiritually interesting healthy sides of a human being with the aim to regard them as the 'half empty glass' of the relationship in the therapeutic setting. "The turn to the healthy parts of a person is part of the holistic view of this personality and the essence of Dynamic Psychiatry." (FABI-AN 2010).

### *Literatur*

Ammon, G. (1978): Psychoanalytische Gruppendynamik. *Dynam. Psychiatrie* 11:1-22.

—— (Hg)(1979): Hdb Dynam. Psychiatrie; Bd. 1. München: Reinhardt.

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

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

Bass, G. (1975): Die Arbeit mit den gesunden Ich-Anteilen; die analytische Milieuthérapie. *Dynam. Psychiatrie* 8:8-16.

- Burbiel, I.; Schmolke, M. (2011): "Gesundsein". Was ist das? Psychoanalytische Perspektiven. Öffentlicher Vortrag am LFI München, Februar 2011; unveröffentlicht.
- Fabian, E. (2010): Die Arbeit mit den Ressourcen aus psychoanalytischer Sicht. Unveröffentlichter Vortrag, gehalten in der Klinik für Dynamische Psychiatrie in München Menterschwaige.
- Heyden, S.; Roschat, H. (2006): Persönlichkeitsfördernde Prozesse der milieutheraeutischen Projektarbeit in einer Therapeutischen Wohngemeinschaft der Dynamischen Psychiatrie. *Dynam. Psychiatrie* 39:142-156.
- Urspruch, I.; Dworschak, M. (2007): Psychoanalytische Milieuthherapie der Berliner Schule der Dynamischen Psychiatrie. Blaue Reihe Labyrinth 1. München: DGDP.
- Winkelmann, U. (Hg.) (2000): Aggression mal konstruktiv. Ambulante Milieuthherapie in Theorie und Praxis. Eschborn: Klotz.

Katharina Kreißl ist Pädagogin M.A.

# Allgemeine Psychosomatik oder Verlust der Wesensmitte

## Überblick über die Lehren auf dem Gebiet der modernen psychosomatischen Medizin

Sieglinde Bast (Berlin)

The author presents a survey of the schools of learning in the field of psychosomatic medicine. The special psychosomatic field with the causes of specific psychosomatic illnesses like headaches, circulation ailments, stomach and intestinal disorders, asthmatic bronchitis, eating disorders, sleeping disorders, sexual disorders, rheumatism, diabetes mellitus and skin diseases are presented. With psychosomatic medicine in particular, a special personality type is sought or for a particular trigger situation. One delves into the childhood case history and the biography, into the characteristic drives and the character problems for the individual disease.

Keywords: organ language, ego borders, deficit disease, archaic fear, separation, annihilation

Die spezielle Psychosomatik mit den Ursachen der spezifischen psychosomatischen Krankheitsbilder wie Kopfschmerzen, Kreislaufkrankungen, Asthma-Bronchiale, Magen-Darm-, Ess-, Schlaf-, Sexualstörungen, Rheuma, Diabetes Mellitus und Hauterkrankungen.

Bei der speziellen Psychosomatik sucht man nach einem speziellen Persönlichkeitstyp oder nach einer besonderen Auslösesituation. Man fragt nach der Kindheitsanamnese und der Biografie, nach den charakteristischen Trieben und den Charakterproblemen für die jeweilige Erkrankung.

FREUD zögerte lange sich mit dem psychosomatischen Krankheitsverständnis zu beschäftigen und seine Neurosenpsychologie auf das Feld der Organstörungen zu übertragen.

Georg GRODDECK beschäftigte sich 1917 mit der Psychosomatik. Er hatte beobachtet, dass bei einem Patienten, bei dem er den Ausbruch oder die Verschlimmerung einer Neurose erwartete, sich stellvertretend eine Organkrankheit einstellte. FERENCZI sprach von 'passageren Symptomen', also eine Symptomatik, die vorübergehend die Neurose zu er-

setzen schien. GRODDECK meinte, dass fast jede Krankheit eine 'schöpferische Leistungen' des Es oder Unbewussten bedeutet.

Man kann sozusagen die Krankheit als etwas Sinnvolles interpretieren, als einen Ausweg den der Mensch in einer psychischen oder physischen Notlage 'wählt'. Dabei kommt es zu einer besonderen 'Organwahl', die psychosomatischen Gesetzmäßigkeiten folgt. Die Neurosenlehre, die Traumdeutung, die Analyse von Fehlleistungen können auf die psychosomatische Krankheitstheorie angewendet werden.

Die allgemeine Psychosomatik interessiert sich nicht primär für die einzelnen Krankheitsbilder. Sie fragt was psychosomatische Erkrankung ist. Welche innere Struktur weist die psychosomatische Erkrankung auf? Welche Kräfte, Motivationen und Konturen können festgestellt werden? Die Frage nach dem Wesen der Menschen. Jede Schule hat ihr eigenes Konzept. Ich möchte Ihnen einen knappen Überblick über die fundamentalsten Lehren auf dem Gebiet der modernen psychosomatischen Medizin geben.

1. FREUD hat den Grundstein in der Psychoanalyse für die Psychosomatik gelegt. FREUD erklärte: „die neurotischen Symptome sind das Liebesleben der Patienten.“ (FREUD 1999, S. 148) Dies gilt auch insbesondere für die psychosomatische Symptomatik. Sie hat eine 'libidinöse Basis'. Es ist die Frage, welche Art im psychosomatischen Kranksein ihre Befriedigung erlangt. Das orale, das anale, das phallische oder das genitale Streben. Man geht heute davon aus, dass die prägenitalen Bedürfnisse aber auch der Autoerotismus, der Autismus und der Narzissmus ihre Befriedigung erhalten.

Normal wäre ein Überwiegen der 'Objektlibido', das heißt eine Libido, die sich ihre Objekte in der Außenwelt sucht. Sofern dies aber aus äußeren oder inneren Gründen nicht möglich ist, konvertiert die Objektlibido in die narzisstische Libido, dem Kranksein. Die blockierten Triebe im Organismus erzeugen die Symptomatik, die als eine Art 'Ersatzbefriedigung' verstanden werden kann. An Stelle der Veränderung der Außenwelt tritt die Störung der Organfunktion.

Nach der letzten Triblehre von FREUD, die von Eros und Thanatos spricht, dominiert beim Kranksein der Todestrieb über den Lebenstrieb. Angst und Aggression sind Auslöser und Stabilisatoren für die psychosomatische Krankheit zugleich. FREUD bezeichnete die Körpersymptome

als 'Angstäquivalente'. Wenn ein Mensch krank wird, bindet seine Symptomatik einen großen Teil seiner Lebensangst. Auch die Aggression kann in der Symptomatik gebunden werden. Bei jeder psychosomatischen Störung muss man nach Exzessen von Angst und Aggression und anderen Affekten im Patienten suchen. Psychosomatische Symptome sind ein Konzentrat der aktuellen Not im Patienten.

2. Alfred ADLER mit seiner Individualpsychologie prägte 1907 die Begriffe 'Organjargon', 'Organdialekt' und 'Organsprache'. Psychosomatische Symptome haben nach ADLER etwas mit Kommunikation und Kooperation zu tun.

Nach ADLER ist der Mensch ein soziales Lebewesen und sein Schicksal spielt sich vollständig im Lebensraum der Gemeinschaft ab. Die Arbeit, die Liebe, die sozialen Interaktionen und der Selbstwert gehören zu seinen Lebensaufgaben. Eine Selbstwertstabilisierung kommt nur dann zustande, wenn der Mensch im Mit-Sein und der Mitmenschlichkeit lebt. Wachsen wir in die Dimension des Miteinander nicht hinein oder fallen wir heraus, werden wir psychosomatisch oder gar psychisch krank.

Wird die Normalsprache nicht angemessen gelernt, drängt sich die Krankheitssprache auf, um die entsprechenden Lebensprobleme zu bewältigen. Versagt die tragende soziale Bindung, kommt es zu Minderwertigkeitsgefühlen und Geltungsstreben. Neurose oder Psychosomatose können eine Mittel sein, ein unsicheres Selbstwertgefühl auf Umwegen zu festigen. Der Kranke hat in unserer Kultur einen hohen sozialen Status ohne Leistung erbringen zu müssen.

Nach ADLER wollen wir unser Wertgefühl im eigenen Ich unter keinen Umständen verlieren. Normalerweise wird unser Wertgefühl durch Akte der Liebe, sozialen Beiträgen oder Kulturbeiträgen gesichert. Für manche Menschen ist es zu schwer. Sie 'wählen' das 'Alibi' des 'Krankseins'. Man spricht vom 'Willen zur Krankheit'. Mancher atmet auf, wenn er krank geworden ist, da er nun Schutz und Sicherheit in der Gesellschaft gefunden hat, die er dringend benötigt. Krankheit ist also Manifestation eines unbewussten Machtwillens.

3. Georg GRODDECK baute die gelegten Fundamente der Psychosomatik weiter aus. Er sprach vom 'Es'. Den Gedanken hatte er von SCHOPENHAUER (1777) und NIETZSCHE (1878) übernommen. Das Es ist die Einheit des Menschen, sein Unbewusstes, das Leib und Seele umfasst. Das Es ist die Kraft, der gegenüber das Ich des Menschen



nur noch wie eine Marionette erscheint. Das Es erzeugt Krankheit oder Gesundheit, je nach den Absichten oder Bedürfnissen des Menschen. Es spricht eine Symbolsprache ähnlich der Sprache des Traumes. Darum können Krankheitssymptome analytisch angegangen und aufgelöst werden.

Eine Halsentzündung kann sagen, dass der Patient etwas Unangenehmes nicht schlucken kann oder will.

Ein Magengeschwür kann bedeuten, dass der Mensch in seiner Wut und Gier sich selbst aufzufressen und zu zerstören beginnt.

Eine tödliche Erkrankung kann bedeuten, dass das Es mit den Umtrieben seines Ichs so unzufrieden ist, dass es den 'Laden schließt'. Da ist ihm das Sterben lieber. GRODDECK hat sowieso behauptet, dass Sterben keine biochemische Reaktion ist sondern eine Leistung des Unbewussten.

GRODDECK bezeichnete sich als 'wilden Analytiker' und FREUD meinte dieser ungebärdige Schüler habe zu vier Fünfteln recht. FREUD fügte hinzu: „Vielleicht wird er sogar im letzten Fünftel Recht bekommen“ (Briefwechsel Groddeck-Freud 1917-1934).

4. SCHULZ HENKE präsentiert sein System der Tiefenpsychologie als 'der gehemmte Mensch' 1986. Während FREUD in seiner 'Theorie der Libidophasen' von oralen, analen und phallischen Trieben spricht, nennt es SCHULZ HENKE originäre Antriebe, die sich mit der Sexualität verschränken können, aber nicht müssen. Er unterschied:
- das menschliche Haben-Wollen (Oralität),
  - das Behalten und Hergeben-Können (Analität),
  - das Gelten-Wollen (das Phallische),
  - die Motorik (Aggression),
  - die Zärtlichkeit und Sexualität.

Aus diesen verschiedenen Antriebserlebnissen setzt sich das Psychische zusammen.

Jeder Antrieb kann durch Erziehung und Umwelt an seiner Wurzel blockiert werden, dadurch entsteht das Verdrängte oder nach SCHULZ HENKE 'das Gehemmte'. Jeder Mensch erwirbt in seiner Kindheit zahlreiche Hemmungen. Schließlich entsteht eine 'manifeste Gehemmtheit', die man auf den ersten Blick hin sieht. Wichtiger jedoch sind noch die verborgenen Hemmungsstrukturen, die in der Tiefe des Gemüts wirksam sind. Dort, wo 'normale Lebensbewältigung' erwartet wird, sind Lücken.

Das Gehemmte reduziert den Spielraum des Lebens. Es ist der Inhalt des Unbewussten.

Was gehemmt ist kann sich nicht entwickeln und entfalten. Es bleibt roh und unstrukturiert. In Versuchungs- und Versagenssituationen meldet sich die Hemmung und überschwemmt das Bewusstsein. Antriebsfragmente dieser Art erzeugen neurotische oder psychosomatische Symptome. Je nachdem welche Antriebsart im Spiele ist, entstehen die verschiedenen Symptome oder Krankheitsformen.

Magengeschwüre, Appetitlosigkeit, Heißhunger, Fettsucht, Mager sucht, Kolitis, Ileitis, betreffen den Bereich des Habenwollens, des Behaltenwollens und Hergebenkönnens. Man muss solche Störungen von der Antriebsmodalität, die betroffen ist, zu verstehen und therapeutisch zu modifizieren versuchen. Nach SCHULZ HENKE bleibt es jedoch nicht bei der urtümlichen Antriebshemmung sondern darüber entwickelt sich ein komplexes Gebilde von Schutz und Abwehrmechanismen. Wer gehemmt ist, neigt zu Ängsten, Überkompensation, Rationalisierung, fehlender Arbeits- und Lebenstechnik, Schwierigkeiten in Sexualität und in der Liebe in einer neurotischen Weltanschauung. Der Patient möchte sein leidiges Symptom loswerden. Der Therapeut möchte ihn dazu animieren, den ganzen neurotischen Überbau zu korrigieren, der sich über der Hemmungsbasis erhebt. SCHULZ HENKE hat sich in seinem Hauptwerk den feinsinnigen Charakterstrukturen gewidmet. Charakterpathologie spielt in der Psychosomatik eine große Rolle. Orale, anale und phallische Wesenszüge sind eigentlich Charakterstrukturen, und zwar im wesentlichen Charakteranomalien: Neid, Geiz, Hass, Eifersucht, Trauer, Angst, Wut, Zorn, Ärger, Verstimmungen aller Art sind Formen der Prägenitalität, meist neurotisch infiziert.

Alfred ADLER (1888/1912) sprach von dem nervösen Charakter. Schon HERAKLIT (540 v.Chr) in seiner orakelhaften Sprache sagte: „der Charakter des Menschen ist sein Schicksal“.

In der Psychosomatik müssen wir die Charakterfehler der Patienten ins Auge fassen, denn mit seinem Charakter bestreitet der Mensch seine Einfügung in den Beruf, sein Liebesleben, seine Sozialkontakte und seine allgemeine Weltbeziehung. Liegt sein Charakter schief, kommt es zu chaotischen Verhaltensweisen, zu Überforderung des Organismus, der durch Fehlverhalten in Unordnung gebracht wird. Der Internist Gustav

VON BERGMANN formulierte „was letztlich als Organkrankheit imponiert hat, hat zunächst als Pathologie des Charakters begonnen, sich als biologische Dysfunktion fortgesetzt und ist schließlich in die organische Erkrankung eingemündet.“ (VON BERGMANN 1990)

- a. Erwin STRAUS erregte 1913 Aufsehen mit seinem neuartigen Ansatz in der medizinischen Anthropologie. Er kam von HUSSERL und HEIDEGGER und von der Gestaltpsychologie. In seinem Buch 'Vom Sinn der Sinne' (1978/1935) und dem Buch 'Geschehnis und Erlebnis' (1930) unternahm er den Vorstoß zur Anwendung philosophischer und phänomenologischer Ideen in der Medizin. Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft des Daseins müssen bei einem Individuum andauernd zur inneren Synthese gebracht werden. Krankheit ist eine existenzielle Krise, ein Versagen in der Aufgabe, 'gute Lebensgestalten' zu konkretisieren. Der Patient lebt 'in gestaltwidrigen Verhältnissen' oder stellt diese her. Es gibt eine 'Wendung gegen die Norm', die dem Kranksein vorrausgeht oder es sogar hervorbringt. Nur durch die Wiederherstellung der inneren Zeitstruktur des Lebens und Erlebens und den Mut zur 'Gestalthaftigkeit des Daseins' kann Therapie wirksam werden.
- b. Viktor VON WEIZÄCKER (1986, 1971) definiert, un gute, 'Leistung des Subjekts' Er sprach von 'Drehtürprinzip', wonach die psychische Krankheit dann in Erscheinung tritt, wenn die Neurose aus irgendwelchen Gründen nicht mehr zur Existenzsicherung ausreicht. Seine Verdienste für die Psychosomatik in Deutschland sind bedeutend.
- c. GEBSATTEL (1954) konzentriert sich auf die 'Werdenshemmung' der Neurotiker, der Sexualkranken und der psychosomatischen Patienten. Wir treffen hier wieder um den Gedankengang der 'Historiologie' des menschlichen Daseins. Der Mensch hat die Aufgabe unablässig zu werden und zu wachsen. Versäumt er das aus inneren oder äußeren Gründen, dann stürzt seine Existenz gleichsam ab. Er wird physisch oder psychisch krank oder erlischt als personales Dasein. Nach GEBSATTEL ist es nicht einfach ein Kausalgeschehen, sondern die Auswirkung eines ethischen Defizits. Wird jemand krank, soll man erforschen, ob er in einer Krisensituation keine adäquate Lösung für den Imperativ der Wertsteigerung der Person gefunden hat.
- d. Arthur JORES zog in seinem Buch 'Der Mensch und seine Krankheit' (1962) das Fazit dieser Vorläufer. Er führte den Begriff der 'menschlichen Krankheit' ein. Menschliche Krankheiten, psychosomatische Störungen, erwachsen mehr der minder direkt aus den existenziellen Schwierigkeiten der Menschen. Der Mensch wird krank, wenn er in

eine 'Schicksalsgasse' gerät und diese nicht in konstruktiver Weise überwachsen kann. Der Mensch kann als Person zu schwierigen Umständen Stellung beziehen, er kann sie überwinden oder resignieren, kämpfen oder dulden, aber immer an seiner Person festhalten und dadurch dem 'Schicksal die Stirn bieten'. Hat er dies im Leben nicht ausreichend gelernt, muss er zur Krankheit greifen, um sein Leben zu stabilisieren. JORES lässt keinen Zweifel daran, dass nur durch den Aufbau einer intakten ethischen Haltung ein psychosomatisches Leiden grundlegend geheilt werden kann.

6. Methard BOSS (1999, 1975) in seiner Daseinsanalyse schlug in der Psychosomatik einen neuen Ton an. Er wandelte bereits bestehende Ideen und Modelle ab. Er stellt ein Amalgam von Heidegger'scher Analytik des Daseins und der Psychoanalyse dar. Krankheiten als defizitäre Form der Existenz. HEIDEGGER spricht von der Aufgabe des Menschen, ein eigentliches Selbst zu sein. Davor flüchtet der Mensch oft in das 'Man-Selbst-Sein'. Auf sich selber stehen bedeutet eben Konfrontation mit der Angst, der inneren Einsamkeit und dem Bewusstsein des Streben-Müssens. Eine dem Dasein angemessene Weise der Existenz beinhaltet ein Mit-Sein mit den anderen Menschen. Der Mensch soll ein weltoffenes Wesen sein. Er darf sich nicht in sich selbst verkapseln, sondern muss sich öffnen und alles Seiende in seine Obhut nehmen.

Lebt der Mensch als Selbst und freier Gestalter seines Schicksals, dann hat er die größten Aussichten physisch und psychisch gesund zu sein und zu bleiben. Wird sein Dasein eingengt durch Verstimmung oder Verschlussenheit, verwandelt sich das Leben in Leiden. Das nicht realisierte Leben stört die Organfunktionen und macht krank. Der Prozess der Gesundung besteht in einer Ermutigung zum Selbst-Sein.

7. In der allgemeinen Psychosomatik muss man über den Stress sprechen. Hans SELYE (1976) sprach von Druck, Anstrengung, Belastung usw.. Nach SELYE hat jedes Individuum eine eigene Stressresistenz und Stresstoleranz. Belastende Ereignisse bezeichnete er als 'Stressoren'. Stressoren können Krankheit, Fieber, Gifte, Traumata, zivilisatorische Lebensbedingungen oder auch Daueraffekte wie Angst, Ärger, Hetze, Leid, Aggression usw. sein. Diese Stressfaktoren führen zunächst zu Anspannungen. Tritt keine Entlastung ein, so kommt es zur Erschöpfung. Der überbürdete Organismus erkrankt nicht nur an den äußeren Traumatisierungen, sondern auch an den überforderten Versuchen des Ausgleichs.

Man spricht von 'Eustress' und 'Distress'. Der Organismus braucht das Gefordertsein, den guten Stress, er fördert die Funktionstüchtigkeit. Es ist die Frage, wann Eustress in Distress umschlägt. Dies hängt von Konstitution und Disposition ab. Es hängt davon ab, ob das Individuum seelisch und geistig auf das Belastetsein des Daseins die richtige Antwort findet. Es braucht Geist, Vernunft, Sinnorientierung, um inmitten von tausendfältigen Stressoren leben und überleben zu können. Hugo VON HOFMANNSTHAL hat gesagt: „Was Geist ist, das erfährt nur der Bedrängte.“ (1895) Wenn aber in der Bedrängnis kein Geist erfahren wird, dann wird unweigerlich jeder Stress zum Distress.

8. Wir gehen davon aus, dass der zentrale Befund in Neurosen, Charakteranomalien, Perversion, Psychosen und in psychosomatischen Störungen der 'Verlust der Wesensmitte' ist. Nur wenn ein Mensch seine 'Mitte' gefunden und aufgebaut hat, hat er einen Schutz gegen all diese Krankheiten.

Tiere leben aus ihrem Mittelpunkt heraus. Sie haben keine 'exzentrische Positionalität' (PLESSNER 1975a, 1975b). Auch ein Kind lebt im Augenblick und selbstzentriert. Das heißt, Kinder und Tiere sind ziemlich sorgenfrei und sogar glücklich. Sie wissen nichts von der Existenzangst, von dem Tod.

Die Existenzphilosophie spricht von dem 'Verfall'. Damit ist ein Daseinszustand gemeint, in dem sich der Mensch an seine Umwelt, oder an die Welt überhaupt, verliert. Man kann ja auch von 'Selbstentfremdung' sprechen. Der Mensch ist durch tausendfältige selbstentfremdende Lebensbedingungen gefährdet. Es kommt zu einer 'sehr wackeligen' Existenz, die von Wünschen, Hoffnungen, Illusionen und Wahngelbilden abhängig ist. Im Französischen bedeutet das Wort Geisteskrankheit, 'aliénation', entfremdet sein.

Die Mitte unseres Daseins ist nicht etwas Festgegebenes. Wenn man sie gefunden hat, kann man sie auch verlieren. Wir Menschen leben zwischen sehr vielen Polaritäten, die dauernd überbrückt werden müssen. Man versteift sich zum Beispiel auf eine Position, nehmen wir einen Arbeitsplatz, eine Beziehung oder ein soziales Umfeld, was dann doch zur Selbstentfremdung führt. Auch die Zeit kann das Dasein gefährden. Wir leben mit Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft und können uns unter Umständen auf eine Zeitdimension fixieren, oder jemand lebt in einer 'luftigen Zukunft', die niemals Gegenwart werden kann. Wir hoffen et-

was, erwarten etwas, was nie gelingen kann. Andere wieder bohren sich in ihre Vergangenheit ein, an eine verflissene Liebe, verstorbene Eltern oder Großeltern, an Fehler oder Schulden, die sie gemacht haben. Dies lässt sich weder durch Reue noch durch Schulgefühle ändern. Ein Mensch, der frei über alle Zeitdimensionen verfügen kann, hat Aussicht, in seine Wesensmitte zu gelangen.

FREUD spricht von 'Ich-Stärke' (1909). Er meint einen Menschentypus mit wenig Verdrängungen, der Zugang zum eigenen Unbewussten hat und 'in sich ruht'. Der ich-starke Charakter hat auch sichere Ich-Grenzen, das heißt, er ist mit der Welt verbunden, kann sich aber klar von ihr abgrenzen.

Alfred ADLER (1912) meint, dass man in den Besitz der eigenen Mitte gelangt, wenn man als Mitmensch lebt. Er sagt, wer produktiv ist, arbeitet, liebt und Sozialinteresse entwickelt, besitzt die eigene Mitte, ein Selbst, eine Person. In die Personmitte kommt man hinein, wenn man dem Du und dem Wir vollauf gerecht wird.

JUNG (1982) spricht von Individuation oder Selbstwerdung als Sinn jeder analytischen Kur. Wobei JUNG dieses Ziel auf mystische oder esoterische Art anstrebte. Das soziale Leben beeinflusst uns dahin, dass wir alle normal und unauffällig sein sollen. Wer sein Selbst erweckt und entdeckt, wird für die Umwelt sperrig und unbequem. Zum Beispiel kann man unter Umständen besser Karriere machen, wenn man, wie alle anderen, auf das Selbstsein verzichtet. Die Mehrheit mag in sich ruhende Menschen nicht.

HERAKLIT VON EPHEBUS erzählt, dass die Bürger seiner Stadt einen Freund seiner Familie ins Exil trieben, weil er größer und bedeutender als sie war. Sie sollen gesagt haben, wenn einer groß sein wolle, dann solle er das anderswo sein, worauf HERAKLIT kommentierte: Seine Mitbürger sollten sich 'Mann für Mann aufhängen'“ Er war kein Menschenfreund. (Aphorismen, Internet)

KIERKEGAARD (1849) beschreibt zwei Menschentypen. Der eine will verzweifelt 'man selbst sein' und der andere verzweifelt nicht man selbst sein. Diese beiden Grundtypen findet man in der Psychopathologie und Psychosomatik ungemein häufig.

Zur Wesensmitte gehört Echtheit, Autonomie, Verzicht auf jeglichen Stolz bezüglich eigener Eigenschaften und Statusmerkmale. Es geht um

das Sein und nicht um das Haben, um das was einer ist, und nicht um das, was einer hat oder vorstellt. Wir sind Mitglieder einer Kultur, die viel Äußerlichkeiten und Schein liebt. Wenn einer schlicht und gerade und ohne Mätzchen zur Kultur heranwächst und wenn er zu seiner Selbstwerdung beiträgt, ist er wertvoll. Das kommt jedoch selten vor.

GOETHE schreibt: „Mit seltsamen Gebärden schafft man sich sehr viel Pein. Kein Mensch will etwas werden, ein jeder will schon sein.“ (Gedichte 1827) Den Psychoanalytiker interessiert, aus welchen psychogenetischen Gründen die Wesensmitte schon im Kindesalter zugemauert wird. Man hat herausgefunden, dass Kinder, die unter streitenden Eltern aufwachsen, daran gehindert werden, eine innere Mitte zu konstellieren. NIETZSCHE (1878) sagt in einem Aphorismus: „Die Dissonanzen im Wesen und Charakter der Eltern klingen im Kinde fort und behindern oft ein Leben lang das Werden der Wesensmitte.“

Die meisten Eltern haben kein Gespür dafür, dass jedes Kind einzigartig ist und dessen Entwicklung nicht vorauszusehen ist. Der gute Erzieher macht keine Pläne, wie sein Kind werden soll. Er lauscht auf die Strebensrichtung des Zöglings und unterstützt diese, wenn sie kulturell wertvoll ist. Je unwissender und kleinkariierter die Eltern sind, umso eher wollen sie das Kind zum Abbild ihrer angeblichen Perfektion machen. So haben Menschen ohne innere Mitte Kinder, die auch weder ihr Selbst noch ihre Person entfalten können.

Prägenitale Charaktere sind nicht personenzentriert. Im Sinne der Psychoanalyse ist nur der genitale Charakter personenzentriert, der nach FREUD arbeits-, liebes- und kulturfähig ist. Er steht auf dem Boden des Eros. Der Thanatos, der zur psychosomatischen Erkrankung führt, hat wenig Macht über ihn.

Wer in seiner Wesensmitte lebt, ist kommunikativ und kooperativ. Er wird es nicht, oder nur selten, nötig haben mit Organsprache und Organdialekt zu sprechen. Nur in äußerster Not wird er einen Willen zum Kranksein demonstrieren. Er wird weniger 'es-haft' und mehr selbstzentriert leben. Sein Charakter wird im Allgemeinen sozialproduktive Konturen aufweisen. Mitmenschliche Wesenszüge entarten selten zu Affekten, die das Organgeschehen in Unordnung bringen.

Der personale Mensch ist 'werdensfähig'. Er hat die Kraft und das Wissen, um das Leben gut zu gestalten. Er kann auch in Schicksalsgas-

sen am Gesetz des Werdens festhalten. Er hat Mut zur Weltoffenheit, zum Angehen der Lebensaufgaben und zur geistigen Bewältigung des Daseins. Für ihn ist vieles Eustress, was für den mittelpunktlosen Charaktertyp zum Distress wird. Es ist der kostbarste Besitz des Menschen, wenn er seine Wesensmitte aktualisiert und stabilisiert hat.

Wie wir wissen, gibt es vielfältige psychotherapeutische Schulen und so ist die Herangehensweise an die psychosomatische Erkrankung vielfältig. Jede Therapie zielt darauf ab, die angekränkelte oder verschüttete Wesensmitte des Patienten anzusprechen, zu erwecken und zu beleben. Wenn der Kontakt von Personmitte zu Personmitte, von Selbst zu Selbst nicht zustande kommt, muss man die Therapie in Frage stellen. Es muss dem Therapeuten gelingen, im Analysanten die Hoffnung zu wecken, aus dem eigenen Wesen heraus sein Leben gestalten zu können. Der Therapeut kann hier eine mütterliche Funktion übernehmen. So wie die Mutter in den ersten Lebensjahren Zuwendung, Anrede, Fürsorge und die Bedingungen für eine Ich-Entwicklung schafft, wird auch der gute Therapeut in der Therapiesituation durch vorbildliche Dialogik und Verstehensprozesse die Ich-Stärke seines Klienten fördern.

Wer seine Wesensmitte verloren hat, kann sie durch Selbsterziehung und Selbstbesinnung wiedergewinnen. Ein 'Personkern' muss jedoch vorhanden sein.

## General Psychosomatic Medicine or the Loss of the Core of Being (Summary)

Georg GRODDECK concerned himself with psychosomatic medicine in 1917. He had observed that in patients where he was expecting the outbreak or worsening of a neurosis, an organ disease appeared vicariously. FERENCZI spoke of 'temporary symptoms', meaning a symptomatic condition which seemed to replace the neurosis on a short term basis. GRODDECK was of the opinion that almost every illness signified 'creative endeavours' by the id or unconscious. Sickness is an outlet which the person 'chooses' in a psychic or physical predicament.

FREUD laid the foundation for psychosomatic medicine in psychoanalysis. He explained: 'the neurotic symptoms are the patients' love life'.



A preponderance of the 'object libido' would be normal, meaning a libido which seeks its object in the outer world. In cases where this is not possible for external or internal reasons, the object libido converts to the narcissistic libido, the illness.

ADLER defined the terms 'organ jargon', 'organ dialect', and 'organ language' in 1907 in his 'Individual Psychology'. Stabilisation of self-value can only take place when humans live in the state of interconnectedness and community feeling. When we do not grow towards the dimension of 'with-one-another-ness' or we fall out of it, we will become psychosomatically or even physically ill. Neuroses or psychosomatic ailments can be an indirect means of solidifying an insecure feeling of self-worth. The ill person has high social status in our culture without having to do anything.

In a normal case our sense of worth is secured by acts of love, social contributions or cultural investments. For some people this is too hard. They 'choose' the 'alibi of being sick'. One speaks of the 'will to be ill'. Some individuals are relieved when they become sick because now they will find shelter and security in society, something they desperately need.

Georg GRODDECK was of the opinion the id engenders illness or health dependent on the intentions or needs of the person/individuum. It speaks a symbolic language, similar to the language of dreams. A throat infection can be saying that the patient cannot or will not swallow something unpleasant.

SCHULZ HENKE presented his depth psychology system with 'the inhibited person'. Each human acquires numerous inhibitions in his childhood. In the end, a 'manifest inhibition' is created which is obvious at first glance. Still more important, however, are the hidden inhibition structures which have an influence at the deep level of the personality. Whatever is inhibited cannot develop and unfold. It remains stunted and unstructured. In 'temptation and failure situations' the inhibition appears and floods the consciousness. A person gets neurotic or psychosomatic symptoms. The person who is inhibited tends to have anxiety, over-compensation, rationalisation, missing work and life techniques, difficulties in sexuality and love as part of a neurotic world view.

Alfred ADLER spoke about the nervous character. And even Heraclites in his oracle-like language said, "man's character is his fate."

Viktor VON WEIZÄCKER spoke of the 'revolving door principle' by which the psychic illness appears when the neurosis for whatever reason no longer suffices in securing one's existence.

Arthur JORES summed up the tenor of these forerunners in his book 'The human and his illness' (1962). He introduced the term 'human illness'. Human illnesses, psychosomatic disorders, develop more or less directly from the existential difficulties of the human. If humans have not learned adequately to overcome in different conditions illness is the last resort in order to stabilize their lives.

The author has the opinion that 'loss of the core of being' is the fundamental diagnosis in neuroses, character anomalies, perversions, psychoses and in psychosomatic disorders. Only the humans who have found and developed their 'core' are protected against all these 'illnesses'.

FREUD speaks of the 'ego strength'. He speaks of a person type with little repression, humans who have access to their own unconscious and 'rest in themselves'. The ego-strong character has ego borders which means these humans are connected to the world but can also clearly set up borders to it.

Alfred ADLER thought that humans come to acquire their own core when they live in co-existence. He said that those who are productive, work, love, and develop social interests have found their own core: a self, a person.

AMMON (1974) described psychosomatic illness as a deficit disease. The patient was not given the vitally important narcissistic affirmation in earliest childhood in the form of psychic and physical interaction from the caregiver and the surrounding family group. He develops a structural narcissistic deficit in the body-ego-developmental phase. That is why it is difficult for him to set boundaries between himself and the caregiver and primary group and take the step of realizing his own ego-identity.

According to AMMON, the symptom serves as the substitute for the deficient psychic structure. It serves as compensation for the narcissistic deficit and the defence, the archaic fear of separation and annihilation. The symptom may never be directly addressed and analytically resolved since that can lead to psychotic disintegration in the patient. Merely

removing the symptom would rob him of a vitally important defence mechanism. The therapy in the group is meant to provide the sick person with remedial ego and ego-identity development so that he gains insight into the archaic needs and fears. In this way, he can attain more successful forms of dealing with himself and the outside world. AMMON mentions that the early experiential deficits in the psychosomatic ill and their structural consequences can be assessed similarly to the development in people who are missing essential sensory organs, like in those who are born blind.

VON SENDEN (1932) observed that persons born blind who are able to see after an eye operation much later in life went through severe trauma. They were not able to integrate the experience of seeing into their life and behaviour due to undeveloped coping mechanisms. It was practically impossible for these patients to achieve visual orientation at a later date. The consequences of this went so far that after month-long attempts to adapt, several of them actually requested to be made blind again.

ALEXANDER (1985) spoke of the 'emotional gap' which remains with the psychosomatic patient when the organic symptom is removed. The emotional gap describes the 'hole in the ego' (AMMON 1975) or the structural deficit. The goal of the therapy must be for the patient to construct a capably functioning self-boundary, making the cut-off psychosomatic symptomatic behaviour unnecessary which replaces, or in some cases, protects this self-boundary through therapy. The therapeutic group must take up the task of setting a boundary for ego functions and help the patient to internalize his own ego boundary.

The symptom, serves the patient as a defence function which is desperately needed for the maintenance of his ego integration and the functional ability of his ego. It may not be addressed directly. The therapist should attempt to communicate directly with the patient about his fears, his destructive aggression, his needs, and confrontations. It is not the symptom which is positioned at the centre of attention but the damage in the patient's early childhood and the recent recurrence in his life and behaviour. AMMON's opinion was that working through the aggression turned destructive the emotional experience and insight into the genesis constituted the turning point in therapy (1976).

AMMON developed his 'psychoanalytical milieu therapy' in 1959. Through the diversity of different contact opportunities within the environment of a group, also through the communication about an external object, the fragmentation of transferral was made possible which is usually very intensive and symbiotic in particular with psychosomatically ill patients.

A group must constitute a real group of external objects by which the patient can find stability and thus be able to orientate himself to external reality. The group becomes the ego-border of the patient. In his quite aggressive-terroristic behaviour he will try to conduct the group. In his dependent-submissive behaviour he delegates this function to the group and subjects himself without a will of his own.

The psychogenetic grounds of what walls off the core of being even in childhood is that which interests the psychoanalyst. There are findings stating that children who grow up with fighting parents are hindered in establishing an inner core.

Most parents are insensitive to the fact that each child is unique and its development cannot be predicted. Wise guardians do not make plans as to how their child is to develop. They quietly observe the direction of a child's ambition and support this where it is of cultural value. The more ignorant and pedantic the parents are, the more they will try to make their child the copy of their supposed perfection. That is how persons without an inner core have children who similarly are neither able to develop their self or their person.

Persons who live from the core of being are communicative and cooperative. They will not speak with organ language and organ dialect. Only in extreme cases they will demonstrate a 'will to be ill'. Their lives are less 'id-focused' and more core-centred. Their character, in general, will exhibit productive social contours. Considerate characteristic traits rarely degenerate into affects which then disrupt organic functions.

Persons are 'able to develop'. They have the strength and the knowledge in order to design their lives well. They are able to hold onto the principles of becoming, even in dead ends of destiny. They have courage to open up wide to the world, to tackle life tasks and for the spiritual coping with their existence.

Each therapy aims at addressing, awakening, and animating the patient's sickly or submerged core of being. It must be possible for the therapist to awaken hope in analysis patients that they will be able to shape their lives from within their individual self.

Those persons who have lost their core of being can regain it through self-discipline and self-reflection. A 'personal core' must be there, however, in the first place.

(English text: Simone Lipka, Berlin)

### *Literaturangaben*

- Adler, A. (1988/1912): *Über den nervösen Charakter*. Frankfurt a. M.: .
- Alexander, F. (1985): *Psychosomatische Medizin*. Berlin, New York: .
- Ammon, G. (Hg)(1974): *Psychoanalyse und Psychosomatik*. München: Piper.
- Bergmann, G. von (1990): *Funktionelle Pathologie*. Berlin: .
- Boss, M. (1999): *Einführung in die psychosomatische Medizin*. Stuttgart: Huber.
- (1975): *Grundriss der medizinischen Psychologie*. Stuttgart, Wien: .
- Freud, S. (1999/1913): *GW 10*. Frankfurt: Fischer.
- Gebattel, V. E. v. (1954): *Die Störungen des Werdens und des Zeiterlebens im Rahmen psychiatrischer Erkrankungen*. In: *Prolegomena einer Medizinischen Anthropologie*; S. . Berlin, Göttingen, Heidelberg: .
- Goethe, J. W. (): *Gedichte 1827; Zahme Xenien 4.* : Deutscher Klassiker Vlg.
- Groddeck, G. (): *Briefwechsel Groddeck-Freud 1917-1934*. Werkausgabe Bd. 4.
- Heraklit: *Der Charakter des Menschen ist sein Schicksal*. Fragmente, B 119.
- Hoffmannsthal, H. von (1895): *Die Gedichte 1891-1898*.
- Jores, A. (1962): *Der Mensch und seine Krankheit*. Stuttgart: Klett.
- Jung, C. G. (1982): *GW*. Olten: Walter.
- Kierkegaard, S. (1849): *Die Krankheit zum Tode*. Kopenhagen: Diederichs.
- Nietzsche, F. (1878): *Menschliches, Allzumenschliches*; Bd 1, 2.
- Plessner, H. (1975a): *Gesammelte Schriften*. Frankfurt: Suhrkamp.
- (1975b): *Die Stufen des Organischen und der Mensch*. Berlin, New York: .
- Schopenhauer, A. (1977): *Werke in 10 Bänden*. Zürich: .
- Schulz Henke, H. (1986): *Der gehemmte Mensch.* : Thieme.
- Selye, H. (1976): *The stress of live*. New York: Mc Graw-Hill.
- Straus, E. (1930): *Geschehnis und Erlebnis*. Berlin: Springer.
- (1978/1935): *Vom Sinn der Sinne*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Weizäcker, V. von (1986): *Über Medizinische Anthropologie*; S. . In: *Gesammelte Schriften 5*. Frankfurt a.M.: .

# Quantendynamik, Psi und Psychodynamik

Reimer Hinrichs (Berlin)

The paper is divided into three parts: First, a short historical summary is given about the ambivalent attitude of traditional psychology to phenomena of parapsychological quality; by pointing out the findings of authors including FREUD, ELLENBERGER, Fanny MOSER and members of the British Society for Psychical Research, the reliability of research in parapsychology is proven.

The second part of the paper will describe telepathic and other parapsychological phenomena, as they occur within the therapeutical situation. Historic as well as current aspects are taken into account.

Finally, the theory of psi is discussed in combining aspects of depth-psychology and micro-physics. The synopsis of both structural aspects of the Unconscious and microphysical dynamics tries to understand the nature of parapsychological manifestations.

Keywords: parapsychology, psi-factor, micro-physics, psychotherapy

“If I had my life to live over again I should devote myself to psychical research rather than to psychoanalysis.”

Sigmund FREUD (1. August 1921, Hereward Carrington; zit. n. MISCHO 1962/63: S. 119, Fn.)

## Einleitung

Parapsychologie als Wissenschaft ist umstritten, seitdem sie ihren Namen trägt, der ihr 1889 von dem Berliner Psychologen und Philosophen Max DESSOIR verliehen wurde (BAUER 1992, S. 249). Sie beinhaltet die Beschäftigung mit dem sogenannten Übernatürlichen und dessen Entzauberung. Dennoch gilt es seit der Etablierung des ersten Instituts für experimentelle Psychologie 1879 durch WUNDT in Leipzig unter Wissenschaftlern als unfein, sich mit Psi-Phänomenen zu beschäftigen.

Hierbei wird vergessen, dass die Kenntnis, Würdigung und Nutzung parapsychologischer Phänomene eine lange, auch therapeutische Tradition haben (s. ELLENBERGER 1985, MEISSNER 1985), und dass die gerade genannte Diskriminierung der Parawissenschaften das eigentlich Erstaunliche an der Debatte innerhalb der akademischen Psychologie ist; aktuelle Ausnahme: SCHRIEVER 1998. WINTERSTEIN (1948) sagt hierzu,

dass die deutsche Psychologie die Parawissenschaften sanktionieren müsste, wenn sie nur die diesbezügliche angloamerikanische und französische Literatur rezipieren würde. In diesen Zusammenhang gehört auch die Würdigung der systematischen politischen und militärischen Erforschung paranormaler Phänomene (SCHNABEL 1998).

Auch die organisierte Psychoanalyse ist gefangen im wissenschaftlich-reduktionistischen Szientismus, obwohl die Faszination der Parapsychologie auf die psychoanalytischen Pioniere doch bekannt ist (neben FREUD 1921, 1922, JUNG 1902, 1916, 1919a, 1939, u. a. auch DEUTSCH 1926, FERENCZI, HITSCHMANN 1923, HOLLOS 1933, STEKEL und WINTERSTEIN; s. LABORDE-NOTTALE 1995/1990, S. 97).

Das Problem der Anerkennung parapsychologischer Forschung durch die akademische Psychologie liegt in der Selbstbezogenheit von Psi-Phänomenen sowie in ihrer Spontaneität und Nähe zu emotionalen Faktoren des Beobachters oder des Vermittlers.

Im Mikro- wie im Makrokosmos herrschen Prozesse vor, die innerhalb von Feldern unbekannter Qualität wirksam sind (KOESTLER 1974, SHELDRAKE 1999), so dass gesagt werden kann, wir selbst leben innerhalb eines psychomagnetischen Feldes, dessen Qualität dem bewussten Erleben unbekannt ist.

Historisch: Nach der Entdeckung magnetischer Felder wurde deren Wirkung anerkannt, das gleiche gilt für die unmerkliche Beeinflussung durch Röntgenstrahlen.

Oder Geistheilungen: Sie sind als ritualisierte Prozesse bereits im Tierreich bekannt (STEIN 1997, S. 21ff.). Nehmen wir hierzu die Tatsache des phylogenetischen Gedächtnisses sowie das Faktum, dass sich unsere genetische Struktur von der des Schimpansen nur um 1,1% (GRIBBIN, GRIBBIN 1995) unterscheidet. Untersucht man die irrtumsarmen ACGT-Sequenzen, kommt man sogar auf eine genetische Übereinstimmung Mensch/Schimpanse von 99,6% (SAGAN, DRUYAN 1995, S. 357).

Müssen wir jetzt nicht dem Rechnung tragen, was JUNG (1919b/1976) im Zusammenhang mit der Entwicklung des Archetypen gesagt hat? Wenn, wie JUNG (1928/1976, S. 181) sagt, Archetypen als Manifestationen von Instinkten zu verstehen sind, und wenn er daraus ableitet, dass die ältesten Gedächtnisinhalte vererbt und nicht erworben sind, dann sollten wir uns der Parapsychologie im Tierreich zuwenden, wie es

dankenswerter Weise STEIN (1997, S. 22ff.) kürzlich unternommen hat.

Mit der Parapsychologie bei Tieren ist die eigentümliche Sicherheit gemeint, mit der Tiere sich zeitlich, örtlich und pathisch-affektiv orientieren. Die Wahrnehmung von Naturereignissen ist bei zahlreichen Tierarten präkognitiv, und die Beispiele telepathischer Phänomene bei Tieren sind häufig (s.a. MOSER 1935/1974, MORRIS 1975). Die aktuelle Monografie SHELDRAKES (1999) zu diesem Thema entwickelt ausführlich die These von der ubiquitären Wirksamkeit sogenannter morphischer Felder, die sich aus Selbstresonanz entwickelt; sie wird von SHELDRAKE mit der Nichtlokalität der Quantenphysik in Zusammenhang gebracht.

Auch STEIN (1997) postuliert in diesem Zusammenhang eine universelle Realität, deren Struktur wellen- und feldartig ist, jedenfalls nicht korpuskulär. Sie ist dem Tier sensibel unmittelbar zugänglich, dem kortikalisierten Homo sapiens hingegen lediglich im mystischen Schauen oder im Zustand erweiterter Bewusstseinszustände, also indirekt und quasi im Ausnahmefall.

Der kortikale Mensch neigt dazu, plötzliche, weil unerwartete Überflutungen des Bewusstseins durch archetypische, also instinktive Inhalte, extern zu projizieren, weil sie typischerweise in affektiv zugespitzten Situationen eintreten, und schon befindet er sich als Symptomträger mitten in der klinischen Psychopathologie: Er gilt als schizophren. Ein wirkliches Verständnis der menschlichen Natur ist, nach STEIN (1997), nur möglich, wenn wir die animalischen Bereiche anerkennen, die in uns leben, entweder unbewusst oder, bei manchen Naturvölkern, ritualisiert (STUMPFE 1973), aber doch ganz ohne Zweifel wirksam. Dies wurde im wissenschaftlichen Diskurs bis vor kurzem wenn nicht totgeschwiegen, so doch mindestens vernachlässigt. Es gibt allerdings Anzeichen für ein Umdenken.

Wir erkennen aktuell, dass sich der Bogen wieder zurückspannt zugunsten der Würdigung von Psi-Phänomenen jenseits der New-Age- und Esoterikbewegung (LABORDE-NOTTALE 1995; STEIN 1997). Allmählich beginnt auch die wissenschaftliche Psychologie zu begreifen, dass Reproduzierbarkeit von Messergebnissen noch nichts, oder viel zu wenig, aussagt über den Wirklichkeitscharakter des Gemessenen. Die Quantenphysik lehrt zudem, dass der Messvorgang selbst den gemessenen Prozess verändert (GRIBBIN 1998/1995).



In diesem Zusammenhang ist es erfreulich, dass auch in der Hoch-Zeit des naturwissenschaftlichen Szientismus sich Vertreter sogenannter seriöser Wissenschaften ernsthaft um die Analyse parapsychologischer Vorgänge bemühen (MATTIESEN 1987a/1925; 1987b/1936-39; MORRIS 1975, MOSER 1974/1935, 1950; PAVESE 1992, RESCH 1992), eine Tendenz, die gerade eine aktuelle Renaissance aus quantenphysikalischer Sicht erfährt (vgl. HERBERT 1990, GRIBBIN 1998). Es scheint kein Weg daran vorbeizuführen, beim Versuch, die makro- und mikrokosmischen Wirklichkeiten zusammen zu verstehen, die Welt hinter der Kausalität zu beleuchten, wenn auch vorläufig unter der Prämisse, dass unsere Verstehensmöglichkeiten hier begrenzt sind. Die sog. dunkle Materie scheint nicht nur eine makrokosmische, sondern auch eine psychische Realität zu sein.

### Anmerkung zur historischen Beziehung zwischen Psychotherapie und Parapsychologie

Es ist vielleicht nicht allgemein bekannt, aber doch von Bedeutung, dass Sigmund FREUD wie auch C. G. JUNG Mitglieder der britischen Society for Psychical Research (SPR) waren, jener Gesellschaft, die 1882 von englischen Wissenschaftlern gegründet wurde, um die Manifestationen des Paranormalen zu überprüfen und zu ordnen (s. MORRIS 1975). Die entsprechenden Proceedings der SPR umfassen bis heute mehr als 40.000 Druckseiten; der Schwerpunkt liegt auf der Sammlung spontaner Phänomene, weniger auf der experimentellen Ebene (BAUER, 1992: 250, s.d. auch weiteres Material zur Historie parapsychologischer Forschung).

FREUD war außerdem Mitglied der amerikanischen SPR und wurde 1938 zum Ehrenmitglied der britischen Muttergesellschaft gewählt (LABORDE-NOTALLE, 1990, S. 99).

### Zur Phänomenologie parapsychologischer Manifestationen im psychotherapeutischen Alltag

Einleitend soll ein Beispiel von Synchronizität beschrieben werden, einem Grenzgebiet parapsychologischer Forschung, das zwar außerhalb von Psychotherapie geschah, aber in das gemeinte Feld hineinführt und außerdem einen unwiderstehlichen Charme besitzt.

### Zur Definition der Synchronizität schreibt JUNG:

Ein unerwarteter Inhalt, der sich unmittelbar oder mittelbar auf ein äußeres objektives Ereignis bezieht, koinzidiert mit dem gewöhnlichen psychischen Zustand: dieses Vorkommen nenne ich Synchronizität. (1952a, S. 485)

Was gemeint ist, beschreibt C. G. JUNG (1952a: 470) in einer unsterblichen Fußnote, in der er den Astronomen FLAMMARION bezüglich folgender Anekdote zitiert:

Ein M. Deschamps erhielt als Knabe einmal in Orleans ein Stückchen Plumpudding von einem M. de Fontgibu. Zehn Jahre später entdeckte er in einem Pariser Restaurant wieder einen Plumpudding und verlangte ein Stück davon. Es erwies sich aber, dass der Pudding bereits bestellt war, und zwar von M. de Fontgibu. Viele Jahre später wurde M. Deschamps zu einem Plumpudding als einer besonderen Rarität eingeladen. Beim Essen machte er die Bemerkung, jetzt fehle nur noch M. de Fontgibu. In diesem Moment öffnete sich die Türe, und ein uralter, desorientierter Greis trat herein: M. de Fontgibu, der sich in der Adresse geirrt hatte und fälschlicherweise in diese Gesellschaft geraten war.

Ebenfalls C. G. JUNG war es, der uns das wohl bekannteste Beispiel eines synchronistischen, und damit parapsychologischen, Phänomens innerhalb der therapeutischen Situation geschenkt hat, als er vom Skarabäus-Beispiel berichtet: Eine Patientin träumte, sie habe einen goldenen Skarabäuskäfer geschenkt bekommen. JUNG schreibt:

Plötzlich hörte ich hinter mir ein Geräusch, wie wenn etwas leise an das Fenster klopfte. Ich drehte mich um und sah, dass ein fliegendes Objekt von außen gegen das Fenster stieß. Ich öffnete das Fenster und fing das Tier im Fluge. Es war die nächste Analogie zu einem goldenen Skarabäus, welches unsere Breiten aufzubringen vermochten, nämlich eine Scarabaeide (Blattornkäfer). (1952a, S. 478)

Ein weiteres wesentliches Merkmal der Synchronizität ist aber das akasale Moment. Die synchronistische Koinzidenz kann nämlich auch zusammenfallen mit einem Ereignis außerhalb des Wahrnehmungsfeldes des Betreffenden (JUNG 1952b: 560). Damit entfiele der Kausalnexus. Entscheidend bleibt der gemeinsame Sinn zwischen den, beliebig voneinander entfernten, psychischen und psychophysischen Ereignissen (JUNG 1952b, S. 565).

Es verwundert nicht, dass diese Erkenntnisse JUNGs aus seiner Zusammenarbeit mit dem Physiker Wolfgang PAULI entstanden sind. Auf die physikalische Seite dieses Themas wird im Diskussionsteil der Arbeit zurückzukommen sein. Auf die historischen und vorwissenschaftlichen Aspekte dieser Manifestationen machten bereits ELLENBERGER (1985)

und MEISSNER (1985) aufmerksam. Der gemeinsame Nenner zur Aktivierung derartiger Phänomene ist ein Bewusstseinszustand, der sich vom wachen, konzentrierten Tagesbewusstsein unterscheidet, sei es in Form von Trance, Hypnoid, Tagträumerei, Meditation, Halbschlaf oder anderen regressiven Bewusstseinsformen.

Persönlich erlebe ich das Auftreten derartiger Phänomene im psychotherapeutischen Alltag gelegentlich in thermischen, olfaktorischen oder visuellen Sensationen, die spontan aufsteigen und eindeutig sind.

### Kasuistische Beispiele

Eine 26-jährige Patientin mit Asthma bronchiale, die nach Analyse mehrere Jahre beschwerdefrei war, sucht mich wieder auf, deutlich beeinträchtigt, kurzatmig, agitiert und ängstlich, und bittet um weitere Analyse. Auffällig war für mich von Anfang an eine unerwartete, deutliche Abkühlung der Raumtemperatur während dieser Begegnung.

Ich rate zu klinischer Abklärung und Stabilisierung des pulmonalen Bildes vor Wiederaufnahme der Therapie, da die Patientin manifest unter einer obstruktiven Lungenerkrankung leidet; mir erscheint aufdeckende Psychotherapie in diesem Zustand nicht geeignet zur Desomatisierung der Symptome. Am Ende der Stunde notiere ich: 'Irgendwie war der Tod im Raum; Pat. sprach unvermittelt und ausführlich von Gräbern, Kreuzen, Kirchen und Gruften'.

Am Abend desselben Tages verstirbt die Patientin in ihrer Wohnung im Status asthmaticus, den auch die Notärztin nicht mehr erfolgreich behandeln konnte. Vorher war die Patientin nicht dazu zu bewegen gewesen, eine Klinik aufzusuchen.

Ich denke, dass bei diesem Beispiel deutlich wird, wie wichtig die Rolle des Affektes bei der Entstehung paranormaler Phänomene einzustufen ist. Gerade im Zusammenhang mit Liebe und Tod erleben wir sehr häufig entsprechende Manifestationen, auch außerhalb der Psychotherapie.

Es gehört zum Allgemeinwissen, dass besonders zwischen Menschen, die sich emotional sehr nahe standen oder stehen, die Wahrscheinlichkeit paranormaler Kommunikation besonders groß ist, insbesondere, wenn einer von beiden sich in Lebensgefahr befindet. Die veröffentlichten Beispiele hierfür sind zahlreich (s. MOODY 1977, MORRIS 1975).

Ein psychokinetisches Phänomen tauchte in der 130. Analysestunde einer 38-jährigen Maklerin auf: Es handelt sich um die erste Stunde nach meinem Urlaub, und die Patientin berichtet einen Alptraum, in dem sie im Bett liegt, während durch das Fenster bedrohliche Äste eines Gartenbaumes nach ihr greifen. Die Einfallskette führt zu der Leblosigkeit der Äste, so, als wenn etwas Abgestorbenes nach ihr greift.

Die Deutung geht in Richtung 'Absterben alter, kranker, jetzt toter Persönlichkeitsanteile', so wie überhaupt das Todesthema häufig integrativer Heilungsbestandteil analytischer Psychotherapie ist (vgl. HINRICHS 1997).

Plötzlich erschrickt die Patientin und ergänzt, dass eine Woche nach dem Traum im eigenen Garten ein Baum plötzlich in der Mitte vertikal brach und eine Hälfte verlor, die seitdem leblos ist. Schon vorher, sagt die Patientin, habe sie Unruhe beim Anblick dieses Baumes empfunden; sie hatte das Gefühl, dass ein Teil des Baumes nicht mehr zu retten sei, und sie hatte vor, einen Gärtner zu beauftragen, hier das Kranke abzuschneiden, damit der gesunde Teil des Baumes auf neue Weise leben könne.

Ein Beispiel aus dem Bereich der Psychokinese wird mir von einer 52-jährigen Analysepatientin berichtet, nachdem in ihrer äußeren Realität der Todesaspekt eine unerwartete Bedeutung bekam: Ein etwa gleichaltriger Bekannter verstirbt plötzlich bei einem Unfall und hinterlässt seine Witwe mittellos. Dieser Verstorbene hatte vor seinem Tod an einem Kriminalroman geschrieben, der unvollendet blieb, Titel: 'Nullkommanichts'.

Nach seinem Tod entschloss sich die Witwe, auf Kosten des Arbeitgebers ihres Mannes diesen Roman im Selbstverlag zu veröffentlichen. Ein Exemplar des Buches befand sich seitdem im Besitz meiner Patientin und ihres Mannes. Es stand mitten im Regal, nicht am Rand. Während zweier Anlässe fiel das Buch innerhalb einer Woche jeweils aus etwa zwei Metern Höhe zu Boden und blieb liegen, mit dem Buchrücken nach oben, die Seiten auf dem Teppich gespreizt, also in ungewöhnlicher Lage, so dass der Titel in fast schmerzlicher Deutlichkeit sichtbar wurde, der ja die finanzielle Situation der Witwe spiegelte.

Einmal war die Witwe zu Besuch, das andere Mal beschäftigte sich die Tochter der Patientin mit einer früheren Arbeit des verstorbenen Mannes.

Der Einfall der Witwe ging in die Richtung, dass das Buch unvollendet erschienen war, und tatsächlich ist das Thema des seelisch Unerledigten aus dem Bereich der Spukforschung wie auch aus der Geschichte der Psychoanalyse als besonders quälend wirksam bekannt (zum Spuk s. MOSER 1950).

Ein eindrucksvolles Beispiel für telepathische Kommunikation innerhalb einer psychoanalytischen Behandlungsstunde gibt Elisabeth LABORDE-NOTTALE:

Im Laufe einer Sitzung mit einer Patientin kommt mir die Vorstellung einer Birnentoite ['tarte aux poires'] in den Sinn. Während ich der Patientin zuhöre, [...] sagt die Patientin [...] plötzlich, alle Leute hielten sie für eine 'poire' [Dummchen] und sie komme sich vollkommen 'tarte' [blöde] vor. Die Zeichen 'tarte' und 'poire' hatte ich also schon im Kopf, bevor die Patientin sie ausgesprochen hatte [...]. Ich glaube nicht, dass ich von mir aus diese Ausdrücke auf sie angewendet hätte [...]. Sie schienen eher ihrer Vorstellungswelt als der meinen anzugehören. (1995, S. 114f.)

Die Autorin nennt den Kern derartiger Vorstellungsbilder Skopeme und schreibt ihren ontogenetischen Ursprung der frühen, averbalen und affektiven Kommunikation des Säuglings mit der Mutter zu.

### *Diskussion*

Telepathie und Hellsehen sind die klassischen parapsychologischen Phänomene, die in psychotherapeutischen Situationen auftreten (Psychoanalyse: s. LABORDE-NOTTALE 1995; Hypnose: s. RYZL 1989, s.a. KOESTLER 1974: 99). Von der Existenz telepathischer Phänomene waren selbst FREUD und JUNG überzeugt und ordneten sie, ebenso wie BENDER (1991/1950, S. 20) und LABORDE-NOTTALE (1995, S. 106) als atavistische Kommunikationsformen ein.

Die Regression der bewussten reflexiven Aktivität scheint die Voraussetzung dafür zu sein, dass sich paranormale Ereignisse in der therapeutischen Situation zeigen. PAVESE (1992, S. 47) spricht in diesem Zusammenhang von psychischer Integration. Hierbei ist nicht nur der Patient gemeint. Gerade auf therapeutischer Seite scheinen bestimmte Konstellationen, die z.B. durch intensive Gefühlsregungen oder deren Abwehr gekennzeichnet sind, die Wahrscheinlichkeit zu vergrößern, mit dem Patienten in einen telepathischen Kontakt zu treten.

### *Aktueller Einschub*

Es ist ermutigend, dass sich auch außerhalb des therapeutischen Settings aktuell die Annäherung der Medien an Parapsychologische auf akzeptablem Niveau ohne öffentlichen Widerspruch allmählich etabliert (N-TV 2012); dies bezieht sich besonders auf Nahtoderlebnisse.

Da aber jede psychotherapeutische Situation, die über Pädagogik hinausgeht, regressive Phänomene hervorrufen kann, ist im Felde der therapeutischen Sitzung bereits die Voraussetzung für ubw. Kommunikation in stärkerem Ausmaß gegeben als in der Alltagskommunikation. Dies gilt für die Einzeltherapie mehr als für die Gruppentherapie, da in der Eins-zu-eins-Begegnung die Affinität zur frühen Mutter-Kind-Dyade größer ist. Dass die Gruppe selbst symbolisch als Mutterfigur fungieren kann, wird hierbei absichtlich außer acht gelassen, da eine Vertiefung dieses Aspektes den Rahmen der Arbeit sprengen würde. Auch die regressiven Elemente der Massenpsychologie können hier nur erwähnt werden.

Allerdings muss an dieser Stelle wenigstens stichwortartig das Verdienst Milton H. ERICKSONS gewürdigt werden, der gezeigt hat, dass u. a. durch die psychotherapeutische Technik der Konfusionsinduzierung sowohl im individuellen als auch im gruppentherapeutischen Bereich intensive Veränderungen des Bewusstseins und der Orientierung bis hin zu Dissoziationsformen erreicht werden können (HUDSON O'HANLON, HEXUM 1990; ROSSI 1995), die beim Individuum durchaus an die Phänomenologie der multiplen Persönlichkeit denken lassen. Damit soll lediglich angedeutet werden, dass der psychische Pool des Patienten innerhalb der therapeutischen Situation nach aktuellem Kenntnisstand unerschöpflich ist und jedenfalls mit den Untersuchungsmethoden der akademischen Psychologie allenfalls marginal erfasst werden kann.

### Grenzgebiete zwischen Psychotherapie und Parapsychologie

Gewissermaßen an der Oberfläche des unbewussten Dialogs in der psychotherapeutischen Situation liegt das, was REIK (1976/1948) das 'Hören mit dem dritten Ohr' genannt hat. Dies Phänomen hat nichts mit Parapsychologie zu tun, es betont lediglich die Wichtigkeit, auf das zu achten, „was zwischen den Worten und im Schweigen“ (REIK 1948, S. 167) sich kommunikativ darstellt. Die psychoanalytische Forschung

nähert sich diesem Phänomen in der Untersuchung des therapeutischen Dialogs neuerdings unter dem Stichwort 'Konversationsanalyse' (STREECK 1999).

Fanny MOSER, die reale Tochter von FREUDs berühmter Patientin Emmy v. N., (FREUD 1895, S. 99ff.) geht in ihrer epochalen Untersuchung über den Okkultismus (1935, S. 164ff.) einen Schritt weiter und beschreibt die Ebene der subliminalen Wahrnehmung, die ebenfalls noch deutlich vom parapsychologischen Bereich abgegrenzt wird.

Sie schildert Phänomene, die sich zwar physiologisch erklären lassen, aber bereits einen rätselhaften Charakter besitzen. Indem sie andere Autoren zitiert, zeigt sie, dass durch die Beachtung sogenannter innerer Stimmen lebensgefährliche Situationen überstanden wurden. Wenn ein Forscher durch diese internen Phänomene vor einem umstürzenden Baum gewarnt wird und sich in Sicherheit begibt, Sekunden bevor der Baum umstürzt, begründet MOSER dieses Ereignis mit der durchaus physiologischen, allerdings quasi-mikroskopischen Wahrnehmung der beginnenden Fragilität des Baumstammes.

Ergänzend erwähnt die Autorin die Tatsache, dass Menschen, die sensorisch isoliert behindert sind, diese Beschädigungen durch andere Organe funktionell effektiv kompensieren können. Sie nennt derartige Erscheinungen 'propriozeptive Kryptästhesie' (n. PAVESE 1992, S. 45: Hyperästhesie), die in anderem Zusammenhang auch wirksam werden in Erkenntnisprozessen bei zugespitzter Affektlage, z.B. bei Todesahnungen, die sich so aufklären lassen als mikrophysiologische und atypische Wahrnehmungen fataler physiologischer Veränderungen bei dem Todgeweihten. Ebenfalls in diesen Bereich gehört all das, was zur instinktiven Sicherheit der Wahrnehmungswelt von Tieren bei affektiver Kumulation gehört.

Die Grenze zum explizit Parapsychologischen wird allerdings dann überschritten, wenn ein plötzliches Wissen um Gegebenheiten besteht, die räumlich außerhalb der Wahrnehmungsmöglichkeit des Betreffenden liegen oder zeitlich in der Zukunft. Im ersten Fall wird das Prinzip der Lokalität außer Kraft gesetzt, im zweiten das Gesetz der Lichtgeschwindigkeit.

Um die experimentelle Erforschung paranormaler Phänomene hat sich bekanntlich Joseph Banks RHINE in Durham, North Carolina, verdient

gemacht (s. WINTERSTEIN 1948; MORRIS 1975, PAVESE 1992). Seine Ergebnisse führten allerdings nicht zu einem vertieften Verständnis, weil seine Methodik auf Reproduzierbarkeit aus war, also genau auf das Phänomen, dem sich das Wesen der Paraphänomene aufgrund seiner autoreferenziellen, spontanen und impulsiven Struktur verschließt.

Es bleibt aber das Verdienst Rhines, experimentell gezeigt zu haben, dass das Unbewusste zu Leistungen imstande ist, die vom Zufall her nicht erklärt werden können; dies bezieht sich im engeren Sinne auf die Ekphorierung verloren geglaubter Erinnerungen, aber auch beispielsweise auf die Lösung komplexer mathematischer Aufgaben durch ansonsten gering begabte Versuchspersonen (PAVESE 1992).

## Parapsychologie und Mikrophysik

Die Quantenmechanik, also die Untersuchung mikrophysikalischer Prozesse, hat, ich möchte sagen, glücklicherweise, beweiskräftig gezeigt, dass die tiefere Realität, auf der unsere kausale und dreidimensionale Wirklichkeit aufbaut, nichtlokal ist und durchaus Botschaften kennt, die oberhalb der Lichtgeschwindigkeit transportiert werden.

Es ist u. a. John GRIBBIN (1998, S. 25, 121ff.) Verdienst, gezeigt zu haben, dass die Möglichkeit der Überlichtgeschwindigkeit durchaus mit EINSTEINS spezieller Relativitätstheorie in Einklang zu bringen ist. Aus EINSTEINS Dogma ergibt sich lediglich, dass die Grenze zwischen Unter- und Überlichtgeschwindigkeit nicht überschritten werden kann:

Aus den Einstein'schen Gleichungen geht hervor, dass wir durch die Addition zweier [oder mehrerer!] Geschwindigkeiten, die kleiner als  $c$  sind, nie eine relative Geschwindigkeit erhalten, die größer als die Lichtgeschwindigkeit ist. Was sie hingegen *nicht* behaupten, ist, dass man nicht mit Überlichtgeschwindigkeit reisen könnte. (Kursiv von GRIBBIN 1998, S. 121)

Die Quantenmechanik brachte nicht nur die Elemente des Zufälligen in die Physik, sondern bewies auch die Nichtlokalität der universellen Realität, wie HERBERT (1990) uns an den Experimenten von John STUART BELL, Alain ASPECT und John CLAUSER anschaulich zeigt. Ohne die Einzelheiten zu strapazieren, kann doch gesagt werden, dass im Bereich der Mikrophysik durch die genannten Forscher in den 70er und 80er Jahren nachgewiesen wurde, dass unser Universum zwar lokale Phänomene zulässt, jedoch nachweisbar auf nichtlokaler Realität aufgebaut ist. Das



Wort 'nichtlokal' bedeutet hier die nachweisbare Verbindung bestimmter Partikel, z.B. Photonen, unabhängig von ihrer räumlichen Entfernung.

Ergänzend wird bei KOESTLER (1974) der verkannte österreichische Biologe Paul KAMMERER gewürdigt, dessen Studien belegen, dass neben dem uns bekannten kausalen ein akausales universelles Prinzip wirksam ist, das selektiv auf das erstere einwirkt, und zwar so, dass Ereignisse seriell oder synchron zusammengebracht werden, die durch emotionale Affinität verbunden sind.

Im menschlichen Erlebnisbereich kennen wir solche Affinitäten vor allem auf affektivem Gebiet, z.B. durch Konfrontationen mit Grenzsituationen, in denen archetypische Konstellationen auftreten, Begegnungen mit Tod, Gefahr, Liebe und Konflikten. Die Häufigkeit von spontanen paranormalen Erlebnissen in Todesnähe erklärt WINTERSTEIN (1948, S. 22) mit der Hypothese, dass der Affektzustand eines sterbenden Menschen mit dem Freiwerden großer, bisher gebundener Energiemengen verbunden ist, die das telepathische Transportieren von entsprechenden Botschaften begünstigen. „Die Nähe des Todes führt uns offensichtlich zurück zum Ursprung unserer psychischen Existenz: Der pränatalen Koanästhesie.“ (KAMINER 1999, S. 113)

Dies soll ergänzend zur letzten kasuistischen Skizze führen: Eine 25-jährige phobische Patientin berichtet nach langem Zögern, dass sie seit der Kindheit 'spüren' könne, wenn irgendwo Gefahr insbesondere durch Feuer drohe. Im Herbst 1998 erlebte sie während der Zugfahrt zum Arbeitsplatz über mehrere Wochen hindurch ein sehr intensiv sich steigernes unbehagliches Gefühl beim Passieren eines bestimmten Hauses, das im November 1998 tatsächlich bis auf die Grundmauern niederbrannte.

Die Wiederholung dieser Zuspitzungen seit der Kindheit besonders im Monat November führte durch die Einfälle der Patientin zurück zum Zeitpunkt ihrer unerwünschten Empfängnis. Die therapeutische Technik war hier Altersregression in Hypno-Analyse.

GOSER (1992) erklärt solche Zusammenhänge aus physikalischer Sicht damit, dass in sogenannten Normalsituationen die mentale Energie des Menschen zu gering ist, um paranormale psychische Phänomene in den Bereich des Wahrnehmbaren hineinzutransportieren, die einem quasi jenseitigen, virtuellen, aber realen Informationspool entstammen. Die Stärke der Wechselwirkung zwischen jener Information und dieser

Materie ist nach GOSER festgelegt durch die Größe eines Wechselquantums ( $h$ ).

In Extremsituationen (Meditation, Lebensgefahr, Glück, Katastrophensituationen) „können jedoch im Menschen so hohe Informationswerte auftreten, dass Effekte in der sichtbaren Welt zu beobachten sind.“ (GOSER 1992, S. 580)

Dies korrespondiert beispielsweise mit dem biologischen Phänomen der Schleimpilze, deren Teile sich bis zur Erreichung einer kritischen Situation (Nahrungsmangel) wie eine Vielzahl von Individuen verhalten, sich dann aber funktionell zu einem einheitlichen individuellen Großorganismus verändern; ähnliche Phänomene finden sich im Reich der Insekten, aber auch in Makrogrößen wie Masse oder Gesellschaft.

Allerdings ist dieses Phänomen der nichtlinearen Realität genauso anwendbar auf den Bereich der sogenannten unbelebten Materie. Als Stichworte seien hier lediglich die physikalischen Begriffe ‘Phasenübergang’ und ‘spontane Symmetriebrechung’ genannt (KRAUSS 1998, S. 193ff.); im Bereich der nichtlinearen Wirklichkeit existiert der Zufallsbegriff nicht.

### *Ausblick*

Hier befinden wir uns an der Grenze zur Chaosforschung genauso wie zur Philosophie des Mystizismus oder des kosmischen Bewusstseins, des Dogmas der Einheit aller Dinge, das besagt, dass Synchronizität und andere Erscheinungsformen von Psi Abkömmlinge archetypischer und akausaler, aber realer Aspekte unserer Wirklichkeit sind, in deren rationale, uns erfassbare Ebene sie gelegentlich hineinragen, um dann Zusammenhänge und Erscheinungen hervorzurufen, die wir kortikal und sensuell nicht verstehen können, da unsere sensorische Kapazität rational und kausal strukturiert ist. Dadurch erfasst sie weitgehend den, universell unbedeutenden, weil vorstellbaren, Teil der linearen Realität.

Die Annäherung jedoch an jene nichtlineare, kosmische Realität bleibt unsere Aufgabe, auch deswegen, weil die Natur dessen, was wir erforschen, des Unbewussten, nicht linear strukturiert ist. Das Es, was zum Ich werden soll, folgt Gesetzen, die weitgehend außerhalb unserer physiologischen Wahrnehmungsfähigkeit liegen. Um das Es unserer Patienten zu verstehen und im therapeutischen Sinne zum Ich werden zu lassen,

werden wir also unsere therapeutische Wahrnehmungsfähigkeit erweitern müssen. Dies gilt gleichermaßen für die notwendige eigene Introspektion, ohne die Empathie nicht möglich ist. Ohne Empathie aber gibt es keine wirksame Psychotherapie.

### *Zusammenfassung*

Das Referat gliedert sich in drei Teile: Den Anfang bildet ein kurzer historischer Abriss zur Ambivalenz der traditionellen Psychologie gegenüber Phänomenen parapsychologischer Qualität. Gleichzeitig wird durch Quellenverweise (ELLENBERGER, Fanny MOSER, British Society for Psychical Research) die Seriösität parapsychologischer Forschung belegt.

Im zweiten Teil werden telepathische und andere parapsychologische Erscheinungen im therapeutischen Alltag beschrieben, wobei historische und aktuelle Gesichtspunkte berücksichtigt werden.

Den Abschluss bildet die Diskussion zur Theorie des Psi-Faktors, wobei die Strukturen unbewusster psychischer Prozesse mit Elementen der Quantenmechanik in Beziehung gesetzt werden. Die Synopsis von strukturellen Aspekten des Unbewussten und mikrophysikalischer Dynamik versucht, die Natur parapsychologischer Manifestationen zu verstehen.

## Quantum Dynamics, Psi, and Psychodynamics (Summary)

„If I had my life to live over again I should devote myself to psychical research rather than to psychoanalysis”.

Statement made by Sigmund FREUD to Hereward Carrington on August 1, 1921 (as cited in MISCHO, 1962/3: 119, footnote.)

Psychical research as a science has been controversial since it was thus termed in 1889 by the Berlin psychologist and philosopher Max DESSOIR (BAUER 1992, p. 249). It is concerned with the so-called supernatural and deconstructing the mystique associated with it.

The psychoanalytic establishment is mired in academic and reductionistic scientism, although the fascination that psychical research held for the pioneers of psychoanalysis is well known (not only FREUD and JUNG,

but also DEUTSCH, FERENCZI, HITSCHMANN, HOLLOS, STEKEL, and WINTERSTEIN; see LABORDE-NOTTALE 1995/1990).

Equipped with a cortex, the human being tends to project sudden, unexpected overwhelming of consciousness by archetypal, that is, instinctive contents, (on) to external causes because they typically occur in situations of heightened affect. He thus lands right in the center of clinical psychopathology, a symptom carrier who is considered to be schizophrenic.

According to STEIN (1997), it is only possible to understand human nature fully if we recognize the animal spheres that live in us, either unconsciously or—in some primitive peoples—in ritualised form (STUMPFE 1973), but nonetheless exert a definite influence. Until recently this aspect was neglected, although not completely suppressed. However, there are signs of a change in attitude.

Academic psychology is gradually beginning to grasp the sheer fact that the measurements are replicable does not yet in itself reveal anything, or far too little, about the true nature of what has been measured. Moreover, quantum physics teaches us that the process of measurement itself modifies the process being measured (GRIBBIN 1998/1995).

## Psi- phenomena in psychotherapy

To begin with I would like to give an example of synchronicity, an area that borders on parapsychological research. While this took place outside of psychotherapy, it provides an introduction to the field in question and also possesses an irresistible charm.

JUNG defined synchronicity as, “an unexpected content that indirectly or directly relates to an external objective event and coincides with the usual mental state”. (1952a, p. 485)

What is meant he describes in an immortal footnote (1952a, p. 470) in which he quotes the following anecdote told by the astronomer FLAMMARION:

As a child, M. Deschamps once received a piece of plum pudding from a M. de Fontgibu in Orléans. Ten years later he discovered plum pudding again in a Paris restaurant and ordered a piece. However, it turned out that the pudding had already been ordered, by M. de Fontgibu. Many years later M. Deschamps was invited to have some plum pudding as a special rarity. While eating it he remarked jokingly that the only thing that was missing

now was M. de Fontgibu. At that moment the door opened and an ancient, disoriented old man walked in: M. de Fontgibu, who had got the wrong address and stumbled in on the party by mistake.<sup>1</sup>

It was also C.G. JUNG who provided us with what is probably the most well-known example of a synchronistic, and thus parapsychological, phenomenon in the therapeutic situation, when he reported the example of the scarab. A female patient had just told him a dream about a golden scarab which she received as a present. Jung writes,

Suddenly I heard a noise behind me, as if something was tapping at the window. I turned round and saw a flying object banging against the window from outside. I opened the window and caught the animal in full flight. This was the closest to a golden scarab that our latitudes can offer, that is, a beetle of the Scarabaidae family. (1952a, S. 478)

I personally occasionally experience the occurrence of such phenomena in routine psychotherapy in thermic, olfactory or visual sensations that occur spontaneously and are completely clear.

## Clinical vignettes

A 26-year-old patient with bronchial asthma, who had remained symptom-free for several years after her analysis, consulted me in a clearly distressed state, short of breath, agitated and frightened and asked to continue her analysis. From the start I noted an unexpected, distinct fall in room temperature during this encounter. I advised her to undergo clinical examination and get her lung condition stabilised before resuming therapy, since she was obviously suffering from obstructive pulmonary disease. I did not think that uncovering psychotherapy was a suitable strategy for desomatising the symptoms while she was in this condition.

At the end of the session I wrote, "Somehow death was in the room; the patient spoke directly and at length about graves, crosses, churches and vaults". On the evening of the same day the patient died in her apartment in an asthmatic crisis that the emergency physician had been unable to treat. It had not been possible to persuade her to go to hospital.

A psychokinetic phenomenon occurred in the 130<sup>th</sup> hour of the analysis of a 38-year-old real female estate agent. It was the first hour after my vacation and the patient reported a nightmare in which she was lying in her bed while threatening branches of a tree in the garden reached through the window and tried to grasp her. Her chain of associations led

to the lifelessness of the branches as if something dead was trying to grab her.

## Discussion

Telepathy and clairvoyance are the classical parapsychological phenomena that occur in psychotherapeutic situations (for psychoanalysis see: LABORD-NOTTALE, 1995; for hypnosis: RYZL 1989, also KOESTLER 1974, p. 99).

Even FREUD and JUNG were convinced of the existence of telepathic phenomena and, like BENDER (1950, p. 20), they classified them as atavistic forms of communication.

The regression of conscious reflexive activity seems to be the prerequisite for the occurrence of paranormal events in the therapeutic situation. PAVESE (1992, p. 47) speaks in this context of psychic integration. This does not simply refer to the patient. In therapeutic situations, especially, it would seem that certain constellations, for example, those characterized by intense feelings or defenses against them, increase the probability of entering into telepathic contact with the patient.

However, since all psychotherapeutic situations that go beyond educative efforts can elicit regressive phenomena, in therapy sessions the conditions are more conducive to unconscious communication than in everyday communication. This applies more to individual therapy than to group therapy, since in the one-to-one encounter there is a greater affinity to the early mother-child dyad.

I am intentionally leaving aside the fact that a group itself can function symbolically as a mother figure, since this would lead us away from the subject under discussion. For similar reasons I shall merely mention the regressive elements of mass psychology.

However, at this point I would like to say at least a few words about the contribution of Milton H. ERICKSON, who showed that intense alterations of consciousness and orientation that even go as far as forms of dissociation reminiscent of the phenomenology of multiple personality can be induced by various interventions, including the psychotherapeutic technique of inducing confusion, in both the individual and the group setting (HUDSON O'HANLON, HEXUM 1990; ROSSI 1995).

This merely to point out that at the current state of the art it is known

that the patient's psychic reservoir within the therapeutic situation is inexhaustible and only a fraction of it can be measured with the methods of academic psychology.

However, the boundary between these phenomena and explicitly parapsychological occurrences is crossed when there is a sudden apprehension of events that lie outside of the range of a person's perception or in the future. In the first case the principle of locality no longer applies, and in the second the law of the speed of light.

The relationship of psychical research and quantum mechanics (micro-physic) is interesting, but can not be discussed here in detail because of lack of space. However, it is of importance that tachyons: particles moving above light speed and bringing, by nature, future signals back into the present time, were detected as being real in September 2011 in CERN, Geneva, Switzerland; thus, the phenomenon of clairvoyance is explained by the science of physics.

## Future prospects

We have now arrived at the frontiers of chaos research and the philosophy of mysticism or cosmic consciousness, of the dogma of the unity of all things. In this view, synchronicity and other psi phenomena are derivatives of archetypal and acausal and non-local, but existent aspects of our reality, into whose rational level, which is perceivable to us, they occasionally protrude.

It remains our task to approach the non-linear, cosmic reality, partly because the structure of what we are studying, the unconscious, is not linear. The id that is to be ego follows laws that are to a great extent beyond the limits of our physiological capacities of perception. Thus, in order to understand the Ids of our patients and to help them become Ego, in the therapeutic sense, we shall have to increase our therapeutic perceptual capacities. This applies equally to introspection of our own process, without which empathy is not possible. However, without empathy there can be no effective psychotherapy.

---

<sup>1</sup> Translator's note: translations of all quotations in this text are ad hoc translations from the German.

### *Glossar verwendeter Begriffe*

Amnesie: Verlust bewusster Erinnerungen.

Animismus: Die Überzeugung von der Beseeltheit des diesseitig Unlebendigen. Oder: Dinge besitzen besondere subjekthafte Eigenschaften (Wilber 2001: 212).

ASW: Außersinnliche Wahrnehmung: „Fähigkeit, Informationen über Geschehnisse in der Außenwelt zu erlangen, ohne von den Sinnen und den bekannten Energieeinflüssen Gebrauch zu machen“ (Ryzl 1997: 11). Unterformen: Telepathie, Hellsehen, Präkognition (engl.: ESP: extrasensory perception) (Schmitz 1977: 591; Lucadou 1995; 12).

Hellsehen: Eine der Formen von ASW: Kommunikation zwischen Seele und unbeseelter physischer Existenz (Pavese 1992: 18). Oder: Die "direkte" Wahrnehmung eines objektiven Vorgangs oder Sachverhalts, der niemandem bekannt ist (Lucadou, 1995: 12). Ryzl (1997: 11) definiert Hellsehen als eines der ASW-Mittel, um objektive Ereignisse in der Ausswenwelt wahrzunehmen, und zwar unabhängig von den Zeitformen Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft (Ryzl 1997: 12). Nach Kugel (1996: 225) bezieht sich Hellsehen auf Informationen, die zwar gleichzeitig vorhanden, aber psychisch nicht repräsentiert sind (von denen also niemand weiss); Kugel unterscheidet das Hellsehen von der Präkognition, die Zukünftiges erschliesst, während Hellsehen sich auf Gegenwärtiges bezieht.

Okkultismus: Beschäftigung mit Animismus und Spiritismus.

Parapsychologie: Die wissenschaftliche Beschäftigung mit der Struktur des Psi-Faktors; Schwerpunkte: Erforschung von ASW, PK; Jenseitsforschung.

Psychokinese (PK): Die Bewegung unbelebter Gegenstände ohne erkennbaren äußeren Einfluss bzw. eine direkte nichtmechanische psychische Beeinflussung von Bewegungsvorgängen außerhalb des Leibes (Bender 1991/1950, S. 19). Oder: Einflussnahme einer Psyche auf ein materielles System ohne Vermittlung der bekannten (physikalischen) Wechselwirkungsmechanismen (Kugel 1996: 225); oder: Unbewusste Übermittlung einer symbolischen Botschaft mittels Einwirkung auf die Materie (Pavese 1992: 19); oder: Einfluss der Psyche eines Menschen auf äussere Objekte oder Prozesse, ohne Vermittlung bisher bekannter physikalischer Energien und Kräfte (Lucadou, 1995: 12); oder: mit Energie verbundene Vorgänge, die sich ohne jegliche bekannte oder berechenbare Beteiligung physikalischer Energie ereignen (Ryzl 1997: 13); Formen nach Ryzl(1997: 13f.): Makro-PK: Levitation, Materialisation, Dematerialisation; Mikro-PK: im atomaren Bereich; s.a. Spuk.

Psi: Bezeichnung der Gesamtheit paranormalen oder parapsychischer Vorgänge, geprägt durch die Psychologen Thouless und Wiesner 1946 (Lucadou 1995: 12); oder: Hypothetischer Wirkfaktor bei der Untersuchung parapsychologischer Phänomene; Bedeutungszusammenhang zwischen kausal nicht verbundenen Ereignissen (Kugel 1996: 224);

-sensorischer Aspekt: s. ASW (Kugel 1996: 225);

-motorischer Aspekt: s. PK (Kugel 1996: 225).

Quantenmechanik: Mikrophysik; Physik der subatomaren Welt. Im Bereich des Planck'schen Wirkungsquantums  $h$  sind nur noch Wahrscheinlichkeitsaussagen möglich (s. Kopenhagener Deutung, Heisenberg'sche Unschärferelation)

Spuk: rezidivierende spontane Telekinese oder Psychokinese; unmittelbare Wirkung der Psyche auf die Materie: Unterscheidungen:

-ortsgebundener S,

-personengebundener S.

-ephemerer S. (Moser, 1950: 33): weder orts- noch personengebunden, aber häufig zeitlich und inhaltlich an Todesfälle geknüpft.

subliminal: unterschwellig;

Synchronizität: Zeitliche Koinzidenz von Ereignissen verschiedener phänomenologischer Qualität, die durch einen affinen Sinn miteinander verbunden sind, wodurch die Koinzidenz eine neuartige Bedeutung erhält. Griffon (1998: 158) formuliert, Synchronizität sei eine Theorie, "nach der äußere und innere Ereignisse, die in keiner kausalen Verbindung zueinander stehen, in einem 'bedeutungsvollen' Zufall zusammentreffen".

Trance: Regressiv veränderter Bewusstseinszustand mit erhöhter Suggestibilität.

### *Glossary of used terms*

amnesia: loss of conscious memories

animism: the conviction that inanimate objects in this life are animate or that things possess special subject-like properties (Wilber, 1995: 212)



- clairvoyance: one form of ESP: communication between the psyche and inanimate physical existence (Pavese, 1992: 18); the direct perception of an objective process or facts that is or are not known to anyone else (Lucadou, 1995: 12). Ryzl (1997: 11) defines clairvoyance as one of the modes of ESP in which objective events in the outside world are perceived, irrespective of past, present and future (Ryzl, 1997: 12). According to Kugel (1996: 225) clairvoyance draws on information that is simultaneously accessible, but is not mentally represented (i.e., of which no one knows); Kugel distinguishes clairvoyance from precognition, which apprehends things in the future, whereas clairvoyance relates to phenomena that are in the present
- ESP: extra-sensory perception: the "ability to obtain information about happenings the outside world without using the senses or the known energy flows"[1] Ryzl, 1997: 11); subtypes: telepathy, clairvoyance, precognition (Schmitz, 1977; 591; Lucadou, 1995; 12).
- levitation: the spontaneous elevating of objects or persons against the force of gravity without mechanical influence
- mysticism: the philosophical systematisation of links of a universal character that are registered via emotion
- parapsychology: the scientific study of the structure of the Psi factor; main focuses: research on ESP and PK; research on life after death
- Psychokinesis (PK): the movement of inanimate objects without any apparent external influence or direct non-mechanical, mental influencing of movement processes outside of the lived body (Bender, 1950: 19); the exertion of influence by a psyche on a material system without mediation by known (physical) mechanisms of interaction (Kugel, 1996: 225); the unconscious transmission of a symbolic message by exerting influence on the material (Pavese, 1992: 19); the effects of a person's psyche on external objects or processes without mediation by previously known physical energies or forces (Lucadou, 1995; 12), energy-related processes that take place without any known or predictable contribution of physical energies (Ryzl, 1997: 13); different forms described in Ryzl (1997: 13f.); macro PK: levitation, materialisation, dematerialisation; micro PK: the atomic range, see also: haunting.
- precognition (= prophecy): knowledge of the occurrence and nature of future events; perception of probability factors that foresee the future state of a system (Koestler, 1974: 71); a paranormal phenomenon that imparts knowledge of facts that are already occurring or developing (Pavese, 1992: 19); premonitions of future events without sufficient rational reasons and without these events being brought about by the prediction (Lucadou, 1995: 12); direct perception of future events (Ryzl, 1997: 12) as a subtype of ESP.
- psi: term designating all paranormal or parapsychic processes, coined by the psychologists Thouless and Wiesner in 1946 (Lucadou, 1995: 12); hypothetical factor that is thought to have an effect in investigations of parapsychological phenomena; the meaning link between events that are not causally connected (Kugel, 1996: 224);  
- sensory aspect: see ESP (Kugel, 1996: 225);  
- motor aspect: see PK (Kugel, 1996: 225).
- psychophonia: the recording of intelligent voices on tape without conscious intervention by a human being (Pavese, 1992: 20).
- quantum mechanics: microphysics; the physics of the subatomic world.
- synchronicity: temporal coincidence of events with different phenomenological qualities that are connected by an affine meaning that lends the coincidence a new significance. According to Griffon (1998: 158) synchronicity is a theory "according to which external and internal events that are not causally connected come together in a 'meaningful' coincidence.
- telepathy: the transmission of thoughts, feelings or other mental phenomena to a foreign psyche without the mediation of the known sensory organs (Bender, 1950: 19); "direct" transmission of information between persons (Lucadou, 1995: 12).
- trance: regressive state of consciousness with an enhanced suggestibility

Deirdre Winter (English summary translation)

## Literatur

- Bauer, E. (1992): Die Welt des Paranormalen und ihre wissenschaftliche Erforschung; S. 243-284.  
In: →Resch, A. (1992)
- Bender, H. (1991): Der Okkultismus als Problem der Psychohygiene. *Zs Parapsychol. Grenzpsychol* 33:17-23.

- Deutsch, H. (1926): Okkulte Vorgänge während der Psychoanalyse. *Imago* 12:418-433.
- Ellenberger, H. F. (1985): Die Entdeckung des Unbewussten. Zürich: Diogenes.
- Freud, S. (1895): Studien über Hysterie; S. 75-312. GW 1.
- (1921): Psychoanalyse und Telepathie; S. 25-44. GW 17.
- (1922): Traum und Telepathie; S. 163-191. GW 13.
- Goser, K. (1992): Vom Diesseits zum Jenseits; S. 565-588. In: →Resch, A. (1992).
- Gribbin, J. (1998): Schrödingers Kätzchen und die Suche nach der Wirklichkeit. Frankfurt/Main: Fischer.
- Gribbin, J.; Gribbin, M. (1995): Wie wenig uns vom Affen trennt. Frankfurt/Main, Leipzig: Insel.
- Griffon, T. W. (1998): Geschichte des Okkultismus. Limassol: Lechner
- Herbert, N. (1990): Quantenrealität jenseits der neuen Physik. Gütersloh: Goldmann.
- Hinrichs, R. (1997): Der Todesmythos im psychoanalytischen Heilungsprozess. *Zs psychosom Med. Psa* 43:297-313.
- Hitschmann, E. (1923): Telepathie und Psychoanalyse. *Imago* 9:368-382.
- Hollos, I. (1933): Psychopathologie alltäglicher telepathischer Erscheinungen. *Imago* 14:529-546.
- Hudson O'Hanlon, W. Hexum, A. (eds.)(1990): Milton H. Ericksons gesammelte Fälle. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Jung, C. G. (1902/1971): Zur Psychologie und Pathologie sogenannter okkultur Phänomene. GW 1: 3-98. Olten: Walter.
- (1916/1976): Die transzendente Funktion; S. 79-108. GW 8. Olten: Walter.
- (1919a/1976): Instinkt und Unbewusstes; S. 149-160. GW 8. Olten: Walter.
- (1919b/1976). Die psychologischen Grundlagen des Geisterglaubens; S. 329-348. GW 8. Olten: Walter.
- (1928/1976): Die Struktur der Seele; S. 161-182. GW 8. Olten: Walter.
- (1939/1974): Über Wiedergeburt; S. 125-161. GW 9/1. Olten: Walter.
- (1952a/1976): Synchronizität als ein Prinzip akausaler Zusammenhänge; S. 457-553. GW 8. Olten: Walter.
- (1952b/1976): Über Synchronizität; S. 555-566. GW 8. Olten: Walter.
- Kaminer, I. (1999): Die intrauterine Dimension in der menschlichen Existenz und in der Psychoanalyse. Hommage an Béla Grunberger. *Psyche* 53:101-136.
- Koestler, A. (1974): Die Wurzeln des Zufalls. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Kugel, W. (1996): Grundzüge einer relativistischen Theorie der Psi-Phänomene. *Z. Parapsychol. Grenz. Psychol.* 38: 224-236
- Laborde-Nottale, E. (1995): Das Zweite Gesicht. Übernatürliche Phänomene in der Psychoanalyse. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Mattiesen, E. (1987a/1925): Der jenseitige Mensch. Berlin: Walter de Gruyter .
- (1987b/1936-1939): Das persönliche Überleben des Todes. Bd. 1-3. Berlin: Walter de Gruyter.
- Meissner, B. (1985): Urformen der Psychotherapie. *Z Parapsychol Grenz. Psychol* 27:181-208.
- Mischo, J. (1962/63): Der andere Freud. *Zs Parapsychol Grenz. Psychol* 6:108-121.
- Moody, R. (1977): Leben nach dem Tode. Reinbek: Rowohlt.
- Morris, R. L. (ed.)(1975): Perspectives in psychical research. New York: Arno.
- Moser, F. (1950): Spuk. Baden/Zürich: Gyr.
- (1974): Das große Buch des Okkultismus. Olten: Walter. [orig.: 'Okkultismus. Täuschungen

- und Tatsachen', 1935]
- N-TV (2012): Blicke ins Jenseits. 12.3., 23.10 Uhr- 14.2.12, 01.40 Uhr
- Pavese, A. (1992): Hdb Parapsychologie. Augsburg: Weltbild.
- Reik, Th. (1976): Hören mit dem dritten Ohr. Hamburg: Hoffmann Campe
- Resch, A. (ed.)(1992): Aspekte der Paranormologie. Innsbruck: Resch.
- Rossi, E. L. (ed.)(1995): Gesammelte Schriften von Milton H. Erickson; Bd. 1: Vom Wesen der Hypnose. Heidelberg: Auer.
- Ryzl, M. (1989): Hellsehen und andere parapsychische Phänomene in Hypnose. Genf/München: Ariston.
- (1997): Das große Handbuch der Parapsychologie. Kreuzlingen: Ariston.
- Sagan, C.; Druyan, A.(1995): Schöpfung auf Raten. München: Droemer.
- Schnabel, . (1998): Geheimwaffe Gehirn. Die Psi-Agenten des CIA. Ebene Reichenau: Bettendorf.
- Schriever, F. (1998): Grenzbereiche der Realitätserfassung. Berlin: Retriever.
- Sheldrake, R. (1999): Der siebte Sinn der Tiere. Berlin, München, Wien: Scherz.
- Stein, H. (1997): Freud spirituell. Leinfelden-Echterdingen: Bonz.
- Streck, U. (1999): Konversationsanalyse und 'das Gespräch, in dem die psychoanalytische Behandlung besteht'. *Zs psychosom Med. Psa* 45:77-91.
- Stumpfe, K. (1973): Der psychogene Tod. Stuttgart: Hippokrates.
- Wilber, K. (2001): Eros, Kosmos, Logos. Frankfurt/Main: Fischer.
- Winterstein, A. (1948): Telepathie und Hellsehen. Wien: Phoenix.
- reimer@bln.de • www.reimer-hinrichs.de

# Communicative Evolutive Psychotherapy Adapted for the Psychodynamic Group Setting in the Treatment of Pathological Interpersonal Dynamics of Identity

Roberto Di Rubbo, Elena Sogaro, Stefano Pallanti (Florence, Italy)

Psychoanalytical psychotherapy view on the sense of personal identity shows a paradoxical aspect. It enhance the knowledge of the self, particularly of the unconscious. However, simultaneously, it stresses the gap between the knowledge of ourselves and what is thought inside our mind. A case report of the communicative evolutive psychodynamic psychotherapy group (CEPP-G) is presented to illustrate how the communicative evolutive approach may help therapists to identify evolutive processes and lead to interventions which may contribute in helping favourable compliance and results in group members with severe mental disorders, as well as in hindering interventions which may result as obstacles to evolutive processes. The CEPP-G seems to provide benefits in interpersonal feed-back, therapeutic alliance and a sense of personal identity.

Keywords: complex systems theory, group psychotherapy, unconscious, personal identity, communicative approach, communicative evolutive psychotherapy.

## Introduction

There have been few applications of complexity theory to research on psychotherapy groups.

A case report of a communicative evolutive psychodynamic psychotherapy group (CEPP-G) is presented to illustrate the application of communicative evolutive approach, based on complexity theory, to patients in- an out-patients setting.

Psychotherapy represents an evidence based treatment of first choice for many mental disorders (BATEMAN, FONAGY 2000; LEICHSENRING, LEIBING 2003; VERHEUL, HERBRINK 2007), and long-term psychodynamically oriented group psychotherapy, in an out-patient setting, has shown efficacy in treatment studies of many severe disorders, included personality disorders (VERHEUL, HERBRINK 2007). Literature outlined that this is effective treatment for severe mental disorders (i. e. personality disorders), (BATEMAN, FONAGY 2000).

This paper illustrates the application of communicative evolutive model, based on complexity theory, in an out-patients psychotherapy group setting. Psychodynamic group issues will be also discussed. The authors provide some observations on a communicative evolutive psychodynamic psychotherapy group (CEPP-G) and describe how communicative evolutive approach may help therapists to identify processes in group psychotherapy and lead to interventions which may contribute in helping favourable compliance and results in group members with severe mental disorders, as well as in hindering interventions which may result as obstacles to evolutive processes of the group. The communicative evolutive model seems to provide benefits in some issues, like interpersonal feedback, therapeutic alliance and sense of personal identity.

## Personal identity

Theories of personal identity attempt to explain what makes a person the same person over time. What is it that ensures that a person is the same person now as he/she was many years ago?

The two main approaches to personal identity propose criteria based on bodily continuity and on psychological continuity, respectively. What makes a person the same person over time is thus due to the fact their body, or their mind, persists through time.

An alternative view, however, denies that there is a self that exists over time. Bundle theory holds that we are nothing more than a collection of mental states, for example, that there is no self over and above these mental states that possesses them. The bodily continuity criterion for personal identity suggests that we apply this approach to personal identity. What makes a person the same person as he was ten years ago, then, with this approach, is that it is possible to trace a line through space following the location of his body.

In contrast to the bodily continuity criterion of personal identity, the psychological continuity criterion suggests that it is continuity of mental states that constitutes personal identity. One way of filling in the details of this theory is to adopt a Lockean memory criterion. In this approach, it is because a person can remember things that his younger self did that ensures that he and his younger self are the same person. One difficulty with the memory criterion is that there are many things that we have

done that we can not remember. According to the memory criterion, it seems, because I cannot remember these events, it is not me that was involved in them. The memory criterion, however, can be repaired to cope with this objection. I may not be able remember many events in my childhood, but I can remember a time when I could remember events in my childhood. Identity is a transitive relation; if a first thing is identical with a second, and that second is identical with a third, then the first thing is identical with the third. The present me, which can remember being a teenager, is identical with the teenage me, which could remember being a child, which is identical with the child me; all are therefore the same person.

Some recent modular accounts of mind, however, suggest that separate mental processes without conscious connections are involved in producing intentional activity, despite, and contrary to, the apparent unity of mind (s. Oliver SACKS' studies about identity 1985).

From the perspective of complex systems theory, personal identity could be seen as an emergent property characterized by the possession of some common essence, a special stability, a space-time continuity. Furthermore identity is characterized by a special unity relation among the parts of the system: cohesion, which determine the resistance of the system to external and internal fluctuation that might disrupt its integrity, at least until a certain point.

## Psychodynamic group issues

Group process generally refers to some important dynamic aspect of the group, particularly those like development and evolution of patterns of relationship between and amongst group participants (BECK, LEWIS 2000; YALOM, LESZCZ 2005). Group process occurs continuously at, at least, two levels: the first is conscious and the second is unconscious. To understand group process is a crucial function in group psychotherapy.

There is a growing interest about the elucidation of conscious and unconscious components of group process, because it is a crucial instrument for the therapists to modulate their intervention in order to reinforce evolutive, therapeutic forces, and modulate involutive, anti-therapeutic ones (LIEBERMAN, MILES, YALOM 1973; WARD, LITCHY 2004).

As we can observe, working in a group, therapeutic and antitherapeutic processes are constantly present, and often change, in an impermanent way, the ones into the others. This led to stress the importance of having a clear idea about the difference among the therapeutic and the antitherapeutic work which is done moment by moment, by the group as a whole, by the single member, and also by the therapists. Briefly, among therapeutic factors, we can recognize: interpersonal learning, catharsis, group cohesiveness, self-understanding, development of socialising techniques, existential factors, universality, instillation of hope, altruism, corrective family, re-enactment, guidance, identification/imitative behaviour (YALOM 1970).

It is important that two pan theoretical processes have gained considerable empirical and clinical-theoretical support as predictors of successful treatment outcome: interpersonal feed-back, fundamental for the therapeutic factor of interpersonal learning (BURLINGAME et al. 2004; YALOM, LESZCZ 2005), and the therapeutic alliance (JOYCE et al. 2007) between the individual group member and the therapists.

### Group evolutive process in the light of complexity theory

The theory which is an important part of our work has been called by various names as it has developed over the past decade. Chaos theory, nonlinear dynamics, complexity science, complexity studies, the lens of complexity, complex adaptive systems theory, are only a few of the names used. We have chosen the term, complexity theory, which seems to be the most recent, all-encompassing term. Complexity theory emerged from a variety of approaches in the physical sciences, including cybernetics, general systems theory, and catastrophe theory (ASHBY 1966; BERTALANFFY 1968; THOM 1975). The theory became more widely known after the publication of GLEICK's (1987) and WALDROP's (1992) descriptions of the social dynamics among the scientists who developed respectively, chaos and complexity theory. The recent comprehensive examination of complexity by WOLFRAM (2002) has further developed our basic understanding of this whole area.

Not surprisingly, given the nonlinear nature of human interaction, the insights of complexity theory were soon applied to social systems. EVE et al. (1997) remains one of the best introductions to the relationship

between complexity theory and the social sciences, along with a sampling of case studies using the approach in a variety of social systems.

Another excellent introduction to complexity theory in the social sciences has been written by EIDELSON, a psychologist (1997). He shows how social systems are complex adaptive systems, that is, systems which are nonlinear and evolving (p. 62). In his exhaustive review of the literature he covers almost every concept in complexity theory, and almost every type of system from biological to political.

Most other applications of complexity theory to social systems have been in the field of organisational management. Much of the debate in the management literature on complexity theory centres around the question of whether the approach is, indeed a theory, merely a metaphor, or simply a new way to package management consulting.

As we said, there have been many fewer application of complexity theory to research on psychotherapy groups. Formal research on groups began with the HAWTHORNE experimental studies of small work groups in an electrical factory, started during the economic boom of the twenties, and concluding at the height of the depression in the thirties (ROETHLISBERGER, DICKSON 1939). Later research on groups after the war focused on this self-organisation ability of groups.

It can be difficult to find clear definitions of complex systems. With CUMMING and COLLIER (2005) we could give an adequate operative specification of a complex system as follows:

1. the system components, which can be defined in varying degrees of detail,
2. the relationships between system components,
3. the spatial scale and spatial constancy at which the definition is applicable,
4. the temporal scale at which the definition is applicable, and
5. the author's perspective on the question of identity through time.

Now, this paper requires that we leave complex systems in general and that we focus our attention on their application to human relationships, where, according to EIDELSON (1997) we call them complex adaptive systems, or, according to MEACCI (1999) complex evolutive systems.



## Communicative evolutive model, a model for navigating through relational complexity

The communicative evolutive model is based on the study of complexity and then applies the complexity to interpersonal relationships. The initial area where complexity has been applied is that of the relationship of individual psychotherapy (MEACCI 1999) and was then expanded within the relationship of group psychotherapy (DI RUBBO, SOGARO, PALLANTI 2005) and in other areas, such as social areas (MEACCI 1997, 1998, 2002) and labour relationships areas (MARDARÁS 2005). MEACCI was the first to put the question: what kind of relationship is achieved between patient and therapist? What is the specific objective of this relationship? What are appropriate operational instruments in the patient therapist relationship?

From the perspective of the communicative evolutive model there are five major kinds of relationships established between human beings. Each kind of relationships includes several different subtypes which have in common the existential objective and functional location of the participants.

1st kind of relationship: one or more of the participants is the protagonist (P) of the evolutionary processes that emerge precisely because of that relationship, while the other participant is a necessary condition (NC) for which these processes take place. The prototype of this kind is the relationships between children and parents. Other relationship of the same kind are: student/teacher, patient/therapist, city/social institutions.

2nd kind of relationship: is the category in which all participants are at the same time protagonists (P) and necessary conditions (NC) for the evolution of the relationship itself. The prototype of this category is the couple's relationship in which the objective of the relationship is the evolution and enrichment of the relationship, other relationships in this category are friendships and in general all peer groups. All participants of this category are experts.

3rd kind of relationship is the category in which the objective existence of the relation is a 'thing' out of the relationship. The aim of relation is neither P nor the relationship between the participants, but the realization of a task/job/product. All participants work as experts in different fields of work. Every leader is the NC for the product,

while other experts are operating conditions required to achieve the product.

4th kind of relationship: in this category the person is the P of the processes evolution and is also the NC for such processes take place. 'Take care of yourself' is appropriate for this category of relation. To take care for life processes. This is placed as the 4th kind of relationship because the person's care of his world: health care, affective, cognitive, social, and perhaps spiritual world, is a complex task that is acquired in adulthood, when other categories of relationship have already begun to unfold for some time.

5th kind of relationship: in this category all the members are co-NC for the evolution of a supra-P that is the corporation, company or country in which members are enrolled. It is the category of relationship that is more complex and with more distortions in its current achievements.

We believe that in the psychotherapy group setting all five categories of relationships operate simultaneously, with the prevalence in exchanges between members, and between members and therapists either of one or of another category of relationship, but the leading category of interaction is the first kind.

In babies, they must develop the ability to extract the principles of organization underlying the behaviour of the mother and, more generally of the adults who have the function of a necessary condition to the evolution of the protagonist. We can say that the necessary condition provides organizing principles, which are embodied in her/his behaviour while the protagonist acquires them by extracting and re-actualizing them in a proper and original form: the place where this happens is the mind which is, at the same time, instrument and user of the principles of organization; from them it creates itself, so it is autopoietic, and also it is a 'self-organizing organization'.

The behaviour of babies/children as well as those of the protagonists/inexperts are bound by the behaviour of the mother and in general by the behaviours of all their 'NC/experts'. There is a particular constraint that requires the inexperts to grant their behaviour to those of their experts given by complex configuration of hyper-perceptiveness, hyper-reactivity, hyper-receptivity, suggestion. This configuration allows the inexperts to acquire the principles of organization quickly and totally. It prevents

'distractions' that would threaten their survival. Learning is not an option but an obligation. This force of attraction of inexpert toward the expert can be defined in humans as a 'state of suggestibility'. This feature is a factor which enhances the protagonist's ability to learn but also explains the extreme vulnerability of the protagonist to psychic trauma.

Learning organization principles creates an unconscious mental 'organizing organization' that MEACCI calls 'personal border'. The personal border is the original and unique organization that everyone creates using the principles of organization acquired from the necessary conditions' behaviours. This specificity is the product of a self-organization. This 'mental structure', the personal border in the human being is auto-poietic and self-perpetuating and is the organization that allows individual evolution precisely because, despite receiving the principles of organization from the outside, his own organization is made from inside (self-organizing). Being a complex system, and therefore an evolutive system, the personal border continually changes its components: the principles of organization of the mind and of behaviours. These components, once processed, transform the personal border. In the same way, any new learning is not only the acquisition of new skills, but also a transformation of the global organization of the person.

The personal border organizes all experiences: we perceive, feel, according to the organization of our personal border. All our actions are achievements of the personal border. The personal border is an organization that organizes relations with the outside and among the components inside. That is to say that it is an interpersonal and intrapersonal border, as it defines not only the external spaces and the different kinds of relationships, but also the internal spaces, internal functions, allowing the appropriate articulation of spaces and functions. In addition to the organizing function, the personal border has another one: it is a natural antagonist of the state of suggestibility to the experts.

So what happens to the group when this system evolves, and what relationship has this evolution with group identity?

Dynamic complex systems features which can be observed in group dynamics are: self-organization of the system towards more complex states of organization; self-disorganization or disruption of the dynamic equilibrium maintaining disorganization within certain limits that pre-

vent the destruction of the system; existence of chaotic attractors i.e. points that attract the organization; autopoiesis, the system is continually creating its own components; self-control, the system is able to modulate the changes so that its different internal states are maintained within parameters compatible with the permanence of the system itself; self-perpetuation, the organization, the system maintains its identity throughout numerous internal and external disturbances, at least until up to the limit of its tolerability; self-healing, the organization is able to repair some 'organizational wounds' caused by any external or internal disturbances; the system creates emergent properties that depend on the global state of organization of that time; unpredictability, the emergence of features and new properties that are not predictable because they are only slightly related to the previous state of organization. The characteristic we want to stress is self-perpetuation, that is, as we said, the system maintains its identity throughout numerous internal and external disturbances, at least until up to the limit of its tolerability.

The results of many studies (CAMPBELL, FLYNN, HAY 2002) on the groups made clearly some identifiable transitions among the regions of complexity theory. Initially, the dynamic breaks down expectations of order, while establishing a multitude of interactions among group members, this leads the group to make the transition from order into the realm of chaos. The result is great uncertainty and unpredictability for both the participants and the therapist(s).

Later, the group begins to focus uncertainty decreases, and the group makes a second transition from chaos to complexity, just within the region of order, at the 'edge of chaos'. Complex groups are very creative and require little input from the therapist(s). Finally, in the third transition, the group prepares itself when helped by the therapist(s) to move from complexity back to more orderly organizations.

We have identified in the communicative evolutive model of psychotherapy the most suitable model of therapeutic intervention to be in harmony with the developmental capacity of the 'group psychotherapy' seen as complex system.

## Communicative approach and communicative evolutive psychotherapy

The specific psychotherapeutic model and techniques we are presenting are masterly described in Robert LANGS' papers and books (1976, 1978, 1980, 1982, 1985, 1988, and later works) and in Maria Gina MEACCI works (1999).

We present a particular theoretical framework which is Robert LANGS' communicative approach integrated with MEACCI's model of psychotherapy based on complex evolutionary systems, which we adapted for the psychodynamic group setting and that we use in leading groups.

First of all we want to underline that we chose, as material to work on, only verbal communications among the members of the group, and second, we consider these communications as belonging to the group as a whole, rather than to the individual.

Communicative approach means the verbal, affective, behavioural interactions of members among themselves and toward the therapists and of the therapist toward the members, as containing different levels of meanings:

1. the manifest, observable, level of meaning, which is immediately evident;
2. the level of implication, where the meanings can be inferred starting from the manifest, observable, level;
3. the derivative, encoded, level of meanings which are totally unknown by the conscience of the speaker, because they are submitted to the defensive mechanisms of displacement and symbolization (s. FREUD's definition of unconscious verbal communication: FREUD, BREUER 1985).

The manifest communications, expressions of the conscious system of the mind, of the members usually are in form of intellectualisations, non specific considerations, direct references to the therapists, analysis. The level of implication brings any meaning which is not observable, but can be directly found in the observable communication. The level of derivatives, having been submitted to displacement and symbolization, almost always take the form of narratives, images, myths, movies, dreams, narratives of something just happened, or happened in the past, and so on. The derivative message has always a manifest meaning, the narrative

itself, and an encoded meaning belonging to the deep unconscious level of the mind.

In order that a person may successfully affront and in a evolutive way the messages with high emotional intensity, the human mind structures an answer at least on two levels: the first is conscious and direct, to act rapidly, the second is unconscious, to face the most important emotional component of the message.

Robert LANGS' communicative approach is based on the premise that the most important emotional triggers that the deep unconscious mind have to face are always in the present, in the here and now of the therapeutic interaction. These traumatic triggers are repressed and sent to the deep unconscious part of the mind to be processed; they are connected to past traumas of the same category, which underwent, as well, the defense mechanism of repression. The fact that among many possible triggers happening in the course of a session, one is chosen instead of another, is the transfer. In the here and now of therapeutic interaction, the most important traumatic triggers that patients have to face are what therapists do; especially about the way they manage the setting. Belonging now to the deep unconscious mind, perceptions of traumatic triggers cannot be expressed directly anymore; they are expressed passing through displacement and symbolization, and take the form of narratives, dreams, myths, and so on.

Communicative therapists listen systematically to narratives and try to connect these themes of the narratives to a trigger which is active, generated, in the therapeutic situation. The decoded communications say a lot about the group process, why symptoms now appear, why the group is now suffering or subtly changing the task, acting out against the ground rules, for instance of promptness or regular attendance, why a dyad is created, or a sub-group, why confidentiality is not respected, and so on.

Decoding narratives in the light of the here and now is a valuable instrument for the therapists to validate every kind of intervention they do, to create a therapeutic relationship as appropriate as possible to the unconscious necessity of the group, in which the systemgroup can develop the principles of self-organization (H. MATURANA, F. VARELA 1972).

Contrary to Freudian vision of the unconscious as the closed place of distorted fantasies, communicative approach sees the unconscious as the

place of unbearable truth. Patients' unconscious communications, or better, unconscious communication of the group as a whole, become a highly reliable picture of unconscious meanings of the interactions, especially a credible picture of how therapists' monitor and safeguard the work oriented boundaries, run the frame, ensure that the members' experience is safe, are able to build a predictable and reliable container with an internal space for psychological work to occur (COHN 2005).

According to the communicative evolutive model the unconscious perceptions of patients provide reliable data because the unconscious system is made up of intact perceptual functions. Reactions to correct perceptions, may be abnormal only in the form, as they trigger chains of traumatic associations. Because of the necessity to segregate awareness of traumas, i.e. interventions of the therapist or, in general, the expert or necessary condition, through the barrier of repression, the conscious system suffers mutilation of its functions, which makes it less wise and clear compared to the unconscious system.

For these reasons the therapist's verbal interventions are required when the patient asks questions directly to the therapist and when, in the patient's narrative, appear three specific elements:

- a. something the therapist has said or done,
- b. free association specifically related to something said or done by the therapist,
- c. block or symptoms or events happened to the patient.

All 'spontaneous' verbal intervention of the therapist, i.e. those not required by the patient, tend to be destructive to the process of self-organization of the patient, even if they are appropriate interpretations. They are destructive because they lead to the block of self-organization. As the Protagonist acquires unconsciously the organizing principles underlying behaviour of the necessary condition, the problem is 'how to provide' the principles of social-mental organization to allow the subject to self-organize them. In other words, the fundamental problem of the people who serve as 'a necessary condition' is 'how to provide' their protagonists the principles of organization, without intervening directly in the process of learning them. In fact if the necessary condition, directly interferes, the process of acquiring organizational principles would be determined from the outside, that would be straight-organized, preventing development which is always necessarily independent.

Moreover as we know from complex systems theory, the outcome of the system may differ depending on relatively small differences in initial conditions. In therapeutic relationships i.e. rules, boundaries, setting for this reason, the NC must adhere strictly to the organizing proposal of the relationship, showing the consistency between the organizing principles of his behaviour and those he made explicit in the organizing proposal of the therapeutic relationship.

Psychotherapy group sessions usually last 1½ hours and run weekly. Patients being treated in a 'slow open' group remain in therapy on average for about two and three years. The conductor's central tasks are to establish and maintain group boundaries and to foster an atmosphere of free and open communication, offering, mostly if requested by the members, comments/interpretations to the group as a whole. Otherwise they stay mostly silent.

Setting boundaries are: the session lasts for 1½ hours and runs once a week on the same day at the same time and in the same room. Delay of a member or of a therapist is not tolerated. Members should respect confidentiality and if possible not to meet each other outside the session. Aggressive behaviour in the session has to be avoided. Payment for the sessions is in advance at the first session and for all the sessions, attended or not by the single member, of the current month. Members are invited to call one of the therapists if unable to attend. After two sessions missed without calling, one of the therapists calls the absent member.

There are two therapists, an experienced psychiatrist in the use of CEPP in both individual and group settings and a psychologist.

The choice of co-conduction seems particularly advantageous not only to ensure the continuity of the sessions but also to balance and support each other in this onerous task. It also provides a broader perspective on the dynamics, besides exchanging valuable feedback on our own behaviour after the group. One of the therapists interacts verbally with the members of the group while the other writes down the dynamic and does not interact verbally. Both of them must keep, of course, professional confidentiality.

Patients were prepared for the group experience through an individual session with one of the therapists who outlined the effectiveness of group treatment; expectations regarding confidentiality, attendance, duration, and payment were also discussed.



The group, conducted over two years, was made up of six patients, one patient dropped out after about five months.

### *Clinical vignette*

We here present an example of decoding in a communicative way a short interaction which took place at the beginning of the 16th session of group therapy in 2010. As one of the therapists was five minutes late, the co-therapist decided not to lock the door of the therapy room. This was contrary to the basic rule of the setting that requires the door be absolutely locked for everybody, at exactly 7:30pm for the beginning of the session.

The therapist who is now late, (7:40pm), thinks he will not attend at the session, this is one of the basic rules: anybody, patient or therapist, who arrive after 7:30pm cannot attend at the session, simply because he finds the door locked from inside; but, once he arrives, he finds the door is unlocked so he decides, not respecting the basic rule, to enter anyhow, excusing himself at the members.

He is reassured by some members of the group, “so few minutes delay don't mean anything”, “we understand that doctors are so busy”, and so on. Both therapists, at this point, now start thinking that they have violated on one of the basic rules and they pay attention to narratives that eventually ‘tell’ encoded meaning about this violation.

The session begins with member A talking about the renewal of his uncle's driving licence. He thinks that his uncle's disability makes it more and more dangerous for him to drive a car. Member B tells him that renewals, in cases of disability, are made, luckily, only for two years. The uncle, anyhow, wisely decided not to drive when his disability got worse. Member C tells a dream:

*“I am in my bed, I am sleeping. The bedroom door opens, I see a chink in the dark, then the door closes. I get scared and scream. My parents come to wake me up, because in the dream I was asking for help.”*

After a few seconds of silence, the patient told the therapist, *“I am feeling very anxious ... but I can not understand why... doctor, is it something you can help with?”*

At this point the therapist who verbally interacts with members commented that these themes seemed to talk about one's disability, the

danger in driving/conducting a vehicle, and darkness, terror coming from an open door.

He suggested to the group that there is a connection between these themes and the active trigger of the basic rule he broke. While the conscious comments of the group members about the therapist's delay and the door left open had not been negative, these same actions seemed to be perceived by the deep unconscious mind of the group members as unacceptable. It was through the story, symbolised and displaced, the way in which unconscious mind expresses itself, according to FREUD, that member A, unconsciously made a comment about the therapist's behaviour as dangerous and seemed to provide a model of rectification in a therapeutic direction, not to drive with disability, i.e. to take carefully in consideration the defective/dangerous components of the therapist's behaviour. Moreover the dream of member C presented an unconscious perception of the door left open quite similar to the terror of the unknown and explained how the deviation from the ground rule was perceived as a direct attack on the secure frame of the group therapy.

After this interpretation the therapist stressed that leaving the door open after the time by the co-therapist and entering late by the other had been an important violation of the frame, which contained the involutive organisational principle that therapists could break the basic rules, and were not subjected to the same limits, as the members. In this case from NC the therapist became usurper protagonist. The therapists reassured the group that they would not repeat this mistake and the therapist who had arrived late offered to leave the session. Other narratives of the group revealed that this was not the solution at that moment, so the therapist remained for the session.

### *Case reports*

We present the description of the experience of the five members of the group to show beneficial effects of this adapted form of psychodynamic psychotherapy for patients with severe mental disorders.

The diagnosis of the six patients were: patient A: major depression, patient B: panic attacks disorder in comorbidity with hypochondria, patient C: avoidant personality disorder, patient D: type II bipolar disorder in comorbidity with severe obsessive-compulsive disorder, patient E: major

depression, patient F: schizotypal, personality disorder left the group after five months. All patients followed a drug therapy.

The five members of the group who remained in therapy for at least two years, were four men and one woman.

Patient A: male, 30 years old, over ten years suffered three major depressive episodes treated with antidepressants, married, two children, a bank employee. Strong tendency to self-devaluation, at admission had depressed mood, insomnia, ideas of ruin and anxiety. He was being treated with two different types of antidepressant.

Patient B: female, 28 years old, engaged, always anxious and apprehensive, continually worried about possible severe diseases, which explains why, since her teens, she had undergone many clinical investigations; two years before, after deciding to marry her anxiety increased, suffered from her first panic attack, during a holiday. From that moment she started to have avoidant behaviour, especially about flying. She was being treated with antidepressant and benzodiazepines.

Patient C: male, 40 years old, single, still living with his parents. The onset of symptoms was in childhood when he began to experience extreme shyness and severe anxiety in social situations, feelings of loneliness, inadequacy, low-mood, and depressive features. At the time of admission he presented the same symptoms. His sense of identity was based on a strong identification with self-devaluing and depressive contents. He was leading a very isolated existence. He was taking antidepressants and neuroleptics.

Patient D: male, 30 years old, single, pharmacologically treated with antidepressant and mood stabilizers (lithium). The symptoms began when his mother died when he was ten years old. At the time of entry he had depression, severe obsessive symptoms about losing things, and consequent checking rituals, interpersonal difficulties: he did not work, nor had ever had a stable romantic relationship. Clinical assessment revealed a self-doubting, chaotic sense of identity, fear in creating relationships, unstable mood that made it difficult for him to share his emotional state with others. There was a sense of lack of authenticity.

Patient E: male 45, married, two sons, bank clerk. He began to attend the group in the middle of his divorce when he started living alone and he could not see his sons. He presented low mood, rage, anxiety, insom-

nia, strong irritability. He was treated with antidepressants and mood stabilizers.

After two years of group therapy we could observe that:

- patient A presented much better self-esteem, an improvement and stabilization of his mood, his ideas of ruin disappeared;
- patient B: she could try to fly again, her panic attacks disappeared within the last six months, she kept on being worried about possible physical diseases but looked for less clinical investigation;
- patient C showed a less isolated life, he attended a theatre course and he felt his sense of identity to be stronger;
- patient D could share much better his emotions with the others, in many sessions he assumed the function of the 'leader' of the group, helping others. He felt more authentic. His obsessive compulsive symptoms became lighter;
- patient E had no more rage, his mood improved and he had lower level of anxiety.

All of them continued their medication, albeit, in some cases, at lower dosages. All of them showed benefits in interpersonal feedback, therapeutic alliance and a sense of personal identity.

The change in the symptoms are strongly related to changes in the sense of personal identity and in the interpersonal dynamics of identity. According to complex system theory, this change has to be coherent with the four points previously stressed:

1. the complex system is defined by the nature of its components,
2. the relationships between system components to one another;
3. the maintenance of spatial continuity, and
4. the temporal continuity.

These four points are respected in the process in which the fundament of identity, the 'personal border', with its components, the organisational principles, is evolving through the time of therapy.

In fact what we think to be central in the intrapersonal and interpersonal dynamics of identity is the fundamental, unconscious 'structure' of the 'personal border'. It is the level of complexity obtained that defines our personal border and our ability for both evolutive dependency, necessary to continue learning, changing, creativity, maintaining relationships, and for our autonomous evolution, necessary for evolving (ME-ACCI 1999).

We call the process of individuation the transformations that we observed in the course of two years in the personal border of each participant of the group. The change in identification, through disidentification from less adaptive organizational principles, is an emergent property. It stems from the acquisition of more adaptive relational principles of organization. These are the most important foundations of personal border, which is one of the most important foundation of the sense of personal identity and, consequently, of behaviour. These principles are given, or not, by the therapists' behaviour.

The process of obtaining the principals of behavioural organisation, learning, starts at birth. Long before the mind forms its double organisation, that is the conscious, the youngest, and the unconscious, the oldest. The conscious part of the mind forms when the child develops self-awareness ('I am'); however long before this moment the child has already learnt a great deal. With the conscious level the child learns from 'the words' of the expert. With the unconscious, the child learns from behaviour. Words are mainly conscious, behaviour mainly unconscious; the difference between behaviour and words, so common in the necessary condition, therapist, contribute towards causing pain and division in the protagonist, patient.

As the personal border is unconscious it is very important that the therapists focus their attention on their behaviour. But the therapists' behaviour is mostly unconscious; that's why the communicative evolutive approach is so valuable: by stimulating the therapists to pay continuous attention to the patients' narratives, unconscious communications, according to FREUD, to use the wisdom of the patients' unconscious to remain in the position of necessary condition and not to usurp the position of protagonists. One of the most common causes of malformed personal borders is when, in the relationship, the position of the protagonist is usurped by the therapist and the therapist relates to the patient in such a way that he pushes them to being patients. This then creates, in the complex system, patients/therapists the condition for involution as well as creating an unconscious painful sense of failure in the therapist.

## Conclusions

Communicative evolutive approach may help therapists to identify evolutive processes and lead to interventions which may contribute in helping favourable compliance and results in group members with severe mental disorders, as well as in hindering interventions which may result as obstacles to evolutive processes. The CEPP-G seems to provide benefits in interpersonal feed-back, therapeutic alliance and a sense of personal identity.

## Summary

This paper illustrates the application of communicative evolutive model, based on complexity theory, in- an out-patients psychotherapy group setting. Authors provide some observations on a communicative evolutive psychodynamic psychotherapy group (CEPP-G) and describe how communicative evolutive approach may help therapists to identify processes in group psychotherapy and lead to interventions which may contribute in helping favourable compliance and results in group members with severe mental disorders, as well as in hindering interventions which may result as obstacles to evolutive processes of the group. The communicative evolutive model seems to provide benefits in some issues, like interpersonal feedback, therapeutic alliance and sense of personal identity.

Theories of personal identity attempt to explain what makes a person the same person over time. From the perspective of complex systems theory, personal identity could be seen as an emergent property. Furthermore identity is characterized by a special unity relation among the parts of the system.

Group process generally refers to some important dynamic aspect of the group, particularly those like development and evolution of patterns of relationship between and amongst group participants. As we can observe, working in a group, therapeutic and antitherapeutic processes are constantly present, and often change, in an impermanent way, the ones into the others. This led to stress the importance of having a clear idea about the difference among the therapeutic and the antitherapeutic work which is done moment by moment. Two pan theoretical processes have

gained considerable empirical and clinical-theoretical support as predictors of successful treatment outcome: interpersonal feedback, fundamental for the therapeutic factor of interpersonal learning and the therapeutic alliance.

The complexity theory which is an important part of our work, emerged from a variety of approaches in the physical sciences, including cybernetics, general systems theory, catastrophe theory, and social systems. There have been many fewer application of complexity theory to research on psychotherapy groups. With CUMMING and COLLIER, we could give an adequate operative specification of a complex system.

We focus our attention on the application of complex system to human relationships, where, according to MEACCI we call them complex evolutive systems.

From the perspective of the communicative evolutive model there are five major kinds of relationships established between human beings. Each kind of relationship includes several different subtypes which have in common the existential objective and functional location of the participants.

We believe that in psychotherapy group setting all five types of relationships operate simultaneously, with the prevalence of one or of another kind of relationship, but the leading kind of interaction is the first one. In the first kind of relationship, one or more of the participants is/are protagonist/s (P) of the evolutionary processes that emerge precisely because of that relationship, while the other participants are a necessary condition (NC) for these processes. The prototype of this category is the relationship between child and parents.

Babies have to develop the ability extracting principles of organization underlying the behaviour of the mother or of adults who have the function of a NC. The behaviour of protagonists/inexperts are bound by the behaviour of the NC/experts. There is a particular constraint that allows the inexperts to acquire the principles of organization quickly and totally. This 'state of suggestibility' enhances the protagonist's ability to learn but also explains the extreme vulnerability of the protagonist to psychic trauma.

Learning organization principles creates an unconscious mental 'organizing organization' that MEACCI calls 'personal border'. This 'mental

structure', is autopoietic and self-perpetuating and is the organization that allows individual evolution.

So, what happens to the group when this system evolves, and what relationship has this evolution with group identity?

Dynamic complex systems features which can be observed in group dynamics are: self-organization, self-disorganization, existence of chaotic attractors, autopoiesis, self-perpetuation, auto-repair, emergent properties of the system, unpredictability. The characteristic we want to stress is self-perpetuation. The results of many studies on the groups made clearly some identifiable transitions among the regions of complexity theory. Complex groups are very creative and require little input from the Therapist/s.

We have identified in the communicative evolutive model of psychotherapy the most suitable model of therapeutic intervention to be in harmony with the developmental capacity of 'group psychotherapy' seen as complex system.

The specific psychotherapeutic model and techniques we are presenting is Robert LANGS' communicative approach integrated with MEACCI's model of psychotherapy, which we adapted for the psychodynamic group setting and that we use in leading groups.

Contrary to the Freudian vision of the unconscious as a closed place of distorted fantasies, communicative approach sees the unconscious as the place of unbearable truth. The decoded communications say a lot about the group process, why symptoms now appear, why the group is now suffering or subtly changing the task, why confidentiality is not respected, and so on.

According to the communicative evolutive model the unconscious perceptions of patients provide reliable data because the unconscious system is made up of intact perceptual functions. Reactions to correct perceptions, may be abnormal only in the form, as they trigger chains of traumatic associations. For these reasons the therapist's verbal interventions are required only when the patient asks questions directly to the therapist or when, in the patient's narrative, appear specific elements.

All 'spontaneous' verbal intervention of the therapist are destructive because they lead to the block of self-organization. Moreover the therapist must adhere strictly to the organizing proposal of the relationship,



showing the consistency between the organizing principles of his behaviour and those he made explicit in the organizing proposal of the therapeutic relationship.

CEPP-G is an adapted form of psychodynamic psychotherapy in group setting that maintains the central psychodynamic principles of the importance of unconscious mental dynamisms and free association, but not at all the centrality of the transference.

Psychotherapy group sessions usually last one and a half hour and run weekly at the same time and in the same room. Patients being treated in a 'slow open' group remain in therapy on average for about 2 and 3 years. Setting boundaries are: delay of a member or of a therapist is not tolerated; members should respect confidentiality and if possible not to meet each other outside the session; aggressive behaviour in the session has to be avoided; payment for the sessions is in advance at the first session and for all the sessions (attended or not) of the current month; members are invited to call one of the therapists if unable to attend; after two sessions missed without calling, one of the therapists calls the absent member.

The therapists are two, one of them interacts verbally with the members of the group while the other writes down the dynamic and does not interact verbally. Both of them must keep, of course, professional confidentiality.

Patients were prepared for the group experience through an individual session with one of the therapists. The group, conducted over two years was made up of six patients, one patient dropped out.

We present a clinical vignette to show the connection between the narratives and the active trigger of the ground rule broken by the therapists. While the conscious comments of the group members about the ground rule broken by the therapists had not been negative, these same actions seemed to be perceived by the deep unconscious mind of the group members as unacceptable. It was through the story, symbolised and displaced, that a member, unconsciously, made a comment about the therapist's behaviour as dangerous and seemed to provide a model of rectification in a therapeutic direction.

This themes stressed the involutive organisational principle that therapists could break the ground rules, and were not subjected to the same

limits, as the members. In this case from NC the therapist became ‘usurper’ protagonist.

We also present a case report of the five members of the group who remained in therapy for at least two years, four men and one woman. After two years of group therapy we could observe that the change in the symptoms are strongly related to changes in the sense of personal identity and in the interpersonal dynamics of identity.

According to complex system theory, this change has to be coherent with the four points previously stressed:

1. the complex system is defined by the nature of its components,
2. the relationships between system components to one another;
3. the maintenance of spatial continuity, and
4. the temporal continuity.

These four points are respected in the process in which the fundament of identity, the ‘personal border’ is evolving through the time of therapy.

We call the process of individuation the transformations that we observed in the course of two years in the personal border of each participant of the group. The change in identification is an emergent property, it stems from the acquisition of more adaptive relational principles of organization.

As the personal border is unconscious, it is very important that the therapists focus their attention on their behaviour, which are mostly unconscious. That is why a communicative evolutive approach is so valuable: by stimulating the therapists to pay continuous attention to the patients’ narratives, to use the wisdom of the patients’ unconscious to remain in the position of necessary condition and not to usurp the position of protagonists. One of the most common causes of malformed personal borders is when, in the relationship, the position of the protagonist is usurped by the therapist and the therapist relates to the patient in such a way that he pushes them to being patients.

## Zusammenfassung

Diese Arbeit verdeutlicht die Anwendung des kommunikativ evolutiven Modells, basierend auf der Komplexitätstheorie, in einem ambulanten psychotherapeutischen Gruppensetting. Die Autoren liefern einige Beob-

achtungen einer kommunikativ evolutiven psychodynamischen Psychotherapiegruppe (communicative evolutive psychodynamic psychotherapy group, kurz CEPP-G) und beschreiben wie der kommunikativ evolutive Ansatz Therapeuten helfen kann, Prozesse in der Gruppenpsychotherapie zu identifizieren und zu Interventionen führt, die zu erfolgreicher 'compliance' und Resultaten bei Gruppenmitgliedern mit schweren psychischen Störungen beitragen, sowie hilft, Interventionen zu verhindern, die sich als Hindernis für evolutive Prozesse der Gruppe darstellen. Das kommunikativ evolutive Modell scheint Nutzen in Aspekten wie interpersonellem Feedback, therapeutischem Bündnis und dem Gefühl persönlicher Identität zu bieten.

Theorien der persönlichen Identität versuchen zu erklären, was eine Person über die Zeit die gleiche Person sein lässt. Aus Sicht der komplexen Systemtheorie kann persönliche Identität als emergente Eigenschaft gesehen werden. Weiterhin ist Identität durch eine spezielle einheitliche Beziehung zwischen den Bestandteilen des Systems charakterisiert.

Der Gruppenprozess bezieht sich üblicherweise auf einige wichtige dynamische Aspekte der Gruppe, vor allem auf solche wie die Entwicklung und Entstehung von Beziehungsmustern zwischen und unter den Gruppenteilnehmern. Wie wir beobachten können, sind beim Arbeiten in der Gruppe therapeutische und antitherapeutische Prozesse fortwährend präsent und verändern, in nicht dauerhafter Weise, die einen in die anderen. Dies führte dazu, die Bedeutung einer klaren Idee über die Unterschiede zwischen der therapeutischen und antitherapeutischen Arbeit, welche Moment für Moment geleistet wird, zu unterstreichen. Zwei übergreifende theoretische Prozesse haben einen erheblichen empirischen und klinisch-theoretischen Zuspruch als Prädiktoren für ein erfolgreiches Behandlungsergebnis erhalten: interpersonelles Feedback, elementar für den therapeutischen Faktor an interpersonellem Lernen und therapeutischem Bündnis.

Die Komplexitätstheorie, welche einen wichtigsten Teil unserer Arbeit darstellt, entstand aus einer Vielfalt von Ansätzen in der Naturwissenschaft; einschließlich Kybernetik, allgemeiner Systemtheorie, Chaostheorie und Gesellschaftssystemen.

Viel weniger Anwendung der Komplexitätstheorie gab es auf die Forschung von psychotherapeutischen Gruppen. Mit CUMMING und COLLIER

können wir eine adäquate, wirksame Spezifikation eines komplexen Systems liefern.

Wir richten unsere Aufmerksamkeit auf die Anwendung von komplexen Systemen menschlicher Beziehungen, die wir, nach MEACCI komplexe evolutive Systeme nennen.

Aus Sicht des kommunikativ evolutiven Modells gibt es fünf wichtige Kategorien von Beziehungen, die zwischen Menschen etabliert werden. Jede Kategorie beinhaltet mehrere verschiedene Arten von Beziehungen, welche die existenziell objektive und funktionale Position von Teilnehmern gemein haben: Protagonist, notwendige Bedingung.

Wir nehmen an, dass in einem psychotherapeutischen Gruppensetting alle fünf Arten von Beziehungen zeitgleich wirken, mit einem Übergewicht der einen oder anderen Kategorie von Beziehung; die maßgebliche Kategorie von Interaktion ist jedoch die erste Kategorie. In der ersten Kategorie von Beziehung, ist ein, oder mehrere, Teilnehmer der Protagonist (P) der evolutionären Prozesse, die eben wegen dieser Beziehung entstehen, während der andere Teilnehmer eine notwendige Bedingung (NB) darstellt, deretwegen diese Prozesse stattfinden. Den Prototyp dieser Kategorie stellt die Beziehung zwischen Kindern und Eltern dar.

Babys müssen die Fähigkeit zur Extraktion der Organisationsprinzipien entwickeln, welche dem Verhalten der Mutter oder der Erwachsenen, welche die Funktion einer NB haben, unterliegen. Das Verhalten von Protagonisten/Nichtexperten ist gebunden an das Verhalten der NB/Experten. Es gibt eine bestimmte Einschränkung, die es den Nichtexperten erlaubt die Organisationsprinzipien schnell und vollständig zu erwerben. Dieser 'Zustand an Suggestibilität' erweitert die Lernfähigkeit des Protagonisten, erklärt aber auch die extreme Vulnerabilität für psychische Trauma des Protagonisten.

Das Erlernen der Organisationsprinzipien erschafft eine unbewusste mentale 'organisierende Organisation', die MEACCI als 'persönliche Grenze' bezeichnet. Diese 'mentale Struktur' ist autopoietisch und sich selbst erhaltend und ist die Organisation, die individuelle Entwicklung erlaubt. Was passiert demnach mit der Gruppe, wenn sich dieses System entwickelt und welche Beziehung hat diese Evolution mit der Gruppenidentität?

Merkmale dynamisch komplexer Systeme, welche in Gruppendynamiken beobachtet werden können, sind: Selbstorganisation; Selbstdesorga-

nisation; Existenz von chaotischen Attraktoren; Autopoiesis; Selbstperpetuierung; Autoreparatur; emergente Eigenschaften des Systems; Unvorhersehbarkeit. Das Merkmal, das wir betonen möchten, ist Selbstperpetuierung. Die Ergebnisse mehrerer Studien der Gruppen haben deutlich einige erkennbare Übertragungen zwischen den Regionen der Komplexitätstheorie vollzogen. Komplexe Gruppen sind sehr kreativ und benötigen wenig Input des/der Therapeuten.

Wir haben das kommunikativ evolutive Modell als das geeignetste Modell therapeutischer Intervention identifiziert, das in Übereinstimmung mit der Entwicklungskapazität der 'Gruppenpsychotherapie' steht, betrachtet als komplexes System. Das spezifische psychotherapeutische Modell und die Methode, die wir darlegen, ist Robert LANGS' Kommunikationsansatz, integriert in MEACCIS Modell der Psychotherapie, welches wir für das psychodynamische Gruppensetting adaptierten und in der Führung von Gruppen benutzen.

Im Gegensatz zur freudschen Vision des Unbewussten als den geschlossenen Ort verzerrter Fantasien, sieht der kommunikative Ansatz das Unbewusstsein als den Ort unerträglicher Wahrheit. Die entschlüsselten Kommunikationen sagen viel über den Gruppenprozess aus; warum Symptome jetzt auftreten, warum die Gruppe gerade leidet oder subtil das Thema wechselt, warum die Vertraulichkeit nicht respektiert wird, usw.

Nach Aussage des kommunikativ evolutiven Modells bieten die unbewussten Perzeptionen der Patienten verlässliche Daten, da sich das unbewusste System aus intakten perzeptuellen Funktionen zusammensetzt. Reaktionen auf korrekte Perzeptionen mögen lediglich in ihrer Gestalt anomal sein, da sie eine Verkettung traumatischer Assoziationen auslösen. Aus diesen Gründen sind die verbalen Interventionen des Therapeuten nur erforderlich, wenn der Patient Fragen direkt an den Therapeuten stellt oder wenn in der Schilderung des Patienten spezifische Elemente auftreten.

Jegliche 'spontane' verbale Intervention des Therapeuten ist destruktiv, da sie zu einer Blockade der Selbstorganisation führt. Zudem muss der Therapeut strengstens an dem organisatorischen Vorschlag der Beziehung festhalten und so die Beständigkeit zwischen den Organisationsprinzipien seines Verhaltens und solchen zeigen, die er explizit in dem organisatorischen Vorschlag der therapeutischen Beziehung gemacht hat.

CEPP-G ist eine adaptierte Form psychodynamischer Psychotherapie in Gruppensettings, das die zentralen psychodynamischen Prinzipien von der Wichtigkeit unbewusster mentaler Dynamismen und freien Assoziationen, jedoch keineswegs die zentrale Bedeutung der Übertragung aufrecht erhält.

Psychotherapeutische Gruppensitzungen dauern üblicherweise eineinhalb Stunden und finden wöchentlich um die gleiche Uhrzeit und im selben Raum statt. Patienten, die in einer 'Slow-open'-Gruppe behandelt werden, verbleiben im Durchschnitt zwei bis drei Jahre in Therapie. Gesetzte Grenzen sind: Verspätung eines Mitglieds oder eines Therapeuten wird nicht toleriert; Mitglieder sollten die Vertraulichkeit respektieren und sich untereinander möglichst nicht außerhalb der Sitzung treffen; aggressives Verhalten in den Sitzungen ist zu vermeiden; Bezahlung der Sitzungen ist im Voraus in der ersten Sitzung für alle Sitzungen, unabhängig von der Teilnahme, des laufenden Monats zu entrichten; Mitglieder sind aufgefordert einen der Therapeuten anzurufen, wenn sie nicht teilnehmen können; nach zwei unentschuldigtem Sitzungen ruft einer der Therapeuten das fernbleibende Mitglied an.

Die Therapeuten sind zu zweit; einer von ihnen interagiert verbal mit den Gruppenmitgliedern, während der andere die Dynamik niederschreibt und nicht verbal interagiert. Beide müssen selbstverständlich professionelle Schweigepflicht einhalten.

Die Patienten wurden auf die Gruppenerfahrung mittels einer individuellen Sitzung mit einem Therapeuten vorbereitet. Die über zwei Jahre geführte Gruppe bestand aus sechs Patienten, ein Patient schied aus.

Wir stellen eine klinische Vignette vor, um die Verbindung zwischen den Berichten und dem aktiven Trigger, in Form der durch die Therapeuten gebrochenen Grundregel, zu zeigen. Während die bewussten Kommentare der Gruppenmitglieder über die durch die Therapeuten gebrochenen Grundregeln nicht negativ waren, schienen die gleichen Aktionen von der tiefen unbewussten Psyche der Gruppenmitglieder als unakzeptabel wahrgenommen zu werden. Es entstand durch das Geschehen, symbolisiert und verdrängt, dass ein Mitglied das Verhalten des Therapeuten unbewusst als gefährlich anmerkte und eine mustergültige Richtigstellung in eine therapeutische Richtung zu liefern schien.

Diese Themen betonen die involutiven Organisationsprinzipien, dass Therapeuten Grundregeln brechen können und nicht den gleichen Gren-

zen wie die Mitglieder unterworfen sind. In diesem Fall von NB wurde der Therapeut zum 'usurpierenden' Protagonisten.

Wir legen zudem einen Fallbericht von fünf Gruppenmitgliedern, vier Männer und eine Frau, dar, die sich seit mindestens zwei Jahren in der Therapie befinden. Nach zwei Jahren Gruppentherapie konnten wir beobachten, dass die Veränderungen der Symptome stark im Zusammenhang mit den Veränderungen des Gefühls persönlicher Identität und der interpersonellen Dynamik von Identität stehen.

Nach der komplexen Systemtheorie muss diese Veränderung kohärent mit den vier zuvor betonten Punkten sein: das komplexe System wird:

1. durch die Art seiner Komponenten,
2. die Beziehungen der Systemkomponenten untereinander,
3. die Aufrechterhaltung der räumlichen Kontinuität; sowie
4. die zeitliche Kontinuität definiert.

Diese vier Punkte werden in dem Prozess berücksichtigt, in dem sich das Fundament der Identität, die persönliche Grenze, während der Zeit der Therapie entwickelt.

Als Prozess der Individuation bezeichnen wir die Transformationen der persönlichen Grenze eines jeden Patienten in der Gruppe, die wir im Verlauf der zwei Jahre beobachtet haben. Die Veränderung in der Identifikation ist eine hervortretende Eigenschaft; sie ist zurückzuführen auf den Erwerb von anpassungsfähigeren Beziehungsprinzipien organisatorischer Art.

Da die persönliche Grenze unbewusst ist, ist es sehr wichtig, dass die Therapeuten ihre Aufmerksamkeit auf ihr Verhalten richten, welches meist unbewusst ist. Dies ist der Grund warum der kommunikativ evolutive Ansatz so wertvoll ist: indem die Therapeuten ermuntert werden, kontinuierlich Aufmerksamkeit auf die Schilderungen der Patienten zu richten, um die Weisheit des Unbewussten der Patienten zu nutzen und so in der Position notwendiger Bedingungen zu verbleiben und nicht die Position von Protagonisten zu ergreifen. Eine der häufigsten Ursachen von missgestalteten persönlichen Grenzen ist, wenn der Therapeut die Position des Protagonisten ergreift und in derartiger Beziehung zum Patienten steht, dass er diesen zum Patientsein drängt.

(deutsche Zusammenfassung: Simone Lipka, Berlin)

## References

- Ashby, W. R. (1966): Design for a brain: The origin of adaptive behaviour. London:Chapman Hall.
- Bateman, A. W.; Fonagy, P. (2000): Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder. *Br J Psychiatry* 177:138-143.
- Beck, A. P.; Lewis, C. M. (2000): The process of group psychotherapy: Systems for analyzing change. Washington, DC: Am Psychol Assoc.
- Bertalanffy, L. (1968): General system theory: foundations, development, applications. New York: Braziller.
- Burlingame, G. M.; Fuhriman, A.; Johnson, J. (2004): Process and outcome in group counselling and group psychotherapy; pp. 49-61. In: → De Lucia-Waack et al. (eds.) 2000
- Campbell, J.; Flynn, D. J.; Hay, J. (2002): The group development process seen through the lens of complexity theory; Paper presented at the 15th World Congress of Sociology in Brisbane, Australia.
- Cohn, B. R. (2005): Creating the group envelope; pp. 3-12. In: L. Motherwell, J. Shay (eds.): Complex dilemmas in group therapy: Pathways to resolution. New York: Brunner-Routledge.
- Cumming, G. S.; Collier, J. (2005): Change and identity in complex systems *Ecology and Society* 10(1):29.
- De Lucia-Waack, J. L.; Gerrity, D.-A.; Kalodner C. R.; Riva M. T. (Eds.) (2000): Handbook of group counseling and psychotherapy. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Di Rubbo, R.; Sogaro, E; Pallanti, S. (2005): Psychotherapy of psychosis: group setting and communicative approach. *Int J Psychotherapy* 9(2):30-41.
- Eidelson, R. J. (1997): Complex adaptive systems in the behavioural and social sciences. *Rev General Psychology* 1(1):42-71.
- Eve, R.; Horsfall, S.; Lee, M. E. (1997): Chaos, complexity, and sociology: myths, models, and theories. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Freud, S.; Breuer, J. (1895): Studien über hysterica. GW1; pp. 75-312.
- Gleick, J. (1987): Chaos: making a new science. NY: Viking Penguin.
- Joyce, A. S.; Piper, W. E.; Ogrodniczuk, J. S. (2007): Therapeutic alliance and cohesion variables as predictors of outcome in short-term group psychotherapy. *Int J Group Psychother* 57(3):269-296.
- Langs, R. (1976): The bipersonal Field. New York: Aronson.
- (1978): The listening Process. New York: Aronson.
- (1980): Interactions. The realm of transference and countertransference. New York: Aronson.
- (1982): Psychotherapy: a basic text. New York: Aronson.
- (1985): Madness and cure. Emerson, NJ: Newconcept.
- (1988): A primer psychotherapy; New York: Gardner.
- Lieberman, M. A.; Miles, M. B.; Yalom, I. D. (1973): Encounter groups: First facts. New York: Basic.
- Leichsenring, F.; Leibing, E. (2003): The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: a meta-analysis. *Am J Psychiatry* 160(7):1223-1232.
- Mardarás, E. (2005): La prevención primaria del riesgo psicosocial. *Prevención* 175:48-71.
- Maturana, H.; Varela, F. (1972): De máquinas y seres vivos. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.
- Meacci, M. G (1997): Impariamo a navigare nell'evoluzione personale. Firenze: Comune di Firenze.



- (Meacci) (1998): *La persona è un Regno*. Firenze: Comune di Firenze.
- (1999): *Modello comunicativo-evolutivo di psicoterapia*. Firenze: Comune di Firenze.
- (2002): *Donna non ti spezzare: le strade delle menopause*. Maria Gina Meacci e le donne che hanno partecipato. Firenze: Comune di Firenze.
- Roethlisberger, F. J.; Dickson, W. J. (1939): *Management and the worker*. Cambridge, MA: Harvard Univ. Press.
- Sacks, O. (1985): *The man who mistook his wife for a hat*. New York: Simon Shuster.
- Verheul, R.; Herbrink, M. (2007): The efficacy of various modalities of psychotherapy for personality disorders: a systematic review of the evidence and clinical recommendations. *Int Rev Psychiatry* 19(1):25-38.
- Thom, R. (1975): *Structural stability and morphogenesis. An outline of a general theory of models* (trans.: D. H. Fowler). London, Reading (Mass.): Benjamin.
- Waldrop, M. M. (1992): *Complexity: the emerging science at the edge of order and chaos*. New York: Simon Schuster.
- Ward, D. E.; Litchy, M. (2004): The effective use of processing in groups; pp. 104-119. In: →DeLucia-Waack et al. (eds.) (2000).
- Wolfram, S. (2002): *A new kind of science*. : Wolfram Media
- Yalom, I. D. (1970): *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic.
- Yalom, I. D.; Leszcz, M. (2005): *Theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic.
- Roberto Di Rubbo • Institute of Neuroscience • v. le Ugo Bassi, 1 • 50123 Firenze • Italy  
• robertodirubbo1@virgilio.it

#### About the authors

Di Rubbo, Roberto, MD, Psychiatrist, Psychiatrist at the day hospital of the Institute of Neuroscience in Florence/Italy. He is psychotherapist and trainer in Communicative Psychotherapy, individual and groups communicative psychotherapy, referent for psychotherapies and group activities and referent for psychologists' training of the Institute of Neuroscience, in Florence.

Elena Sogaro, PsyD, is clinical psychologist and psychotherapist (communicative evolutive psychotherapy) at the Institute of Neuroscience in Florence/Italy.

Stefano Pallanti, MD PhD, is Associate Professor of Psychiatry at the University of Florence/Italy (Department of Neurological and Psychiatric Sciences Psychology and Psychotherapy Unit); Adjunct Associate Professor Mount Sinai School of Medicine New York (US); chair of the Education Faculty of Medicine and director of the residency program of psychiatry; Director of the Unit of Clinical Psychology and Psychotherapy at Careggi Hospital (AOU); president of the graduation course on education health.

## Dr. Györgyi Körmendy (1924-2013) • Nachruf



Am 26 Juli dieses Jahres starb in Budapest mit 89 Jahren Frau Dr. Körmendy, die mutige Verfechterin der humanistischen Psychologie in Ungarn. Sie war eine treue Freundin und Mitarbeiterin, eine engagierte, warmherzige Therapeutin, eine weit-sichtige Wissenschaftlerin und Autorin. Ihre Neugier und geistige Frische, aber auch ihr sehr persönliches couragiertes Auftreten in brisanten politischen und sozialen Fragen ließen auch im hohen Alter nicht nach als ihr Körper schwach wurde.

Frau Körmendy wurde 1924 in Miskolc geboren. Vielleicht war die Tatsache, dass ihre Mutter früh verstarb und der Vater eine neue Ehe einging, später bestimmend für ihr Interesse an der komplexen Problematik der Familie. Sie selber hatte als sie starb vier Söhne, 14 Enkelkinder und fünf Urenkel.

Sie studierte in Budapest Psychologie und Kunstgeschichte, entschied sich anschließend für die Kinderpsychologie und hatte als ersten wichtigen Lehrer Dr. János Schnell, einen namhaften ungarischen Psychologen.

Im Jahre 1948 heiratete sie den späteren Tierarzt Miklós Fehér. Früh lernte das Ehepaar die massive geistige Unterdrückung des damaligen stalinistisch geprägten Regimes am eigenen Leib kennen. Sie selber verlor ihre Arbeitsstelle und das Institut, in dem sie tätig war, wurde geschlossen, da ihre Arbeit als 'gefährlich' bzw. 'staatsfeindlich' eingestuft wurde. Schlimmer noch: Ihr Mann wurde zunächst bedroht und schikaniert, schließlich unter dem Vorwand konstruierter 'Beweise' eingesperrt und zu zwölf Jahren Haft verurteilt. Die im Gefängnis erlittenen Traumata haben ihren Mann für sein ganzes Leben gezeichnet. Györgyis Mut jedoch wurde auch in den schwersten Jahren nicht gebrochen: Sie kam gestärkt aus den erlittenen Leiden hervor und entschied sich, beruflich wie privat jede Art von politischer Unterdrückung zu bekämpfen.

Als Leiterin der kinderpsychologischen Ambulanz des Miskolcer

Krankenhauses und später des Zentrums für Kinderheilung begann sie ihre Ideen zu einer Neuorientierung in der Kinder- und Familientherapie zu verwirklichen; gleichzeitig arbeitete sie als Justizexpertin mit staatlicher Anerkennung. In dieser Phase ihres Lebens lernte sie Anfang der 1980-er Jahre die Lehre Günter Ammons kennen, dessen schon 1974 erschienenen Buch 'Gruppendynamik der Kreativität' wichtige neue Impulse für ihr Denken und ihre spätere Tätigkeit gab. Die persönliche Bekanntschaft Günter Ammons, der sie in Ungarn besuchte, war für ihr weiteres Berufsleben prägend; noch im Budapester Altersheim, in dem sie ihre letzten Jahre verbrachte, schmückte das gemeinsame Miskolcer Foto mit Ammon die Wand ihres Arbeitszimmers.

Der Einladung Ammons folgend kam sie 1984 nach München, um in der fünf Jahre zuvor gegründeten Klinik in Menterschwaige die Leitung der Mutter-Kind-Station für ein halbes Jahr zu übernehmen. Es war eine für die damalige Zeit bahnbrechende Pionierarbeit, über die sie in all den späteren Jahren mit Wärme und Verbundenheit sprach.

In dieser Phase begann Frau Körmendy auch ihre umfangreiche Tätigkeit als Autorin zu entfalten. Zahlreiche Publikationen erschienen aus ihrer Hand zu wichtigen Themen aus dem Bereich der Kindertherapie, der Pädagogik, der Familienforschung und der Dynamischen Psychiatrie, teilweise auf Esperanto. Insbesondere hat sie das Konzept der Sozialenergie kongenial aufgegriffen und theoretisch wie praktisch in ihrer Arbeit umgesetzt. Sie wurde zu einer überzeugten Verfechterin der Dynamischen Psychiatrie in Ungarn. 1992 gründete sie die 'Vereinigung für Dynamische Psychologie und Psychiatrie', die sie als Präsidentin leitete. Seit 2001 war sie Präsidentin des ungarischen Zweigs der World Association for Dynamic Psychiatry. Später, 2004, kam unter ihrer Führung die ungarische 'Vereinigung für Sozialenergie' ins Leben. Sie übersetzte wichtige Arbeiten von Günter Ammon und seinen Mitarbeitern ins Ungarische. Seit 1994 war sie Auszubildende Psychoanalytikerin der Deutschen Akademie für Psychoanalyse.

Immer wieder war Frau Körmendy Gast im Institut der DAP in München, in der Klinik in Menterschwaige, bei den internationalen Kongressen der WADP, las ihre Beiträge, diskutierte, zeigte ihre Verbundenheit bis ins hohe Alter. Sie wurde mit vielen Auszeichnungen geehrt. Im Jahr 2005 erhielt sie auch die Ehrenmitgliedschaft der DAP. In Ungarn sorgte

sie für 'Nachwuchs', unterrichtete ihre Schüler und Schülerinnen; ihr Sohn János leitet als ausgebildeter Milieutherapeut die ungarische Gruppe, ihre Enkelin Maria setzt ihre Arbeit als Psychologin fort; die Weitergabe ihrer Begeisterung war ihr, nach einem erfüllten Leben mit über 65 Jahren therapeutischer und wissenschaftlicher Tätigkeit, wichtig.

Ihre besonderen Verdienste um die Verbreitung der Dynamischen Psychiatrie in Ungarn, aber auch ihre ganz persönliche Präsenz, ihr Mut, ihre bescheidene Treue, ihre offene, empathische Persönlichkeit, werden uns immer in Erinnerung bleiben.

Dr. Egon Fabian, Erwin Leßner (München)