

Dynamische Psychiatrie

Begründet
von
Günter Ammon

Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse

36. Jahrgang
3.-4. Heft 2003
ISSN 0012-740 X

Dynamic Psychiatry

Heft 200/201

Aus dem Inhalt:

GABRIELE VON BÜLOW

Erfahrungen bei der Integration der Mehrgenerationen - Perspektive
in die psychoanalytische Arbeit

ULRICH RÜTH

Psychoanalytische und organisationsdynamische Aspekte
oberärztlicher Führung und Supervision

GERTRAUD REITZ

Die Entwicklung der Körpergrenzen in der humanstrukturellen Tanztherapie

HEINRICH KLEYLEIN

Zur Bedeutung der Psychoanalyse für die Sozialarbeit in der Dynam. Psychiatrie

GISELA FINKE

Der Ich-Struktur-Test nach Ammon (ISTA) in seiner klinischen Anwendung bei
Borderline-Patienten

Dynamische Psychiatrie / Dynamic Psychiatry

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

36. Jahrgang, 3./4. Heft 2003, Nr. 200/201

Begründet von GÜNTER AMMON,

herausgegeben von MARIA AMMON unter Mitarbeit von:

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

Inhalt/Contents

Gabriele von Bülow

Erfahrungen bei der Integration der Mehrgenerationen - Perspektive
in die psychoanalytische Arbeit 121

Ulrich Rütth

Psychoanalytische und organisationsdynamische Aspekte
oberärztlicher Führung und Supervision 148

Gertraud Reitz

Die Entwicklung der Körpergrenzen in der humanstrukturellen Tanztherapie 172

Heinrich Kleylein

Zur Bedeutung der Psychoanalyse für die Sozialarbeit
in der Dynamischen Psychiatrie 185

Gisela Finke

Der Ich-Struktur-Test nach Ammon (ISTA) in seiner klinischen Anwendung bei
Borderline-Patienten 199

Ankündigungen/Announcements 214

Impressum 216

Erfahrungen bei der Integration der Mehrgenerationen-Perspektive in die psychoanalytische Arbeit *

Gabriele von Bülow (Berlin) **

The present article deals with the current relevance of the transgenerational approach and the inclusion of a multigenerational perspective in psychoanalytical work. The author discusses various ways of looking at the transmission of the experiences of forbears to the generations following them. Using the example of three case studies, she describes how traumatic experiences of the grandparent generation affect the shape of the lives (such as, for example, in the choice of partner) of the third generation, enabling us to, for the first time, understand the patients' symptoms against this backdrop. Uncovering these often secret or forgotten family events and integrating them into the analytical process facilitates the patients' path to health.

»Wo beginnt die Geschichte? Wo sind die Quellen unseres individuellen Lebens? Welche versunkenen Abenteuer und Leidenschaften haben unser Wesen geformt? Woher kommt die Vielfalt widersprüchlicher Züge und Tendenzen, aus denen unser Charakter sich zusammensetzt?

Ohne Frage, wir sind tiefer verwurzelt, als unser Bewusstsein es wahrhaben will. Niemand, nichts ist zusammenhanglos. Ein umfassender Rhythmus bestimmt unsere Gedanken und Handlungen; unsere Schicksalskurve ist Teil eines gewaltigen Mosaiks, das durch Jahrhunderte hindurch dieselben uralten Figuren prägt und variiert. Jede unserer Gesten wiederholt einen urväterlichen Ritus und antizipiert zugleich die Gebärden künftiger Geschlechter; noch die einsamste Erfahrung unseres Herzens ist die Vorwegnahme oder das Echo vergangener oder kommender Passionen.

Es ist ein langes Suchen und Wandern: Wir mögen es zurückverfolgen bis ins fahle Zwielflicht der Höhle, des barbarischen Tempels. Das blutige Zeremoniell der Darbringung geht weiter in unseren Träumen; in unserem Unterbewußtsein widerhallen die Schreie vom primitiven Altar, und die Flamme, die das Opfer verzehrt, sendet noch immer ihre flackernden Lichter. Die atavistischen Tabus und inzestuösen Impulse früherer Generationen bleiben in uns lebendig; die tiefste Schicht unseres Wesens büßt für die Schuld der Ahnen; unsre Herzen tragen die Last vergessenen Kummers und

vergangener Qual. Woher stammt diese Unruhe in meinem Blut?« (MANN, 1993). So beginnt die Autobiographie von KLAUS MANN'S »Der Wendepunkt«, in New York erschienen 1942.

Fallvignette 1

Frau K., eine Patientin um die dreißig, erzählt in einer Analysensitzung den folgenden Traum:

Sie ist in einem Zimmer mit einer Frau zusammen, draußen vor dem Haus sieht sie einen weiblichen Vampir, von dem sie sich bedroht fühlt. Sie hat panische Angst, packt ihre Sachen zusammen und will fliehen. Nachdem sie die Wohnung verlassen hat, merkt sie, dass es dazu zu spät ist: die Vampir-Frau ist bereits in das Treppenhaus eingedrungen. So kann sie sich nur schützen, indem sie sich in ihrer Wohnung, in dem Zimmer verbarrikadiert. So ist sie einigermaßen sicher, gleichzeitig ist sie zur Gefangenen ihrer selbst geworden. Dieses Traumbild gibt die Lebenssituation und psychische Befindlichkeit der Patientin treffend wider: die junge Frau war über viele Jahre weitgehend intentionsgelähmt, ihr Handlungs- und Gestaltungsspielraum stark eingeengt, es war ihr noch nicht möglich gewesen, ihre Sensibilität, Begabungen und Kreativität in eine berufliche Existenz oder Perspektive einfließen zu lassen und sich einen Platz in der Welt zu erobern. Als sie kam, litt sie unter Panikattacken und Angstzuständen, die sich immer mehr zu einer generalisierten Angststörung ausgeweitet hatten, sowie unter starker Depression: ihrem negativen Denken, ihren Selbstzweifeln, ihrer Hoffnungslosigkeit und Antriebslosigkeit. Im Kontakt zu mir erlebte ich von Anfang an ihre zwei Gesichter: eine traumwandlerisch wirkende Seite und dann wieder etwas ganz Klares und Bestimmtes.

Wer oder was ist die Vampir-Frau ihres Traums? Was saugt ihr alle Lebensenergie ab und macht ihr solch panische Angst, dass sie, eigentlich ein lebenslustiger, neugieriger, offensiver junger Mensch, immer wieder in ein rein defensives Leben zurückfällt ?

Weder sie noch ich bekommen bei der Arbeit mit dem Traum ein Gefühl dafür, diese Frau mit ihrer Mutter oder Schwester oder mit mir, ihrer Analytikerin (die sie in der anderen Frau innerhalb der Wohnung sieht) oder einer anderen Frau aus ihrem gegenwärtigen Lebensumfeld zu identifizieren. Ich bitte sie, herauszufinden - so weit wie eben möglich - was in der Familie ihres Vaters vorgefallen ist; es scheint da ein Familiengeheimnis zu geben: der Vater, das wusste sie, wuchs von klein an bei einem Pflegevater auf, dem

Ehemann der Großmutter, der ihn auch adoptierte. Der leibliche Vater des Vaters, hieß es, hatte dessen Mutter früh verlassen - oder war er im Krieg gefallen? Hat ihr Vater ihn überhaupt gekannt? In ihrer Familie wurde wenig miteinander geredet, alles sei völlig unausgesprochen gewesen, seltsam, geheimnisvoll. Sie lebe heute immer noch in dieser Atmosphäre, in der nichts ans Licht kommen kann (was sich in dieser quasi somnambulen Seite von ihr ausdrückt, von der bereits die Rede war).

In der darauffolgenden Sitzung berichtet sie: ihre Großmutter, die Mutter ihres Vaters, wurde nach dem Krieg von russischen Soldaten vergewaltigt, sie wurde schwanger, gebar das Kind, wollte es zunächst ertränken, aber ihre Schwestern konnten sie davon abhalten und sie überzeugen, das Kind zu behalten. Dieses Kind ist ihr Vater, das einzige Kind seiner Mutter. Sie war bei seiner Geburt um die vierzig, hatte in den Kriegsjahren davor drei oder vier Brüder verloren. Frau K. hat dies jetzt von ihrer Mutter erfahren, die weiß es erst seit kurzem von einer Schwester der Großmutter, die vor einigen Jahren gestorben sei. Sie selbst hat nie darüber geredet. Es ist nicht einmal sicher, ob der Vater um seine Herkunft weiß. Die Großmutter habe ihren Sohn geliebt und ihre Enkelinnen - also sie selbst und die Schwester - auch. Vor ein paar Jahren, während eines Rebirthing-Workshops, erzählt Frau K., habe sie diese Szene gesehen resp. erlebt: sie, Frau K., wird vergewaltigt, sie wird schwanger, gebiert das Kind und will es über eine Klippe werfen und wird darüber verrückt. Die Szene spielt im 2. Weltkrieg.

Wir schweigen lange miteinander. Sie sei total traurig und glücklich, sagt sie schließlich. Mir geht es ähnlich: glücklich, dass dieses Familiengeheimnis, das die Patientin gefangen hält, endlich ans Licht kommen konnte, betroffen von dem Schicksal dieser Frau, ihrer Großmutter, ihrer menschlichen Größe, die in der Annahme ihres Kindes liegt, und von dem Schicksal des Vaters der Patientin. Er habe sich immer so über Vergewaltiger aufgeregt: die sollte man gleich aufhängen, ohne Verfahren. Wie kann seine Tochter ihr eigenes Leben, sich selbst annehmen, ohne der Zeugung ihres Vaters, so wie sie war, zuzustimmen? Wir sprechen über das archaische »Recht« der Sieger nach einem Krieg, auch von der archaischen Kraft dieser lebensspendenden Destruktivität, von der Kraft der Großmutter, die sie sich nehmen kann. Sie lächelt: »um aus der Ohnmacht herauszukommen«. (In einer Sitzung kurze Zeit später sagt sie, dass sie in ihrem Leben immer wieder an einen Punkt äußerster Destruktivität gerät - im Sinne von Selbstdestruktivität - und sie aus dieser Destruktivität heraus immer wieder »die Kurve kriege zu etwas

Positivem«). Sie kann die Gefühle der Großmutter erleben, auch die stärkenden, die »Kraft der Liebe«. In der gleichen Sitzung berichtet sie von Aufgaben, die sie für eine Aufnahmeprüfung für eine Ausbildung erhalten hat. Sie wird sie in den folgenden Wochen tatkräftig, mit Freude und Stolz angehen und zum Abschluss bringen.

Ihr Vater war Alkoholiker geworden; er sei nie da gewesen, wurde schon mal von seinen Kollegen bewusstlos nach Hause gebracht. Er sei nicht klar gekommen, mit Geld, mit den Kindern, mit der Mutter, mit sich selbst, habe die Menschen verachtet. Er sei cholerisch und aggressiv gewesen, habe herumgebrüllt, habe sie aber nicht geschlagen. Sie habe oft Angst vor ihrem Vater gehabt, hätte nicht gewusst, wie sie sich verhalten sollte um ihn nicht zu reizen. Ihre Sprache wäre dann wie weggeblasen gewesen, eigentlich hätte sie ihn anschreien wollen, war aber stattdessen wie gelähmt. Trotzdem habe sie ihren Vater geliebt, fühlte sich mit ihm, der die Rolle des Sündenbocks in der Familie eingenommen habe, emotional am meisten verbunden. Sie habe ein ähnliches Gefühlsleben wie er, sie könne ihn verstehen. Zu ihr sei er auch liebevoll gewesen, sie sei die Lieblingstochter gewesen. Wenn sie mit ihm allein gewesen war, habe sie sich mit ihm besser verstanden, dann hätte sie auch keine Angst mehr gehabt. Mutter und die ältere Schwester hätten ihr eigenes Leben gelebt, sie selbst hätte keinen Schutz gehabt, außer von der Oma, der Mutter des Vaters, die im gleichen Haus in einer anderen Wohnung lebte.

Drei Wochen nach der Sitzung, in der sie über das Schicksal der Großmutter berichtet hatte, bringt sie einen weiteren Traum in die Analyse, in dessen Verlauf sie ihrem Vater während einer Familienfeier lautstark und eindringlich vorwirft, was er der Familie und ihr im Besonderen angetan habe. Der Vater hört ihr zu, bleibt dabei ruhig - sehr im Unterschied dazu, wie sie ihn in ihrer Kindheit und Jugend erlebt hatte. Es schließt sich eine Traumszene an, in der sie von zwei Soldaten verfolgt wird, einer will sie vergewaltigen. Eine Gruppe ist um sie herum, schützt sie. Ein Mann aus dieser Gruppe verprügelt den Soldaten, wirft ihn von einem Scheunendachboden in die Tiefe. Dann sieht sie, dass der andere Soldat eine junge Frau ihres Alters ist, die dabei zusehen wollte.

Dieser Traum zeigt die beginnende Heilung des Unbewussten der Patientin von einem Trauma, das nicht das ihre ist und das ihr doch in der Übernahme sowie durch die Beziehung zum Vater eigene Wunden, seelischen Schmerz und Lebenseinschränkungen zugefügt hat. (In ihrem eigenen Leben ist sie nie Opfer sexuellen Missbrauchs oder sexueller Gewalt geworden, wurde

aber immer wieder von den ihr wichtigen Männern verlassen). Sie, der es so oft ihrem Vater gegenüber aus Angst die Sprache verschlagen hatte, konnte sich nun Luft machen, ihn einmal so anschreien, wie sie es sich immer gewünscht hatte - und ihr Vater blieb dazu ruhig, zeigte ihr damit sein Verständnis. Die junge Frau konnte sie als ihr Alter Ego ausmachen, als den passiv zuschauenden Teil in ihr, der ihre alte Opfer-Rolle repräsentiert und der mit dem Aggressor identifiziert ist und den sie dabei ist, zu überwinden, wie in dem Traum-Beginn deutlich wird. So verarbeitet sie in dem Traum zum einen das Schicksal ihrer Großmutter, indem sie es transformiert in der Kreation eines guten Ausgangs der bedrohlichen Situation, wodurch sie ihr eigenes Schicksal von dem der Großmutter abgrenzt. Zum anderen träumt sie mit der gleichen Szene eine Wiedergutmachung für sich selbst, erhält die bedrohte Frau doch Schutz, noch dazu Schutz durch einen hilfreichen, Standpunkt beziehenden Mann. Diesen Schutz hatte die Patientin in der Kindheit kaum erfahren, im Gegenteil flüchtete sich die Mutter noch zu ihr, ihrer Tochter ins Bett und suchte Schutz vor dem betrunken nach Hause kommenden Vater.

Ein paar Sitzungen später verkündet sie, ein Teil von ihr wolle jetzt erwachsen werden, es sei an der Zeit, Kindheit und Jugend hinter sich zu lassen, das fühle sich gut an. Zum ersten Mal spüre sie, dass sie kein Mädchen mehr sei, sondern eine Frau. Sie fange an, Wert auf eine gepflegte Kleidung zu legen, habe sich Parfum gekauft. Es gehe ihr gut. Ihre Ausstrahlung hat sich in diesen Wochen stark verändert, das Schläfrige, Gedämpfte ist ganz weg, ihre Augen gucken einen wach und lebendig an, dabei wirkt sie geerdet, nicht etwa euphorisch. Zwischendurch wird sie auch in ihrer Traurigkeit sehr spürbar.

Die Aktualität des transgenerationalen Ansatzes

Obwohl es diese Sichtweise in der Forschung und Praxis der Psychotherapie und Psychoanalyse bereits seit Jahrzehnten gibt - insbesondere bei der Beschäftigung mit dem Leid der zweiten (und nunmehr dritten) Generation von Holocaust-Überlebenden und Nachkommen von Holocaust-Opfern erleben wir doch erst in den letzten Jahren, wie die Auswirkungen von seelischen Traumata über Generationen hinweg immer mehr vom Psychotherapeuten - wie auch vom öffentlichen Bewusstsein wahrgenommen werden. Die Beschäftigung mit der transgenerationalen Weitergabe von Traumata erfolgt in unserem Land parallel zu einer neuen Intensität und Qualität gesellschaftlicher Verarbeitung der Geschichte des national-

sozialistischen Deutschland, der Kriegs- und Nachkriegszeit. Mit dem historischen Abstand von 60 Jahren sind es nun die Enkel der Täter wie der Opfer, die sich einer Auseinandersetzung mit dem »Wie konnte das geschehen?«, mit Fragen der Schuld und Verantwortung stellen. Dies hat Rückwirkungen auch auf die zweite und, soweit noch am Leben, auch auf die »erste« Generation. Zum einen wird zunehmend über erfolgreiche Hilf- und Protestaktionen von nicht-jüdischen Deutschen, die jüdische Mitbürger schützten, versteckten und befreiten, berichtet (»Rosenstraße«) - wodurch deutlich wird, dass Widerstand und Solidarität auf breiterer Basis möglich gewesen wäre. Zum anderen wagt erst jetzt das »Tätervolk« der Deutschen das eigene Opfer-Sein, das eigene kollektive Leid anzuschauen - den Verlust von Millionen von gefallen Vätern, Männern und Söhnen, das Inferno der Bombardierung der Städte, den Verlust der Heimat durch Vertreibung, das Elend der Flucht, des Hungers, der Kälte, der permanenten Todesangst und des hilflosen Miterlebens der Todesqualen eines Nachbarn, eines Mitflüchtlings, die Greuel der Kriegsgefangenschaft - manchmal auch die Schönheiten einer Liebesbeziehung während der Kriegsgefangenschaft, etwa in Frankreich, die so manchen deutschen Kriegsgefangenen in Versuchung führten, oder auch wirklich veranlassten, nicht mehr in die Heimat und zur Ehefrau zurückzukehren, die so auf ganz eigene Weise einen Verlust zu beklagen hatte - das ganz »normale« Elend von Millionen von Ehen, in denen sich die Partner fremd geworden waren und in ihrer, ebenfalls kollektiv schicksalhaften Sprachlosigkeit einander nie mehr wirklich nahe kommen konnten; die Rache der Sieger, die nicht selten aus Tätern Opfern machte - so bei der »Umwandlung« von KZs in Internierungslager für NS-Täter, in der Tausende verhungerten - die hunderttausendfachen Vergewaltigungen von Frauen durch russische und auch alliierte Soldaten... All dies findet heute seinen Widerhall in psychotherapeutischen Praxen, in den Symptomen, in dem Agieren, in den Träumen und Erzählungen der unmittelbar Betroffenen, ihrer Kinder und Kindeskinde.

ALEXANDER und MARGARETE MITSCHERLICH analysierten 1967 »Die Unfähigkeit zu trauern«, die emotionale Apathie der Deutschen gegenüber den Verbrechen während der Zeit des Nationalsozialismus. »Wo Schuld entstanden ist, erwarten wir Reue und das Bedürfnis nach Wiedergutmachung. Wo Verlust erlitten wurde, Trauer, wo das Ideal verletzt wurde, ist Scham die natürliche Konsequenz«. Die Ursachen dafür, dass diese Reaktionen nach Ende des Zweiten Weltkriegs nahezu ausgeblieben waren, fanden die Autoren

in einer kollektiven seelischen Abwehranstrengung einer drohenden Depression, mit Hilfe von Verleugnung, Projektion und Rückzug seelischer Besetzungsenergie von idealisierten Objekten, wie dem »Führer«.

Erst wenn der Mensch erlebt, dass eigenes Leid, eigene erlittene Verluste angeschaut und geachtet werden, wird er offen, empfindsam für das Leid des Mitmenschen - das gilt für den Einzelnen genauso wie für ein ganzes Volk. So wird eine tiefe Trauerarbeit über die Opfer des Nationalsozialismus, aus der die Übernahme einer realen Verantwortung für den Schutz menschlichen Lebens in der Gegenwart und Zukunft folgt, eben erst jetzt auf breiter Basis möglich.

Gelegentlich haben wir es in unseren psychotherapeutischen Praxen aber auch mit dem Leid der Kinder und Enkel von Holocaust-Opfern zu tun, ihrem oft sehr langen, mühevollen Weg, sich ein eigenes Leben und vor allem Lebensfreude zu gestatten, sich zu befreien von der Verdüsterung ihres Lebens durch das Schicksal der Großeltern- und Elterngeneration, sich zu befreien von der Übernahme der Schuldgefühle des Überlebenden ihrer Elterngeneration. [HILLEL KLEIN, israelischer Psychoanalytiker und selbst Holocaust-Überlebender, kämpfte dafür, »die Überlebenden von der negativen Bedeutung des Ausdrucks »Schuldgefühl des Überlebenden« zu befreien. KLEIN (1981) zufolge diene das »Schuldgefühl des Überlebenden« dem Zweck einer Anpassung, wenn es die Überlebenden und die Nachkommen mit der Vergangenheit, mit den Verstorbenen und mit dem Gefühl der Zugehörigkeit zur jüdischen Welt in Verbindung brachte« (KOGAN, 1998)].

Fallvignette 2

Frau A., eine Frau in den Dreißigern, ist in ihrem Leben immer wieder Beziehungen eingegangen zu ausgesprochen gewalttätigen, brutalen Partnern, etwa Hooligans und Männern, die wegen schwerer Körperverletzung Gefängnisstrafen verbüßt hatten. Ihr selbst gegenüber waren diese Männer nicht körperlich gewalttätig geworden, sie hatte sich aber immer wieder in demütigende, seelisch erniedrigende sado-masochistische Beziehungen verwickeln lassen. Vom Beginn der Analyse an wie auch in deren späterem Verlauf war mir diese Seite der Patientin immer unverständlich geblieben - weder aus der Primärgruppendynamik ihrer Herkunftsfamilie noch aus ihrer Persönlichkeitsstruktur ergaben sich Anhaltspunkte zu einem Verstehen dieser sehr eigentümlichen Partnerwahl: sie blieb ein Fremdkörper, sowohl für mich, wie für ihr eigenes Erleben und Selbstbild. In einer Zeit, als mir selbst die

lebensbestimmende Wucht von aus früheren Generationen übernommenen Schicksalen deutlich geworden war, bat ich sie, die Vorgeschichte ihrer Familie zu eruieren. Sie fand folgendes heraus:

Ihr Großvater, der Vater ihres Vaters, war während der NS-Zeit Funktionsträger und, aller Wahrscheinlichkeit nach, bei der SS. Dies war ein wohlgehütetes Geheimnis in der Familie, über das nie gesprochen wurde, bis auf einen unkontrollierten Moment, in dem ihre Mutter preisgab, ihr Ehemann (der Vater der Patientin) habe ihr erzählt, dass er als Junge seinen Vater in SS-Uniform gesehen habe. Nach dem Krieg kam der Großvater in ein Internierungslager, ein von den Russen umgewandeltes KZ, in dem er wenige Monate später an Hunger starb. Ihr Vater war damals 12, 13 Jahre alt. Er bewahrte sich ein völlig geschöntes, idealisiertes Bild von seinem Vater. Kalte, unnahbare und sadistisch anmutende Persönlichkeitszüge, die der Großvater in der Familie gezeigt hatte, wurden ebenso verleugnet wie seine NS-Vergangenheit. Der Vater sowie wie alle seine Brüder entwickelten als Erwachsene schwere, lebensbedrohliche Herzkrankheiten - dies ist ein Phänomen, das immer wieder beobachtet werden kann: die Söhne (oder auch die Töchter, vor allem da, wo es keine Söhne gibt) sühnen für die Schuld der Väter in Form von ernsthaften Psychosomatiken, Unfällen, Selbstmorden, Depressionen, Zwang und Lebenseinschränkungen, »Lebensverboten« aller Art. Seine Enkelin Frau A. holte die abgespaltene, verleugnete Seite des Großvaters, seinen »Schatten«, wieder aus der Vergessenheit heraus; in ihrem Leben verkörperte sich nun der Großvater in ihren gewalttätigen Partnern. (Wir haben hier die von FREUD bei seinen neurotischen Patienten gefundene »Wiederkehr des Verdrängten« über die Grenzen des Individuums und die Grenzen der Generation hinaus.) Sie übernahm dabei die Rolle des Opfers - Opfer brachte sie auch dadurch, dass sie, als sie kam, in vielerlei Hinsicht weit unter ihren Möglichkeiten lebte - in einer tief unbewussten, aber dennoch äußerst wirksamen Identifikation mit den Opfern ihres Großvaters, die in der Familie nie gewürdigt und geachtet worden waren, geschweige denn beweint und betrauert. (Auch wenn ihr Großvater als Individuum nie direkt persönlich einem anderen Menschen schweren Schaden zugefügt haben sollte, so wäre er doch in einer schuldhaften Verstrickung durch das Umfeld der SS, in dem zu sein er gewählt hatte, anders etwa als ein zwangsverpflichteter Soldat). Sie, die sonst ein sehr, auch geschichtlich interessierter, Mensch ist, hatte eine geradezu phobisch zu nennende Berührungsscheu gegenüber allem, was mit der Zeit des Nationalsozialismus zusammenhing, entwickelt.

Nach den zwei Sitzungen, in denen wir über das Schicksal ihres Vaters, ihres Großvaters und ihre eigene seelische Verstrickung mit deren Schicksal gesprochen hatten, ließen wir das Thema zunächst die meiste Zeit über ruhen - es war deutlich, dass es im Unbewussten der Patientin weiter arbeitete. Auch fing sie bald danach an, erstmalig Bücher über den Nationalsozialismus zu lesen. Sie begann, sich für anders strukturierte, nicht gewalttätige Männer zu interessieren. Überhaupt befreite sie sich mehr und mehr zu einem sie erfüllenden, selbstbestimmten Leben. Ich dachte schon, dass die Thematik »Großvater« in ihrer Virulenz zur Ruhe gekommen sei, da wurde ich und die Patientin selbst aufgeschreckt durch zwei Unfälle, die Gott sei Dank glimpflich verliefen. Aber bei dem zweiten wurde eine andere Person leicht verletzt - die umstehenden Passanten hätten sie angeguckt, als ob sie ein Mörder sei. In einem Angsttraum wenige Wochen später träumte sie, es würde sich ein dritter Unfall ereignen. In ihrem Körper, ihrem Bauch waren drei Ratten. Sie wusste, dass es in jedem Fall sehr schmerzhaft werden würde, diese Ratten aus ihrem Körper heraus zu bekommen. Ich war sehr alarmiert, sah ich die Patientin doch in der Gefahr, durch Agieren einen realen Anlass für eigenes Schulterleben, das Gefühl, schuldig zu sein, zu inszenieren - und damit in der Schicksalsgemeinschaft mit dem schuldig gewordenen Großvater und dem sich schuldig fühlenden Vater zu verbleiben - und das gerade in einer Zeit, in der sie sich immer mehr von dem Leid des Vaters und auch der Mutter löste.

Das Schicksal der Patientin und ihrer Familie väterlicherseits wird dadurch noch komplexer, dass die erste Frau dieses Großvaters während ihrer ersten und einzigen Schwangerschaft mitsamt dem Fötus starb, an einer fehldiagnostizierten Bauchhöhlen-Schwangerschaft.

Tod im Kindsbett ist nach den Erfahrungen BERT HELLINGERS - wir werden noch auf ihn zu sprechen kommen - für die »Familienseele«, das familiäre Unbewusste, das gravierendste Ereignis schlechthin. Häufig wird der Ehemann der so verstorbenen Frau, bewusst oder unbewusst, schuldig gesprochen - als habe er durch den Sexualakt den Tod seiner Ehefrau verschuldet. Diese gewähnte »Schuld« wird dann von den Söhnen, Enkeln, ja nicht selten noch von Urenkeln übernommen: die Männer begehen Selbstmord, haben schwere Unfälle oder Krankheiten, werden Priester und entsagen damit der vermeintlich »todbringenden« Sexualität - die Patientin hatte in ihrer Zeichnung der Familienmitglieder ihren Vater als katholischen Priester dargestellt! - oder büßen »nur« durch eigene Partnerlosigkeit und / oder Kinderlosigkeit (vgl. hierzu WEBER 1993). Es ist phänomenal, dass diese

irrationale, gleichsam mythische Schuldzuschreibung eines Vorfahren bei den Nachkommen genauso wirkt wie eine reale Schuld! Gibt es in einer Familie, bzw. in einer Generation, keine Söhne, kann eine Tochter diese zugeschriebene Schuld übernehmen. Frau A. ist das einzige Kind, damit also von der unbewussten, Generationen übergreifenden Dynamik, der »Sohn«. Dies spiegelt sich auch in der von der Patientin erlebten Primärgruppendynamik wider: sie wurde weitgehend wie ein Sohn großgezogen und fühlte sich auch so.

Im oben geschilderten Traumbild können wir eine Verdichtung sehen, die beide, das familiäre Unbewusste zutiefst erschütternde Ereignisse, das noch in der Seele der Enkelin nachhallt, zusammenbringt: die tödliche Bauchhöhlenschwangerschaft der ersten Frau des Großvaters, sowie die Täterschaft des Großvaters während des Nationalsozialismus. Die Zahl »drei« könnte damit zu tun haben, dass zwei weitere männliche Verwandte ein ähnliches Nachkriegsschicksal hatten. Die Patientin leidet also noch - wenn auch inzwischen in sehr abgeschwächtem Maß - an der realen Schuld des Großvaters und an der ihm irrealer Weise zugeschriebenen Schuld, wohl auch seinen irrealen Schuldgefühlen sowie an einem Wiederhall der für die Großmutter schwer traumatischen und letztlich tödlichen Bauchhöhlen-Schwangerschaft. Mit 21 Jahren wurde die Patientin mit Verdacht auf Bauchhöhlen-Schwangerschaft ins Krankenhaus eingeliefert. Es wurde eine Bauchspiegelung gemacht, bis schließlich klar wurde, dass es sich um eine Blinddarmentzündung handelte.

Vier Tage nach dem ersten öffentlichen Vortrag dieses Artikels, an dem sie anwesend war, kommt sie in die Sitzung; strahlt: sie hat sich verliebt, in einen Mann, den sie schon eine Weile kannte, der eigentlich gar nicht "ihr Typ" sei. Alles stimmt, es ist ein Mann, der, zum ersten Mal in ihrem Leben, ernsthaft für sie als Partner in Frage kommt. Sie berichtet einen Traum: sie steht auf einer schönen Waldlichtung, vor ihr ein Mann, der sie an ihren neuen Freund erinnert. Sie geht auf ihn zu und überreicht ihm einen roten Eierbecher. In Realität war ihr dieser Eierbecher gerade in viele Stücke zerbrochen, die sie wieder zusammengeklebt hatte. Ein kreatives Bild für ihre "reparierte" Weiblichkeit und neue »Empfänglichkeit«.

Einige Anmerkungen zur Geschichte der Generationen übergreifenden (»transgenerationalen«) Sichtweise in der Psychoanalyse:

Freud

In seinem »Abriss der Psychoanalyse« von 1938 schreibt FREUD, der Erforscher der Dynamik des persönlichen Unbewussten, bei der Aufzählung der Ursprünge der Traumhalte: »Darüber hinaus bringt der Traum Inhalte zum Vorschein, die weder aus dem reifen Leben noch aus der vergessenen Kindheit des Träumers stammen können. Wir sind genötigt, sie als Teil der archaischen Erbschaft anzusehen, die das Kind, durch das Erleben der Ahnen vor jeder eigenen Erfahrung mit sich auf die Welt bringt«. In seiner Arbeit »Das Unheimliche«, veröffentlicht im Jahre 1919, geschrieben am Ende des ersten Weltkriegs, beschreibt er das Unheimliche als »die unerwartete Wiederkehr von Elementen, die bereits seit langem hätten überwunden oder ausgemerzt sein sollen - Reste primitiven Glaubens, eine Wiederkehr des Archaischen -, oder von Elementen, die hätten verdrängt sein sollen, da sie mit Grauen und Widerwillen verbunden sind, mit der Qual und dem Schrecken dieser Zeit, in der wir leben«.

Die gesamte Argumentation von »Totem und Tabu« von 1913 basiert auf der Annahme generationsübergreifender seelischer Prozesse: »Es kann zunächst niemandem entgangen sein, dass wir überall die Annahme einer Massenpsyche zugrunde legen, in welcher sich die seelischen Vorgänge vollziehen wie im Seelenleben eines Einzelnen. Wir lassen vor allem das Schuldbewusstsein wegen einer Tat (der Ermordung des übermächtigen, seine Macht missbrauchenden Vaters durch die Brüder-Urhorde, v.B.) über viele Jahrtausende fortleben und in Generationen wirksam bleiben, welche von dieser Tat nichts wissen konnten. Wir lassen einen Gefühlsprozess, wie er bei Generationen von Söhnen entstehen konnte, die von ihrem Vater misshandelt wurden, sich auf neue Generationen fortsetzen, welche einer solchen Behandlung gerade durch die Beseitigung des Vaters entzogen worden waren.«

Jung

FREUD spricht von einer Massenpsyche, C.G. JUNG vom »kollektiven Unbewussten«, einem ererbten Unbewussten, das von Generation zu Generation weitergegeben wird, jenseits von persönlicher Erfahrung. Es enthält eine unübersehbare Fülle von Archetypen, Urbildern als Niederschlag allgemein menschlicher Erfahrungen, die phylogenetisch ältere menschliche und tierische Generationen gesammelt haben. JUNG versteht unter Archetypen

universelle, vererbte Dispositionen der menschlichen Vorstellungsfähigkeit, die sich im kollektiven Unbewussten in einem Zustand potentieller Bereitschaft befinden und deren Aktualisierung bzw. Bewusstmachung in besonderen Situationen wie Traum, Phantasie, Vision in Form von Symbolen erfolgt. Ein zentraler Archetypus ist etwa der Schatten, mit dem JUNG nichtbewusste und damit nicht in das Ich integrierte Dispositionen des Menschen bezeichnet. »Insofern wir durch unser Unbewusstes an der historischen Kollektiv-Psyche Anteil haben, leben wir natürlich unbewusst in einer Welt von Werwölfen, Dämonen, Zauberern usw.; denn das sind Dinge, welche alle Zeiten vor uns mit mächtigsten Affekten ausgefüllt haben. Ebenso gut haben wir auch teil an Göttern und Teufeln, an Heiligen und Verbrechern. Es wäre aber sinnlos, diese im Unbewussten vorhandenen Möglichkeiten sich persönlich zurechnen zu wollen. Es ist darum unbedingt geboten, eine möglichst scharfe Trennung zwischen dem persönlich Zurechenbaren und dem Unpersönlichen durchzuführen. Damit soll die eventuell sehr wirksame Existenz der Inhalte des kollektiven Unbewussten keineswegs geleugnet sein. Sie sind aber als Inhalte der Kollektivpsyche der Individualpsyche gegenübergestellt und von ihr unterschieden« (JUNG, 1916).

Der Werwolf, by the way, ist im Volksglauben eine Form des Wiedergängers, ein Toter, dessen unerlöste Seele keine Ruhe findet und der daher vorzugsweise mittenachts auf Friedhöfen, an Wegkreuzungen oder am Todesort umgeht. Eine weitere Form des Wiedergängers ist, natürlich, der Vampir.

Der erste Traum eines Patienten, sein therapeutischer Initialtraum, war kürzlich, dass er verfolgt wurde von Menschen, die sich in Monstren verwandelten, in Vampire und Zombies - Bilder aus dem Repertoire der Archetypen, die Menschen und Schicksale früherer Generationen seiner Familie symbolisieren, mit denen er noch verstrickt ist, die ihm buchstäblich seinen Lebenssaft, seine Lebensenergie absaugen.

Szondi

Dem persönlichen Unbewussten, dem FREUD vorrangig sein Lebenswerk widmete, und dem kollektiven Unbewussten, das JUNG erforschte, fügte der ungarische Psychoanalytiker LEOPOLD SZONDI (1893 - 1986) das Konzept eines familiären Unbewussten hinzu. Innerhalb seiner Schicksalsanalyse dient ihm das familiäre Unbewusste als Metapher für den Ort, der das familiäre Erbe

eines Menschen enthält. SZONDI spricht in diesem Zusammenhang von »Ahnenansprüchen«: darunter »versteht die Schicksalsanalyse das Endziel einer Ahnenfigur, im Leben eines Abkömmlings in der gleichen Existenzform vollständig so zurückzukehren, wie sie in der Familiengeschichte einmal oder mehrmals wirksam war« (SZONDI 1963). Das familiäre Unbewusste drückt sich vornehmlich in getroffenen Wahlen aus: in der Partner- und Freundeswahl - dabei konstatiert SZONDI eine »wechselseitige Anziehung ... erbverwandter Personen« - in der Berufs- und Hobbywahl, in der Krankheitswahl und in der Todeswahl, z.B. bei Selbstmord.

Die Mehrgenerationen-Perspektive der Schicksalsanalyse fassen heutige Schüler SZONDIs folgendermaßen zusammen: »Das familiäre Unbewusste bildet ein unsichtbares Band, das alle Familienmitglieder vertikal über Generationen hinweg umschließt, gleichsam in einem unbewussten Schicksalsplan erfasst. Desgleichen verbindet es horizontal die lebenden Mitglieder einer Familie... So betrachtet die Schicksalsanalyse den Menschen als... eingebettet in den sichtbaren und unsichtbaren, das ganze Leben begleitenden Kontext von Herkunftsfamilie und Anverwandtschaft ... Wir sind ... existentiell Verwalter einer familiären Erbschaft, für deren Erhaltung, Entfaltung und Weitergabe wir verantwortlich sind. Die Übernahme dieser Verantwortung vermittelt Lebenssinn und das Bewusstsein von familiärer Identität und Solidarität. Werden jedoch die Erwartungen der Vorfahren unbewusst übernommen und in blindem Zwang ausgelebt, behindern, ja unterbinden sie allzu leicht Selbstverwirklichung und Selbstentfaltung des einzelnen Familienmitgliedes. Damit verfällt das Familienmitglied einem familiären Zwangsschicksal, das mit dem Erleben einhergeht, nicht das eigene Leben zu führen, sondern blind und ungefragt Lebensmuster von Vorfahren wiederholen zu müssen.« Dieses Zwangsschicksal wird gleichgesetzt mit einem familiären Wiederholungszwang. Dem steht nach SZONDI ein Freiheits- oder Wahlschicksal gegenüber: »Dies trifft dann zu, wenn die Aufträge bewusst und verantwortet, den eigenen Möglichkeiten gemäß, übernommen werden« (ALTENWEGER, 2003).

Mit diesen Fragen setzt sich auch der Psychoanalytiker und systemische Familientherapeut HELM STIERLIN und seine Heidelberger Schule seit Jahrzehnten auseinander, zunehmend auch dort unter Einbeziehung einer Multi- spricht Drei-Generationenperspektive. Er spricht von der Delegation von ungelebten Seiten im weitesten Sinne - seien es verdrängte oder nicht erfüllte Wünsche oder abgewehrte Schuld und Sühnebedürfnisse - von Eltern

an die Kinder, ausgehend von den beiden Bedeutungen von »delegare«: »hinaussenden« und »mit einer Aufgabe, einer Mission betrauen«. Er gibt diesen Delegationsprozessen eine konstruktive, für die folgende Generation identitätsstiftende Bedeutung; allerdings kann es auch zu Entgleisungen der Delegation kommen, zu mannigfachen Auftrags- und Loyalitätskonflikten (s. etwa STIERLIN 1995).

In Auseinandersetzung mit der Entstehungsgeschichte destruktiver Aggression eröffnet GÜNTER AMMON die Drei-Generationen-Perspektive durch die Einbeziehung der Vorgeschichte des Ödipus, der Tötungsabsicht seines Vaters Laios. AMMON spricht von einem Laios-Komplex, der dem ödipalen Konflikt als Erklärungsmuster Grenzen setze (AMMON, 1969).

Gegenwärtig finden wir eine Vielfalt psychoanalytischer Familientherapie vor, die die dritte Generation auf unterschiedliche Weise mit einbezieht, bis hin zu der gleichzeitigen Anwesenheit von Eltern, Großeltern und dem (jugendlichen) Patienten, mit denen kontinuierlich über einen längeren Zeitraum gearbeitet wird, etwa in der Mehrgenerationen-Familientherapie von MASSING, REICH und SPERLING (1999).

In Frankreich hat die französische, ursprünglich freudianische Psychoanalytikerin, Familientherapeutin der Schule von IVAN BOSZORMENY-NAGY, und Psychodrama-Therapeutin ANNE ANCELIN-SCHÜTZENBERGER ihre ganz eigene Form der transgenerationalen Psychotherapie entwickelt. Im Vorwort zu ihrem Buch »Oh, meine Ahnen« (SCHÜTZENBERGER, 2002) schreibt der Psychoanalytiker ALBRECHT MAHR: »In ihrer langjährigen Lehr- und Forschungstätigkeit als Psychologie-Professorin an den Universitäten von Nizza und Paris fand sie, dass weit zurückliegende Ereignisse und vor allem traumatische Ereignisse im familiären Unbewussten unter Umständen über mehrere Jahrhunderte weitergegeben werden, um sich an «Jahrestagen«, d.h. zu bestimmten Zeiten und Anlässen, in unklaren Symptomen oder in schweren Krankheiten bei Nachfahren zu manifestieren - so als sei das Trauma in einem zeitlosen Raum aufbewahrt und immer »sprungbereit« geblieben. In mehreren Schritten, mitunter über viele Generationen sinkt ein ungelöstes Trauma (Tod, Verlust, Schuld) immer tiefer ins Familien-Unbewusste. Es wird vom zunächst »Nicht-Gesagten zum Geheimnis, dann zum Nicht-mehr-Gewussten und schließlich zum Nicht-mehr-Denkbar«, sprich: zu einem immer wiederkehrenden Symptom, das sich als seelische und körperliche Not, als ein namenloser Nachhall von weit Zurückliegendem aufdrängt und in der Gegenwart weder erinnert noch vergessen werden kann«. »Wo schweres

unbetrüertes Unrecht geschah, bleibt es offenbar im Zustand eines dauernden Jetzt erhalten und drängt blind auf ausgleichendes, neues Leiden, bis Einsicht- und Heilungsschritte möglich werden«. Ihre Forschungen zeigen auf, »dass weitreichende Systemkräfte über Zeit- und Raumgrenzen hinaus Feldwirkungen entfalten, deren Ausmaß wir erst zu ahnen beginnen...« (ebda). Therapeutisch arbeitet sie mit einer Kombination von Genosozioogramm und psychodramatischen Inszenierungen der unverarbeiteten Vergangenheit: "Die Urahnen kommen noch einmal zu Wort, altes Unrecht wird anerkannt, Schmerz, Trauer, Wut und Schuld finden ihre rechtmäßigen Eigentümer wieder« (ebda).

Zur Frage der Transmission - Mechanismen der Weitergabe von Traumatisierungen einer früheren Generation an eine folgende, schreibt ILANY KOGAN in ihrem Buch »Der stumme Schrei der Kinder« über die zweite Generation von Holocaust-Opfern: »Die psychoanalytische Literatur über Kinder von Überlebenden beschreibt die bei der Übermittlung des Holocaust angewandten Mechanismen als frühe, unbewusste Identifizierungen, die die elterliche Wahrnehmung einer unaufhörlichen, lebensbedrohlichen inneren und äußeren Realität zur Folge haben... Das Kind fühlt sich gezwungen, die verdrängten Themen seiner Eltern zu erleben, mithin nachzuvollziehen, was in der inneren Welt seiner Eltern existiert... KRELL (1979) weist darauf hin, dass Kinder von Überlebenden sozusagen selbst Überlebende sind, als ob »angesichts der Umstände im Grunde weder der Elternteil noch das Kind leben sollte« (KOGAN, 1998). Sie selbst beschreibt folgende vier Modi der Transmission, von denen sie sagt: sie »können zwar universal sein, doch sie tragen die einmalige Qualität in sich, die die Holocaust-Erfahrung ihnen zuwies«.

»a) Traumatisierung des Kindes, weil es als Werkzeug zur Wiederholung des elterlichen Traumas benutzt wird. Der Elternteil erzeugt eine durchlässige Membran zwischen sich und dem Kind, durch die hindurch er Gefühle der Trauer und der Aggression vermittelt, die er wegen ihrer verheerenden Eigenschaft nicht in sich zurückhalten oder mit anderen erwachsenen Partnern teilen kann. Dieser Vorgang, im Grunde ein Prozess der projektiven Identifizierung (das Kind wird zum »Container« im Sinne BIONS, v.B.), dient dazu, den enormen Grad an Selbstzerstörung zu mindern, der sich für den betreffenden Elternteil als tödlich erweisen könnte.

b) Traumatisierung aufgrund der emotionalen Unzugänglichkeit des Elternteils.

c) Traumatisierung in der Phantasie. Dieser Vorgang tritt dann ein, wenn das Kind in seinen endlosen Bemühungen, den Elternteil zu verstehen und ihm dadurch zu helfen, die Erlebnisse dieses Elternteils mitsamt den Begleitaffekten in der Phantasie nachzuerleben versucht.

d) Traumatisierung durch den Verlust des eigenen Selbst. Durch symbiotische Bindung an das Kind strebt der Elternteil nach der Wiedergewinnung seiner verlorenen (und häufig idealisierten) Objekte und nach der Wiederherstellung seines beschädigten Selbst. Indem das Kind mit seinen Eltern die Phantasie der Todesverleugnung und der wundersamen Wiedergewinnung verlorener Objekte teilt, opfert es seine eigene Individualität« (ebda). Darüber hinaus beschreibt sie das Phänomen der Konkretisierung: sie »tritt bei solchen Patienten auf, die die traumatischen Aspekte im Leben ihrer Eltern agieren, ohne zu verstehen, was sie damit tun. Die Konkretisierung (ist) ein symbolischer Ausdruck dafür, jemanden ins Leben zurückzurufen oder den Tod von anderen zu verursachen. Sie umfasst deshalb nicht nur den Versuch der Nachkommen, die Opfer zu retten, sondern auch den Wunsch, sie aufgrund der Identifizierung mit dem Aggressor zu vernichten« (ebda).

Die Frage der Mechanismen der Transmission an Familienmitglieder, die nicht in einer direkten Beziehung zu den Menschen vorangegangener Generationen leben oder gelebt haben, deren unverarbeitete Schicksale sie in irgendeiner Weise übernommen haben - wie in den geschilderten Fallbeispielen - harrt noch einer Antwort. Hierzu eine letzte Fallvignette:

Fallvignette 3

Frau R., eine attraktive, intelligente Frau in den Vierzigern, kam in Therapie aufgrund ständiger depressiver Erschöpfungszustände, multipler psychosomatischer Symptome, starker Kontaktschwierigkeiten im beruflichen und privaten Bereich. Sie fühlte sich entwurzelt und heimatlos. »Ich bin seit Jahren in einem quälenden Mittelzustand: zu krank, um mehr als das Notwendigste zum Überleben zu schaffen, zu gesund, um den Löffel abzugeben«. Nach fünf Jahren analytischer Gruppen- wie Einzelpsychotherapie, nach intensiver Bearbeitung symbiotischer, ödipaler und Geschwisterivalitätsdynamiken geht es ihr in allen Lebensbereichen wohl deutlich, aber nicht wirklich befriedigend besser: sie leidet immer noch unter, inzwischen

allen (der Gruppe, mir und ihr selbst) mysteriös anmutenden Erschöpfungszuständen, ihrer Energielosigkeit. Sie kann sich wenig »Sozialenergie« nehmen. Mehrere Untersuchungen zur körperlichen Abklärung ihrer Symptomatik bringen kein klares Ergebnis. Sie ist verzweifelt, ich auch, ich bin mit meinem - psychoanalytischen - Latein am Ende. Von der unbewussten Dynamik ihrer Herkunftsfamilie, ihren Beziehungserfahrungen und lebensgeschichtlichen Ereignissen her ist mir ihr anhaltend schlechter energetischer und psychischer Zustand nicht mehr verständlich - so viel Destruktion und Defizit war da nicht. Ich empfehle ihr eine Familienaufstellung bei einer systemtherapeutischen Kollegin. Kurz davor bringt sie folgenden Traum in die Analysensitzung: Sie zieht mit einer guten Freundin zusammen in eine neue Wohnung. Sie konkurrieren darum, wer von ihnen das schöne Balkonzimmer kriegt. Es gibt noch ein Wohnzimmer im Stil der 50iger, 60iger Jahre, vollgestopft mit alten schrecklichen Möbeln. Die Wohnung weitet sich plötzlich, sie hat einen Panoramablick durch eine große Fensterfront hindurch. Ein großes Schwimmbad ist da, aber völlig mit Erde zugeschüttet. Sie entdeckt noch ein drittes Zimmer in dieser Wohnung, die Freundin ist abwehrend, will mit diesem Zimmer nichts zu tun haben. Dort liegt eine junge Frau im Bett, einen Rucksack neben sich, sie hat sich in diese Wohnung geflüchtet, um Obdach zu finden. Sie klammert sich an Frau R. - oder Frau R. an sie, das ist nicht so ganz klar. Diese Frau ist in höchstem Maße verzweifelt und verwirrt, wird immer verrückter.

Frau R. wacht völlig erschöpft auf, weiß nicht, wo sie sich befindet, in welcher Zeit, in welchem Lebensalter. Sie hat das Gefühl, aus »tiefsten Tiefen« zu kommen. Mir fällt während ihres Traumberichts sofort ihre Tante ein, eine Schwester ihrer Mutter, die geisteskrank wurde. Ich bitte sie, mir die Geschichte dieser Tante noch einmal ausführlich zu erzählen: sie war die älteste Schwester ihrer Mutter. Diese war 12 oder 13 Jahre alt, als die Schwester geisteskrank wurde - und dies in der Zeit des Nationalsozialismus, im Krieg. Die Tante war die einzige, die die Familie verlassen hatte, um in der Stadt zu studieren. Nach dem Tod ihres Vaters, also des Großvaters der Patientin, brach ihre Krankheit aus, es bestand aufgrund der Euthanasieprogramme Lebensgefahr für sie. Sie fand Unterschlupf in einem christlich geführten Bauernhof als Magd, wo sie heute noch lebt. Die Familie der Mutter von Frau R. hat sie zweimal in all den Jahrzehnten besucht, ansonsten fand sie in der Familie kaum Erwähnung. Die Mutter sei einerseits

neidisch auf diese Schwester gewesen, weil sie habe studieren dürfen. Andererseits habe das Schicksal der Schwester die Mutter sehr berührt und betroffen gemacht. Es war für Frau R. zu spüren, dass die Mutter damit nicht fertig geworden war. Frau R. wird sehr traurig und weint. Die Tante habe bei den Besuchen sehr unter Psychopharmaka gestanden, habe weit weg gewirkt.

Frau R. nimmt selbst zeitweilig Antidepressiva, hat zwei kurze Aufenthalte in Kliniken für stationäre Psychotherapie hinter sich. In der Freundin aus dem Traum sieht sie die Mutter, die mit diesem Zimmer, sprich mit dem Schicksal ihrer Schwester nichts zu tun haben wollte.

GERHARD KÜRSTEINER, ein Lehranalysand und Schüler LEOPOLD SZONDIS, spricht in seinem Buch »Ahnenträume« (1980) vom Durchbruch von Ahnen und deren Ansprüchen ins Bewusstsein von Nachkommen: »Vom Bewusstsein *abgespaltene* Ahnenexistenzen im familiären Unbewussten haben das stete Bedürfnis, sich in den Nachkommen so vollständig zu wiederholen, wie sie selber waren. Gegen diesen unbewussten *Wiederholungszwang* setzt sich das Ich zur Wehr, aber es kann nicht vollständig den Durchbruch dieser Ahnen ins Bewusstsein verhindern. Es kommt zu von eben diesen unterdrückten Ahnen verursachten Symptombildung.« Und den Behandlungsverlauf einer Patientin resümiert er: »So wichtig die Bewusstmachung verdrängter Kindheits-erlebnisse und verdrängter Wünsche (und) für die Heilung notwendig war, so wichtig war aber auch die Bewusstmachung unterdrückter Ahnenansprüche. Erst als beides bewusst gemacht war und bewusstseinsfähig blieb, konnte sie ihre Ruhe finden« (ebda).

Offensichtlich war Frau R. - bis zu einem gewissen Grade - irgendwie mit dieser Tante identifiziert, vertrat diese Tante gleichsam in der Familie. Wie können wir das verstehen oder doch uns zumindest vorstellen? Das Schicksal der Tante hatte in der Familie der Mutter Angst, Scham- und Schuldgefühle ausgelöst und so zu ihrem weitgehenden Ausschluss aus der Familiengruppe geführt. Auch die Mutter von Frau R. musste diese bedrohlichen Gefühle, die die Existenz der Schwester in ihr auslöste, abwehren und hatte so die Beziehung zu ihr weitgehend äußerlich, wie auch innerlich abgebrochen. Diese ungeklärte, nicht gelebte Beziehung der Mutter zur Schwester, die zu einem dissoziierten, abgespaltenen Teil ihrer Psyche wurde, führte zu einem - unbewussten - Auftrag an die (einzige) Tochter: »Übernimm bitte du das Schicksal meiner Schwester (und bring es zu einer guten Lösung). In dir ist meine Schwester noch präsent, indem du sie verkörperst muss ich mich nicht schuldig fühlen, dass ich sie aus meinem Leben verbannt habe.« Um die

Möglichkeit einer aktiven Wiedergutmachung zu haben, muss die Mutter von Frau R. einen Menschen in ihrer Umgebung haben, der die Schwester vertritt. Sie gibt der Schwester dadurch einen Platz in ihrer (der Mutter) Gegenwartsfamilie und damit einen - real-irrealen! - Platz in ihrem gegenwärtigen Leben.

Schwere, unverarbeitete Schicksalsschläge von Menschen, die keine Kinder haben, die diese »aufarbeiten« könnten, werden dann eben an andere Menschen in der Familie weitergereicht. Vermittelt wird diese Übernahme durch die Beziehung zu Personen, die mit den ursprünglich traumatisierten Menschen in unmittelbarem familiären Kontakt standen.

Die Familie von Frau R. stellt ein Beispiel dar für die Unterscheidung von »Zwangsschicksal« und »freiem Schicksal« resp. »Wahlschicksal«, wie wir sie bei SZONDI kennen gelernt hatten: Frau R. arbeitet als klinische Psychologin in der Psychiatrie, ihr Bruder ist Psychiater. Beide haben also das Schicksal der geisteskranken Tante in ihrer Berufswahl aufgegriffen, von einem primären Zwangsschicksal transformiert zu einem sekundären Wahlschicksal, wobei dies dem Bruder, wohl auch aufgrund seines Geschlechts, sehr viel reibungsloser gelungen ist (er galt und gilt als der Sonnyboy und Erfolgsmensch der Familie, hat allerdings eine depressive Ehefrau) als seiner Schwester, die sich lange Zeit auf der Kippe zwischen »Zwangs-« und »Freiheitsschicksal« bewegte.

HELLINGERS Methodik der Familienaufstellungen hat ihre historischen Wurzeln in dem Psychodrama JACOB L. MORENOS, den Familien-Rekonstruktionen und Familienskulpturen VIRGINIA SATIRS, sowie der Kontextuellen Therapie von IVAN BOSZORMEYI-NAGY (er untersuchte die Macht von »unsichtbaren Bindungen«), der wiederum eine besondere Affinität zu dem schottischen Psychoanalytiker und Objektbeziehungstheoretiker RONALD FAIRBAIRN hat. Eine wissenschaftliche Einführung in Geschichte und Methodik des Familienaufstellens gibt URSULA FRANKE (2003) in ihrem Buch »The river never looks back. Historical and practical foundations of Bert Hellinger's family constellations.«

»Die Aufstellungen der Familienkonstellationen entfalten ihre elementare Wirkkraft, weil dort eine präverbale Bildersprache gesprochen wird und weil dort wie in einem Übergangsritus Vergangenes, Abschied und Neuorientierung in einem verdichteten Zeitrahmen vereint sind« (Weber 1993). Familienaufstellungen werden als eine Psychotherapie-Schulen übergreifende Methodik inzwischen von vielen Psychotherapeuten in ihre Arbeit integriert, so auch von TILMAN MOSER (vgl. dazu sein Buch »Dämonische Figuren. Die Wiederkehr des Dritten Reiches in der Psychotherapie«; Moser, 1996). (Es

kann in diesem Rahmen nicht um eine kritische Würdigung der Arbeit HELLINGERS gehen - manches an seiner Praxis sowie an seinem Menschenbild bleibt fragwürdig; so ist seine undifferenzierte und pauschale Kritik »der« Psychoanalyse und ihrer Arbeit mit Übertragung sicherlich nicht hilfreich für eine wechselseitig befruchtende Diskussion.)

Zurück zu Frau R. - Sie berichtet von ihrer Familienaufstellung: Nach dem Aufstellen von Stellvertretern für Mutter, Vater, Bruder und sich selbst spürte ihre Stellvertreterin gar keinen Kontakt innerhalb der Familie. Ihr selbst erging es nicht anders, nachdem sie ihren Platz, im Austausch gegen ihre Vertreterin, eingenommen hatte. Die Vertreter der Geschwister der Mutter wurden dazu gestellt, sie, Frau R., fühlte sich magnetisch hingezogen zu der geisteskrank gewordenen Tante, wie auch diese nur auf sie schaute. Es kam zu einer Begegnung zwischen den beiden, sie umarmten sich innig. Erst danach konnte sie auch eine Beziehung aufnehmen zu den Mitgliedern ihrer umgebenden Familiengruppe.

Vier Monate später träumt sie von einem Familienfest (das Motiv des Familienfests fanden wir schon in dem Traum von Frau K. vor: es ist offensichtlich ein Grund zum Feiern, wenn ein bisher ausgeklammertes Familienmitglied in die Familie, resp. in das familiäre Unbewusste, wieder aufgenommen wird): »Und dann kam plötzlich auch Tante H., sie war total fit, mit rosigem Teint, souverän und freundlich und wirkte total gesund, gut gekleidet, erstaunlich jung, Anfang 50. Sie war voll integriert in die ganze Familie. Sie setzte sich neben mich auf die Couch. Ich konnte es kaum fassen und freute mich, guckte immer, ob man ihr die Krankheit nicht anmerkte; sie hatte aber höchstens etwas geschwollene, große Hände und Wangen, vielleicht von den Medikamenten.«

In der Folgezeit verbesserte sich ihr seelisch-körperlicher Gesamtzustand, langsam, nicht spektakulär, aber doch, wie die Patientin im Rückblick auf das vergangene Jahr meint, stetig. Die mysteriöse Infektionskrankheit, die sie so lange so viel Lebenskraft gekostet hatte, konnte endlich eindeutig diagnostiziert werden und deren adäquate Behandlung in Angriff genommen werden.

Was war geschehen? Während der Familienaufstellung war die unbewusst-archaische Identifikation mit der Tante, deren partielle Introjektion, abgelöst worden durch eine direkte Beziehungsaufnahme, eine Begegnung mit ihr, in der ihr die Tante zum Gegenüber geworden war. So konnte gleichzeitig der seelischen Verbundenheit und dem Abstand zwischen beiden Rechnung

getragen werden. Der Patientin wurde eine Abgrenzung möglich zu einem Schicksal, das nicht ihr persönliches Lebensschicksal ist, sie wurde damit entlassen aus der Verstrickung. Ihr Traum-Unbewusstes verarbeitet dies in Form einer Entlastung durch eine gesund gewordene Tante, deren Schicksal gleichsam transformiert wird. Mit dieser gesunden Tante kann sie sich nun im konstruktiven Sinne identifizieren - gleichzeitig spielt hier die Identifikation mit mir, ihrer Anfang 50jährigen Analytikerin, hinein!

Das erweiterte familiäre Feld

In den vorgestellten Fallbeispielen waren es zum einen Großmütter und Großväter, mit deren Schicksal sich die Patientinnen unbewusst identifizierten (lineare vertikale Generationenabfolge im Stammbaum), zum anderen aber auch eine Tante (hier kommt die horizontale Verzweigung hinzu), sowie Opfer (des SS-Großvaters), eine frühere Ehefrau des Großvaters, also nicht blutsverwandte Menschen.

Aufgrund seiner Beobachtungen in Tausenden von Familienaufstellungen kommt BERT HELLINGER zu folgender Annahme darüber, wer alles zum familiären System gehört. (Ich möchte es das »erweiterte familiäre Feld« nennen): "die Geschwister (auch Tot- und Fehlgeburten sowie Abtreibungen; v.B.), die Eltern und ihre Geschwister, die Großeltern, der eine oder die andere der Urgroßeltern und außerhalb der Blutsverwandschaft alle, durch deren Tod oder Verlust andere in diesem System einen Vorteil hatten, zum Beispiel frühere Partner von Eltern oder Großeltern, aber auch solche, die durch Tod oder Unglück zum Besitz des Systems beigetragen haben ... Darüber hinaus alle Opfer eines Mitglieds der Familie, ... zum Beispiel alle, die durch ein Mitglied der Familie umgebracht wurden. Umgekehrt gehören die Täter zum System der Opfer. Das zeigt sich darin, dass in Familien der Opfer oft ein Mitglied die Täter vertreten muss und in den Familien der Täter oft ein Mitglied die Opfer« (HELLINGER, 2002). HELLINGER spricht hier auch von der Reichweite des kollektiven oder familiären Gewissens, das gegenüber dem persönlichen Gewissen archaischer und damit auch kraftvoller sei. Es wache über das Recht auf Zugehörigkeit aller seiner Mitglieder. »Das heißt, dass jeder Ausschluss eines Mitglieds dazu führt, dass dieses Gewissen innerhalb des Systems nach einem Ersatz für das ausgeschlossene Mitglied sucht, sodass ein anderer das ausgeschlossene Mitglied vertreten muss, ohne dass ihm das bewusst wird. Die unbewusste Stellvertretung für ausgeschlossene Mitglieder führt dazu, dass

diese Stellvertreter deren Schicksal wiederholen und dass sie deren Ansprüche durchzusetzen versuchen ... Dass diese unbewusste Stellvertretung lediglich die Schicksale der Ausgeschlossenen wiederholt, ohne zu deren Wiedereingliederung und zur Erfüllung ihrer Ansprüche zu führen, zeigt, dass das kollektive Gewissen blind ist. Ausgeschlossen wird ein Mitglied des Systems durch:

1. »Vergessen; zum Beispiel wird früh verstorbenen oder tot geborenen oder weggegebenen Kindern oft durch Vergessen die Mitgliedschaft verweigert
2. Verdrängung, zum Beispiel wenn das Schicksal eines Ausgeschlossenen den anderen Angst macht
3. Verweigerung der Anerkennung der Leistung der Ausgeschlossenen für das System, zum Beispiel wenn frühere Partner nicht gewürdigt werden
4. moralische Verurteilung« (ebda).

Weiterhin achte das kollektive Gewissen auf die Ordnung des Vorrangs der Früheren gegenüber den Späteren sowie auf den kollektiven Ausgleich: »Der Ausschluss des einen wird ausgeglichen, indem ein anderer dessen Schicksal wiederholt, und wenn ein Mitglied nicht selbst die Folgen seines Verhaltens trägt, übernimmt unter dem Druck des kollektiven Gewissens später ein anderer diese Schuld und ihre Folgen, und zwar ohne das ihm das bewusst wird. Dieser Vorgang wird vom Propheten Jeremia mit dem Satz beschrieben: »Die Väter haben saure Trauben gegessen, und den Kindern werden die Zähne stumpf« (Jer. 31,29). Und im Buch Exodus wird von Gott gesagt: »Ich, Jahwe, bin ein eifernder Gott, der die Schuld der Väter ahndet an den Kindern, Enkeln und Urenkeln derer, die mich hassen.«

»Für die Psychotherapie erklärt die Wirkungsweise des kollektiven Gewissens, wie es zu Verstrickungen in die Schicksale anderer Familienmitglieder kommt« (ebda).

Resümee

Werfen wir abschließend noch einmal einen Blick auf die vorgestellten Fallnetten, auf Gemeinsames und Unterschiede:

1. Was heilend wirkt ist überall, dass etwas ans Licht kommen darf, über etwas gesprochen werden darf, was lange Zeit ein wohlgehütetes Familiengeheimnis resp. ausgeklammert war, etwas, worüber nicht kommuniziert wurde und dadurch im familiären Unbewussten wie im Unbewussten des Einzelnen ein dissoziiertes, unintegriertes Schattendasein fristete.

2. Warum reagierte die zuerst vorgestellte Patientin, Frau K., so besonders prompt positiv auf das neue Wissen und dessen Einbezug in ihre Analyse? Bei dem Geheimgehaltenen ging es nicht um Tod, Mord oder schwere Krankheit, sondern schließlich um Leben, das entsteht und weitergegeben wird. Zudem hatte die Großmutter bereits die große menschliche Leistung vollbracht, das durch einen Gewaltakt entstandene Kind anzunehmen und ihm durch ihre Heirat einen fürsorgenden Vater zu geben; durch diese buchstäbliche Integration des Traumas in ihren Lebensfluss hatte sie bereits ein großes Stück der notwendigen seelischen Verarbeitung des traumatisierenden Erlebnisses vollzogen, die ihrer Enkelin nun zugute kam.

Der heilende Akt der Zustimmung zu dem Geschehenen liegt hier schon in der bewusst getroffenen Entscheidung für das Leben, für das Leben des Kindes, die von den Schwestern der Großmutter, sowie später von ihrem Ehemann mitgetragen wurde. Hier, auf der horizontalen Ebene, fand Kommunikation statt, sie war nicht alleingelassen.

3. Die zweite Patientin ist doppelt belastet durch das zweifach tabuisierte Schicksal des Großvaters. Sie muss sich mit realer wie mit irrealer, zugeschriebener Schuld gleichermaßen auseinandersetzen, was verwirrend ist und eine besondere Herausforderung an ihr Unbewusstes. Das ans-Licht-Kommen, das Anschauen des Familiengeheimnisses der Verstrickung des Großvaters in die Gräueltaten der Nazi-Zeit ist für sie ungleich schwieriger und schmerzhafter, da sie mit realer Schuld verknüpft ist. Sie selbst ist viel stärker in einem Loyalitätskonflikt mit dem Vater und dessen tief verinnerlichtem Wahrnehmungsverbot. So setzt sie dem Öffentlichwerden des Familientabus, und sei es in der kleinen, intimen Öffentlichkeit der Analysensituation, zunächst mehr Widerstand entgegen. In der Gegenübertragung wagte ich es kaum, sie zu fragen, ob ich ihre Geschichte in einem öffentlichen Vortrag darstellen dürfe - und war erstaunt über ihre prompte Zustimmung. Auf das Öffentlichmachen des Familienschicksals an dem Vortragsabend reagierte sie

denn auch mit einem weiteren deutlichen Schritt in Richtung Befreiung von dieser Verstrickung.

4. Durch die Entlastungsfunktion, die die Identifizierung der letzten Patientin mit der geisteskranken Tante für die Schuldgefühle der Mutter hat, wird auch hier der Lösung aus der Verstrickung mehr Widerstand entgegengesetzt. Hier handelte es sich nicht um ein völlig totgeschwiegenes Familiengeheimnis, wohl aber um ein Schicksal eines, zumal noch lebenden, Familienmitglieds, das weitgehend verdrängt und abgespalten worden war.

»Die Einheit *und* Unterschiedenheit von Individuum und Umwelt bzw. Einzellern und Gruppe« (1982) hat immer wieder Günter AMMON in seinem gesamten Lebenswerk herausgearbeitet. So ist es die Aufgabe der heute lebenden Generationen, von der archaisch-blinden Verbundenheit mit vergangener familiärer wie kollektiver Geschichte im Sinne einer verstrickten Schicksalsgemeinschaft zu einer bewussten, reifen Anerkennung und Zustimmung zu dieser tiefen Verbundenheit zu finden - bei gleichzeitiger Lösung und Abgrenzung der eigenen Identität gegenüber allem, was ein erfülltes Leben in Gegenwart und Zukunft verhindert und zerstört. Nur so kann die Kette der von Generation zu Generation weitergereichten Traumatisierungen, eine Kette von Ohnmacht, Verzweiflung und Gewalt - gegenüber anderen und/oder sich selbst - unterbrochen werden. Dadurch wird ein Schritt in der seelischen Evolution des Menschen möglich, der offensichtlich zu seinem Überleben als Gattung notwendig ist.

Experience Gained in Integrating the Multi-Generational Perspective in Psychoanalysis

Gabriele von Bülow (Berlin)

The trans-generational approach crosses school boundaries and is more relevant today than ever, since psychotherapists and the general public alike are increasingly becoming aware of the effects of psychic traumas that cut across generations. This plays an important part in Germany, especially where the third generation's coming to terms with the National-Socialist past is concerned. In her contribution, the author describes how psychoanalytical therapy is enriched by a multi-generational perspective and how, often, it is

only by uncovering and integrating the experiences of the grandparent generation that the symptoms and psychodynamics of the third generation (that of the patients) become understandable and thus can be healed. The trans-generational perspectives existent in various schools of therapy are discussed, including those found in FREUD, JUNG, SZONDI, STIERLIN, AMMON, SCHÜTZENBERGER and HELLINGER. FREUD, for example, already spoke of a »mass psyche« and JUNG of the »collective unconscious«, while SZONDI adds to these a familial unconscious as being a place that holds a person's familial heritage. The »claims of the forbears« can intrude into a patient's life in such a way that the affected person unconsciously relives an ancestor's conflict. This can result in the patient being imprisoned in a compulsive familial situation, unable to lead his or her own life by his or her free choice. SCHÜTZENBERGER, who has developed her own form of trans-generational psychotherapy, describes the »anniversary syndrome«, which involves a repetition of traumatic family events manifested in descendants on certain days of the year in unclear symptoms, serious illnesses, etc., as though the trauma were stored in some timeless room, always ready to leap out. KOGAN (1998) addresses the way in which traumatizations are transmitted to the following generations and presents four modes of transmission in descendants of Holocaust survivors. Hellinger (2002) establishes a familial consciousness that is activated when, for example, a family member is excluded (by being forgotten or suppressed, or if there is a refusal to acknowledge that person's services to the family system, or by moral judgment). The system will then seek a substitute for the excluded member, which substitute then, on an unconscious level, represents this person, which in the end results in diverse symptoms having pathological status.

The author presents these various aspects of the multi-generational perspective as illustrated by three case studies. For example, the repeated choice of violent partners and sado-masochistic relationship patterns of a female patient only became comprehensible when she restored to her memory the grandfather, who was denied by the family. This grandfather was, as a member of the SS, probably guilty of real crimes against Jewish or other defenceless people. This was combined with fantasized guilt in connection with the first grandmother's death in childbirth. The granddaughter brought the suppressed destructive side of the grandfather into the consciousness of the family by turning herself into the potential victim of her violent partners (identification with the grandfather's victims). Another female patient, who

suffered from depression, lived in unconscious identification with a mentally ill aunt, who was denied by the family. By means of her identification, she represented her in the family, as it were. Following a family constellation [pursuant to HELLINGER], which was integrated into the analysis, it was possible for her to experience a psychic connection with and differentiation from the aunt, by means of which the patient was able to free herself from a fate which was not her own. A third female patient brought to light the history of her father, who was the fruit of the rape of her grandmother by Russian soldiers after World War II. By accepting what had happened, she began to release herself from her self-destruction and her problematic relationship with her father. This positive path had already been prepared by her grandmother by giving birth to the patient's father, and thus accepting him.

The author concludes, that what heals is the fact that something hidden is allowed to come to light, although dealing with that can be difficult to various degrees: Depending on the extent to which a load is taken from the family system as a whole by the fact that the patients bear its history, or how great the real or imagined guilt is, and what the actual outcome of whatever took place was, attempts at coming to terms with such history will be confronted by more or less resistance.

Literatur

- Altenweger, A. et al. (2003): The Szondi Forum, www.szondiforum.
- Ammon, G. (1969): Herrschaft und Aggression: Zur Psychoanalyse der Aggression. *Dyn. Psych.* (2), 122-133.
- Ammon, G. (1982) (Hrsg.): *Handbuch der Dynamischen Psychiatrie 2*. Ernst Reinhardt Verlag, München.
- Franke, U. (2003): *The river never looks back. Historical and practical foundations of Bert Hellingers family constellations*. Carl-Auer-Systeme Verlag, Heidelberg.
- Freud, S. (1913): *Totem und Tabu*. GW Bd. IX. Fischer Verlag, Frankfurt a.M. 1973.
- Freud, S. (1919): *Das Unheimliche*. GW Bd. XII. Fischer Verlag, Frankfurt a.M. 1973.
- Freud, S. (1938): *Abriss der Psychoanalyse*. GW Bd. XVII. Fischer Verlag, Frankfurt a.M. 1973
- Hellinger, B. (2002): *Der Austausch*. Carl-Auer-Systeme-Verlag, Heidelberg.
- Jung, C.G. (1916).- *Die Archetypen des kollektiven Unbewussten*. GW Bd. 7. Walter, Düsseldorf 1995.
- Kogan, I. (1998): *Der stumme Schrei der Kinder. Die zweite Generation der Holocaust-Opfer*. Fischer Verlag, Frankfurt a.M.
- Kürsteiner, G. (1980): *Ahnenträume*. Hans Huber, Bern.
- Mann, K. (1993): *Der Wendepunkt. Ein Lebensbericht*. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg.
- Massing, A.; Reich, R.; Spperling, E. (1999): *Die Mehrgenerationen-Familientherapie*. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen.
- Mitscherlich, A. & M. (1967): *Die Unfähigkeit zu trauern*. Piper, München.

- Schützenberger, A.A. (2002): Oh, meine Ahnen. Carl-Auer-Systeme-Verlag, Heidelberg.
Szondi, L. (1963): Schicksalsanalytische Therapie. Huber, Bern.
Moser, T. (1996): Dämonische Figuren. Die Wiederkehr des Dritten Reiches in der Psychotherapie. Suhrkamp, Frankfurt a.M.
Stierlin, H. (1995): Adolf Hitler. Suhrkamp, Frankfurt a.M.
Weber, G. (Hrsg.) (1993): Zweierlei Glück. Die systemische Psychotherapie Bert Hellingers. Carl-Auer-Systeme-Verlag, Heidelberg.

* Psychologische Psychotherapeutin, Lehr- und Kontrollanalytikerin (DAP) am Berliner Lehr- und Forschungsinstitut (LFI) der DAP

** Vortrag gehalten am Berliner LFI der DAP am 4.4.2003

address of the author:

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

G.v.Buelow@t-online.de

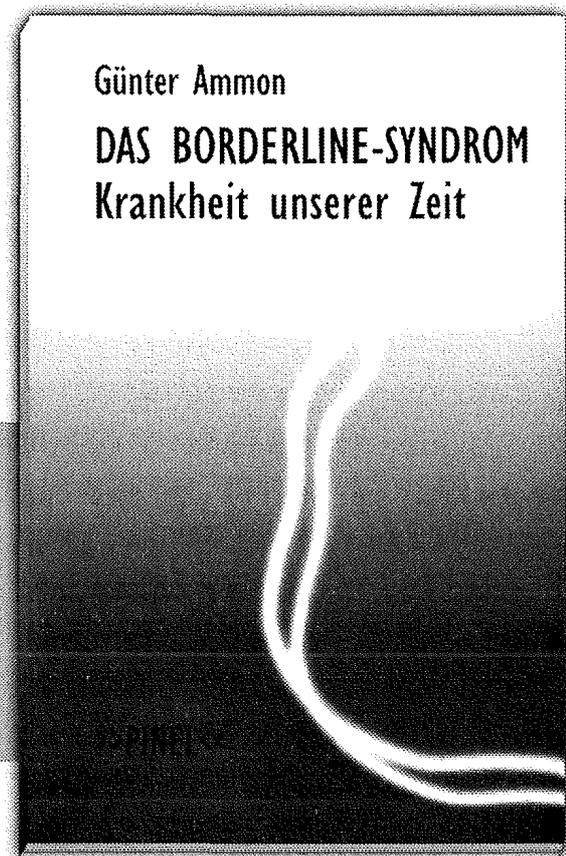
Günter Ammon

DAS BORDERLINE-SYNDROM

Krankheit unserer Zeit

Aus dem Vorwort von Ernst Federn:

»Ammon hat in der Diskussion um dieses Krankheitsbild eine neue theoretische Richtung, ein eigenes Verständnis und eine daraus abgeleitete Behandlungsmethodik im Sinne einer humanstrukturellen Identitätstherapie mit der Konzeption der Sozialenergie und Gruppendynamik entwickelt. Es ist daher zu begrüßen, daß Günter Ammons Schriften über die Anwendung seiner weiterentwickelten psychoanalytischen Methodik auf die Behandlung der sogenannten »Borderline-Fälle«, die er als Ich-Störungen erkannte, nun veröffentlicht werden und damit therapeutischer Optimismus auch für eine Gruppe von Patienten möglich wird, die lange Zeit als nur schwer oder kaum therapierbar galt. Daß das Ich eine wichtige soziale Funktion verrichtet, war schon immer bekannt, aber erst die neuen Erkenntnisse über die frühen Beziehungen zwischen Mutter und Kind erlauben uns, neue Behandlungsmethoden für diese seelischen Störungen zu entwickeln. Günter Ammon war ein Pionier auf diesem Gebiet.«



Berlin 1998, 320 Seiten,

Paperback, 20,- EUR

ISBN 3-922109-20-9

Pinel - Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie GmbH

Psychoanalytische und organisationsdynamische Aspekte oberärztlicher Führung und Supervision

Ulrich Rüth, München*

Light is thrown on psychoanalytic and organizational aspects of senior physicians leadership as worked out in the Tavistock model of psychodynamic consultancy for institutions. There is a special focus on group processes, the task of leadership and the problems of external versus internal supervision. Counter transference is discussed as a crucial point in internal supervision. Psychodynamic aspects of assessing structure, process and results by senior physicians are discussed. The »team« as a multiprofessional work group oscillating from a hierarchic to a heterarchic state of function is elucidated.

1. Einführung

Tiefenpsychologie und Psychoanalyse stehen der neueren Therapieforschung nach auf dem Prüfstand. Die Integration der Psychotherapie in die fachärztliche Ausbildung, sowohl der Erwachsenenpsychiatrie wie der Kinder- und Jugendpsychiatrie hat zwischenzeitlich zu einer deutlichen Stärkung der klinischen Verhaltenstherapie geführt. Wenn an dieser Stelle die psychoanalytischen und organisationsdynamischen Aspekte der oberärztlichen Tätigkeit näher beleuchtet werden sollen, so mag dies vor dem Hintergrund aktueller Entwicklungen durchaus provokativ erscheinen. Die hier vorgestellten Überlegungen und Erfahrungen sind an Modellen angelehnt, die sich auf die Tavistock-Ansätze zur psychoanalytischen Organisationsberatung zurückführen lassen, welche in vielfacher Hinsicht erfolgreich waren (LAZAR, 1998; LOHMER, 2000; OBHOLZER & ROBERTS, 1994; RICE, 1963, 1965).

2. Ausgangspunkte

Oberärztliche Tätigkeit dient der Qualitätssicherung der klinischen Arbeit auf den Ebenen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, wie sie in Tabelle 1 für die psychodynamisch fundierte oberärztliche Führung und Supervision beschrieben ist und im Folgenden in dieser Arbeit beleuchtet werden wird. Auf der institutionellen Ebene sind dabei Probleme der Arbeitsorganisation, der

Arbeitsabläufe und der Arbeitsergebnisse betroffen. Dynamisch handelt es sich um die Dimensionen von Kooperation, Kommunikation und Interaktion innerhalb der Institution Klinik (vgl. GIESECKE, 1988). Inhaltlich können als Qualitätssicherungsmaßnahmen der mittleren Führungsebene auf Oberarzt-niveau neben der beruflichen Interaktion Beratung, Anleitung und Kontrolle als originäre Aufgaben beschrieben werden (vgl. GIESECKE & RAPPE-GIESECKE, 1997). Die hier angestrebte Beleuchtung psychoanalytischer und organisationsdynamischer Aspekte oberärztlicher Tätigkeit fokussiert ausdrücklich nicht auf die Frage, inwiefern Patienten spezifisch *psychoanalytisch*, im weitergehenden Sinn *psychotherapeutisch* oder *psychiatrisch* behandelt werden. Vielmehr soll vor dem Hintergrund einer langjähriger Praxis anhand der Ergebnisse psychoanalytischer Supervisionsarbeit sowie psychoanalytischer Organisations- und Unternehmensberatung untersucht werden, in welchen Zusammenhängen psychoanalytisches Denken auf der Ebene oberärztlicher Qualitätssicherung sinnvoll und effektiv anwendbar ist.

3. Fachliche Rahmenbedingungen

Der Autor arbeitet im medizinischen Fach der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Dort gilt sowohl bei der stationären wie auch der ambulanten Intervention das betroffene Kind bzw. der betroffene Jugendliche als Indexpatient. Die klinischen Interventionen stehen dabei in einem weitreichenden und komplexen Beziehungs- und Hilfekontext mit sich wechselseitig beeinflussenden Interdependenzen. In diesem Feld unterschiedlicher Beziehungen und Bezüge ist die ganze Familie in ihrer vielschichtigen Problematik als Primärgruppe betroffen. Daneben sind schulische Belange, die bisherigen oder künftigen Peer-Gruppen, aber auch Helfersysteme außerhalb der Medizin, insbesondere die Jugendhilfe in die Interventionsplanung einzubeziehen.

Umso verständlicher wird, dass sog. systemisches Denken gerade in diesem Fach besonderen Anklang findet. Im stationären Alltag müssen komplexe soziale Rahmenbedingungen »gemanagt« werden, um im psychosozialen Feld handlungsfähig zu bleiben. Hierfür ist ein multiprofessionelles Vorgehen im inhaltlich heterarchischen Team in Gestalt einer funktionsfähigen Arbeitsgruppe essentiell. Oberärztliche Tätigkeit bedeutet unter dem Aspekt der hierarchischen Verantwortung einerseits Leitungs- und Führungsaufgabe, insbesondere aber interne Supervisionstätigkeit. »Systemkompetenz«

erscheint dabei als wesentliche Leitungsvoraussetzung (MANTEUFEL & SCHIEPEK 1997- siehe Tabelle 2 im Anhang). Das situationsspezifische Management von »Grenzen« auf unterschiedlichen Ebenen der Organisation ist inhaltlich die vorrangigste Aufgabe. Hierbei werden Probleme des Umgangs mit inhaltlich heterarchischen Organisationsbedingungen und tiefenstrukturellen Gruppenprozessen im Behandlungsteam aufgeworfen.

Organisationsdynamisch erscheint von Bedeutung, dass hierarchische, vertikale Arbeitsgruppen schnell und zielbewusst handeln können. Horizontale, heterarchische oder egalitäre Gruppen arbeiten dagegen schwerfälliger und langsamer, können dabei aber aufgrund ihrer nach innen offenen Struktur kreativer sein. Je nach Zielsetzung sollten Arbeitsgruppen diese unterschiedlichen Funktionszustände aktivieren oder deaktivieren können (vgl. BECKER, 1995).

JANSSEN (1989) betont, dass Klinikbehandlung immer die Behandlung eines Patienten in einer Gruppe, also Gruppenbehandlung durch eine Gruppe beteiligter Personen - Ärzten, Therapeuten, Pflegepersonal - ist, woraus sich das Paradigma der Teambehandlung im Krankenhaus notwendigerweise ergebe. GROSSMANN (1995) entwarf das Bild des Krankenhauses als einer lernenden Organisation. Dort werden traditionelle hierarchische Organisationsstrukturen abgelöst durch beteiligungsorientierte Arbeit mit systematischer Verknüpfung der Berufsgruppen. Durch ein solches heterarchisches Vorgehen können Ressourcen und Fähigkeiten der Mitarbeiter effektiver genutzt werden.

4. Psychoanalytische Aspekte in der Institution

Oberärztlichen Tätigkeit berührt unter Aspekten einer psychoanalytischen Institutionsanalyse fünf unterschiedliche Ebenen:

1. die primäre Aufgabe der Organisation bzw. Institution
2. die organisationsdynamischen Aspekte im engeren Sinn
3. die Gruppenprozesse in den Behandlungsteams
4. die Leitungsaufgaben im engeren Sinn
5. die Aspekte der internen oberärztlichen versus der externen Supervision

4.1. Die primäre Aufgabe der Organisation

Aus der Sicht psychoanalytischer Organisationsberatung hat eine Organisation eine primäre Aufgabe (ROBERTS, 1994), die im eigentlichen Sinn ihre »Daseinsberechtigung« darstellt. Allgemein wird die primäre Aufgabe des psychiatrischen Krankenhauses in der medizinischen Versorgung psychiatrisch Kranker gesehen. In der Tiefendimension geht es hierbei jedoch nur bedingt um die medizinische Behandlung einer Störung. Vielmehr hat der psychiatrische Patient außerhalb der Institution ein im weiteren Sinn grenzüberschreitendes Verhalten geboten. Dieses grenzüberschreitende Verhalten soll durch die Institution transformiert werden. Für die Dauer des Aufenthalts in der Klinik wird ein »Containment« des rahmensprengenden, d.h. krankhaften Verhaltens geboten. Wenn die Grenze der Organisation auf dem Weg der Entlassung aus der Klinik nach Außen hin wieder überschritten wird, sollte das krankhafte und rahmenverletzende Verhalten soweit verändert worden sein, dass auch außerhalb der Organisation tragfähig die jeweiligen Grenzen eingehalten werden können.

Zusätzlich zur primären Aufgabe hat das psychiatrische Krankenhaus sekundäre Aufgaben gegenüber seinen Mitarbeitern. Diese Aufgaben bestehen insbesondere darin, die Mitarbeiter zur Bewältigung der primären Aufgabe zu befähigen, aber auch, ihnen soziale Sicherheit, emotionalen Rückhalt und berufliche Qualifikation zu bieten. Zwischen primärer Aufgabe und Aufgaben anderer Natur sollte ein natürliches Oszillieren bestehen. Unter ungünstigen Bedingungen beachtet die Organisation die Belange der Mitarbeiter zu wenig, oder sie regrediert in den Selbstzweck der Aufgabenerfüllung primär für die Mitarbeiter.

4.2. Organisationsdynamische Aspekte im engeren Sinn

Die Klinik kann phänomenologisch beschrieben werden als ein offenes System (Roberts, 1994), welches Patienten aufnimmt, um über einen Transformationsprozess eine gewünschte Veränderung zu erreichen. Aus systemischer Sicht wird der in der primären Aufgabe enthaltene, ursprünglich gesellschaftliche »Versorgungsauftrag« innerhalb der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendpsychotherapie verändert in den von der Familie gegebenen »Behandlungsauftrag«. Hierdurch sollen ausdrücklich eigene Ressourcen der Betroffenen und ihrer Familien aktiviert werden, um den im formulierten

Auftrag durch die Eltern bzw. Patienten angestrebten Transformationsprozess zu unterstützen oder überhaupt erst möglich zu machen.

Die Klinik stellt damit ein offenes System dar, in welchem über eine Aktivierung von Fähigkeiten sowohl bei den Patienten als auch deren Bezugssystemen eine Transformation stattfinden soll. Dabei hat sich die Klinik im Außenverhältnis stets mit Grenzen auseinander zu setzen, die formaler, d.h. letztlich juristischer, insbesondere aber auch inhaltlicher, d.h. fachlicher Natur sind.

Mit der Klinikaufnahme des Patienten wird die Grenze zur Institution nach Innen überschritten. Die Aufgabe der angestrebten Transformation muss die fachlichen Grenzen der Institution im Rahmen der »Aufnahmeindikation« und der hierbei berührten Aspekte der Akuität und Komorbidität beachten. Innerhalb des angestrebten Transformationsprozesses sind jeweils inhaltliche Grenzen im Sinne der Kompetenz der einzelnen Mitarbeiter, der befassten Teams und der jeweiligen internen kommunikativen Strukturen zu beachten. Bei Beendigung des klinischen »Transformationsprozesses«, also der Entlassung aus der stationären Behandlung, ist als »Grenze« der Übergang in andere Hilffsysteme, wie der ambulanten Weiterversorgung bzw. der Jugendhilfe zu modellieren.

Diese Überlegungen betreffen die Phänomenologie des Krankenhauses auf einer von außen zu beschreibenden Sichtweise. Daneben sind spezifische psychodynamische Aspekte der patientenbezogenen Arbeit zu beachten. HELTZEL (1994) betont, dass hierbei der spezifisch psychoanalytische Beitrag zur psychiatrischen Arbeit integrativer Natur sein kann.

Oberärztliche Führung stellt den Garanten dar für die Integrität des Teams durch Einhaltung von Grenzen, durch Konfliktbegrenzung und Aufrechterhaltung der therapeutischen Zielsetzung (JANSSEN, 1989). Über das »sorgsame Beachten und Handhaben der eigenen Grenzen und Möglichkeiten eines Teams, was affektive Belastbarkeit, zeitliche, rahmenbezogene und organisatorische Grenzen betrifft«, wird »Vertrauen und Sicherheit« in die eigenen Fähigkeiten zur Bewältigung der zu leistenden Aufgabe geschaffen (SCHMIDT, 1990). Über eine fokale Führung können Konfliktbereiche herausgearbeitet und ein Realitätsbezug hergestellt werden. JANSSEN (1989) meint, auf dem Weg einer Übertragungsbeziehung auf den Leiter im Sinne einer Identifikation würden Mitglieder des Teams selbst in die Lage versetzt, »Führung« auszuüben.

4.3. Gruppenprozesse im Behandlungsteam

Eine wesentliche Voraussetzung einer erfolgreichen Behandlung psychisch erkrankter Menschen ist die »kognitiv und affektiv offene und zuverlässige Zusammenarbeit in der Arbeitsgruppe der Behandler, d.h. aller Teammitglieder« (SCHMIDT, 1990).

Bei der Bewältigung der jeweiligen Arbeitsaufgaben ist zu beachten, dass nur dann, wenn vorhandene spezifische Grenzen ausreichend beachtet werden, die jeweilige Arbeitsgruppenhaltung aufrecht erhalten werden kann. Das Team als Behandler (KISKER, 1988) muss Aspekte der Verantwortung, der Beteiligung, aber auch des Abstands und der professionellen Haltung beachten. Aufgrund gruppenspezifischer Phänomene, die von einzelnen Beteiligten jeweils spezifisch moduliert werden können, hat die Institution die Tendenz, aus einer Arbeitsgruppenhaltung herauszufallen. Es entstehen dann regressive Prozesse mit erheblich arbeitsstörendem Charakter, welche die Funktionsfähigkeit der Organisation und die Bewältigung der primären Aufgabe in Frage stellen können. So neigen Arbeitsgruppen dazu, in Abhängigkeitshaltungen, Kampf-Flucht-Haltungen oder unrealistische Erwartungen bzw. Paarbildungen (BION, 1961) zu geraten. Während die funktionsfähige Arbeitsgruppe als Grundhaltung eine an Fakten und fachlichen Tatsachen orientierte Haltung einnimmt, orientieren sich regressive Gruppen nicht mehr am eigentlichen Arbeitsauftrag. Sie stabilisieren sich z.B. über die Benennung eines »Feindes«, durch interne Zusammenschlüsse, durch unrealistische Abhängigkeiten oder die Abhängigkeit von einer Leitungsfigur. Vorhandene Fachlichkeit kann dann häufig auf der Ebene der Teamzusammenarbeit nicht ausreichend genutzt werden, so dass die von der Interaktion des multiprofessionellen Teams abhängigen Arbeitsergebnisse verschlechtert werden.

Die Abwendung der spezifischen Gefährdungen der Arbeitsfähigkeit von Behandlungsteams obliegt letztlich der Leitungskompetenz, d.h. der pflegerischen Stationsleitung sowie der ärztlichen und oberärztlichen Leitung der jeweiligen Station. Bei vorrangig hierarchischer Leitung, welche von den Mitgliedern der Arbeitsgruppe ein technisches »Funktionieren« erwartet, werden Störungen der Arbeitsfähigkeit nicht frühzeitig benannt. Vielmehr werden diese erst an ihren Auswirkungen, namentlich der eingeschränkten Arbeitsfähigkeit, schlechten Behandlungsergebnissen und sich einstellender Krisen erkennbar.

Leitungskompetenz bedeutet somit in den genannten Zusammenhängen immer auch ein heterarchisches Management von fachlichen und inhaltlichen Grenzen unter Anerkennung der jeweiligen Professionalität. Durch Wertschätzung der Arbeit, insbesondere der hierarchisch untergeordneten Professionen, wird deren Arbeitshaltung gefördert, was wiederum die Funktionsfähigkeit des Gesamtteams stärkt.

4.4. Leitungsaufgaben

Leitungsaufgaben auf oberärztlicher Ebene werden bestimmt durch die Frage der Autorität von unten im Sinne der Anerkennung der Autorität. Ebenso stellt die Autorität von Innen als Fähigkeit, selbst Autorität auszufüllen, eine Aufgabe der Leitung dar (OBHOLZER, 1994). Je klarer in einem Team ein Konsens über die Notwendigkeit von Leitung besteht, »umso mehr hat das Team Autonomie und Spielraum für Optimierung, Initiative, Antizipation und Differenzierung in seiner Behandlungspraxis« (SCHMIDT, 1990).

Daneben ist die Problematik der Frage nach »Macht« zu beachten, d.h. der Möglichkeit, Entscheidungen tatsächlich durchzusetzen. Oberärztliche Leitung kann nur dann tragfähig werden, wenn ihr auch »von oben«, d.h. von der übergeordneten Leitungsebene, Kompetenz übertragen und Entscheidungsautorität zugebilligt wird.

Autorität »von unten« wird sich dann einstellen, wenn sich oberärztliche Leitung nicht vorrangig hierarchisch aus der übergeordneten Stellung heraus »vollzieht«. Vielmehr wird durch die kontinuierliche Einbeziehung der Fachlichkeit der Mitarbeiter und des Teams die notwendige Arbeitsgruppenhaltung hergestellt, welche sich auf die zu bewältigende Aufgabe zentriert.

Die oberärztliche Leitungsaufgabe besteht demnach im modellierenden Abgleich der spezifischen Grenzen der eigenen Institution auf der einen Seite und auf der anderen Seite in der wünschenswerten und angezeigten medizinisch-psychiatrischen Behandlung bei gleichzeitiger hierarchischer Verantwortungsübernahme. Die »Sicherung der Grenzen« (STAATS, LEICHSENRING, KÖNIG, 1995) bedeutet, Einschränkungen und Begrenzungen nicht zu verleugnen und auf diesem Weg Ohnmachtgefühle auf den unterschiedlichen Ebenen der Organisation zu verhindern. Gleichzeitig wird bei »gesicherten Grenzen« die Toleranz für Ambivalenzen erhöht und der wahrgenommene Realitätsrahmen komplexer. Über die »Sicherung der

Grenzen« stellt sich ohne Anwendung einer durch hierarchische Strukturen vorgegebenen Machtposition eine akzeptierte und dabei funktionsfähige Führung und Leitung der Mitarbeiter ein.

Oberärztliche Funktion bedeutet in einem sehr komplexen Gefüge immer wieder »Kunst des Übersetzens und Kunst der Unterscheidung« (SCHMIDT, 1990) unterschiedlicher Beiträge. Sie verlangt »Anschlussfähigkeit« an fremde Systeme (LUHMANN, 1984). Hierbei kommen den kommunikativen, kooperativen und interaktionellen Fähigkeiten eine wesentliche Bedeutung zu. Besonders bedeutsam sind dabei die Regulation von Abweichungen und die Steuerung des Wechsels von Normalabläufen zur Krisenregulation (vgl. GIESECKE & RAPPE-GIESECKE, 1997).

4.5. Aspekte der internen oberärztlichen versus der externen Supervision

Supervisionsmodelle favorisieren immer wieder unkritisch eine externe Supervision, um psychodynamische Aspekte des Teams außerhalb hierarchischer Gesichtspunkte bearbeiten zu können. Es wird angeführt, dass durch die Weisungs- und Kontrollaufgaben des Oberarztes die offene Auseinandersetzung mit dem Patienten verhindert würde (KÜCHENHOFF, 1996). PÜHL (1998) erwähnt, dass in der Anfangszeit der Supervisionsbewegung Team und Leitung dichotom gesehen wurden. Ab Ende der 90er Jahre hingegen werden Team und Leitung als dialektische Einheit betrachtet. PÜHL selbst spricht sich positiv über seine Stellung als interner Supervisor einer Organisation aus und betont dabei, dass er diese Funktion durchaus vor einigen Jahren noch vehement bekämpft hätte. Interne Supervision erfährt zwischenzeitlich deutlich mehr Wertschätzung (MÜNCH, 1997). Teamdynamische Probleme, d.h. unterschwellige Konflikte unter den Mitarbeitern, lassen sich sicherlich durch externe Supervision besser lösen, da hierdurch persönliche Verstrickungen in die eigene Geschichte offener angesprochen werden können (BARTHE, 1985). Interne Supervision, die keine gezielte Förderung des Selbsterfahrungsanteils Einzelner anstrebt, ist jedoch laut VOLLMOELLER (1998) unter Leitung des Fachvorgesetzten und damit des Oberarztes grundsätzlich sinnvoll. Hierbei muss aber unterschieden werden zwischen Aspekten der szenischen Darstellung der Konflikte des Patienten im Rahmen der therapeutischen Beziehung und Konflikten aus der beruflichen und privaten Sozialisation der Teammitglieder im Sinne einer Selbsterfahrung (BECKER, 1991). Supervision als angewandte Psychoanalyse wird dabei umso

weniger der Gefahr ausgesetzt sein, in Selbsterfahrung abzugleiten, je patientenzentrierter sie bleibt.

Interne oberärztliche Supervision sollte unter dem Aspekt der fallbezogenen Teamdynamik im Sinn einer modifizierten Balintgruppenarbeit (PÜHL, 1998) diagnostisch und therapeutisch prozess- und ergebnissichernde Aufgaben innehaben. Für gewöhnlich spiegelt die Reflexionsarbeit des Teams den Patienten komplexer und differenzierter als ein einzelner Vortragender dies vermocht hätte (HELTZEL, 1994). Das Team kann jene Aspekte des Patienten, welche der Patient intrapsychisch nicht zusammenfügen und bewahren kann, benennen, aushalten, »verdauen« und schließlich durcharbeiten (HELTZEL, 1994). Wesentlich ist hierbei, dass die Balintmethode für die fallbezogene Supervision sicher nicht ausreicht und ergänzt werden muss (RAPPE-GIESECKE, 2000). TRENKEL (1998) verweist darauf, dass in der Supervision im Gegensatz zur Balintgruppe der Leiter aktiver eingreift und eine Schrittmacherfunktion ausübt.

Oberärztliche Führung beinhaltet unter der Anwendung modifizierter und erweiterter Balintarbeit stets die Rekurrerung auf die konkrete Handlungs- und Behandlungsebene des Teams. Auf dieser Ebene werden die aus dem gemeinsamen Reflexionsprozess abgeleiteten Ergebnisse in die weiteren fachlich differenzierten Strategien übersetzt. Die oberärztliche Supervision wirkt so im Sinne einer »Lichtregie« (POLLAK, 1995). Sie beinhaltet im Gegensatz zur Balintmethode neben der gemeinsamen Kenntnis der Gesamtsituation ein punktuell sehr aktives Eingreifen bei Störungen und Bedrohungen der Arbeitsorientierung bzw. bei Ausblendungen fachlicher Aspekte. Dieses aktive Eingreifen oszilliert dabei wiederum zwischen heterarchisch orientiertem, gemeinsamen Gestalten der Szene und der hierarchischen Verantwortungsübernahme und Entscheidung.

5. Oberärztliche Supervision unter psychodynamischen Gesichtspunkten

Eine einheitliche Theorie von »Supervision« fehlt. Sie wird bei der beobachtbaren Methodenvielfalt wahrscheinlich genauso wenig wie in der Psychotherapie erreicht werden können (BARDÉ, 1991). Parallel hierzu werden Leitungsfunktionen in Institutionen üblicherweise methodisch nicht problematisiert (POLLAK, 1995). Unter organisations- und psychodynamischen Gesichtspunkten lassen sich mehrere unterschiedliche Ebenen oberärztlicher Supervision und Leitung definieren:

- Systematisches Einüben professionellen Handelns
- Management von Grenzen fachlicher und persönlicher Art unter
- Sicherung des Facharztstandards und der Behebung von »Störungen« bei der Behandlung
- Ebene der Führungsaufgaben mit verantwortlicher Entscheidungsbefugnis
- Patientenzentrierte Ebene mit dem Ziel tragfähiger Handlungsstrategien
- Teamorientierte Ebene unter diagnostischen und psychodynamischen Blickwinkeln mit dem Ziel Handlungskompetenz und Verbesserung des Behandlungsergebnisses

Oberärztliche Anleitung bedeutet für die Ausbildung der jüngeren Kollegen, dass diese systematisch in diagnostische wie therapeutische Handlungsstrategien eingeführt werden und über deren Anwendung ihre spezifische fachliche Qualifikation erwerben. Dabei sind strukturelle wie inhaltliche Rahmenbedingungen notwendig, wie z.B. Besprechungszeiten und Fortbildungscurricula, um individuelles Lernen und individuelle Anleitung zu ermöglichen.

Management von Grenzen bedeutet Beachtung und Sicherung der Grenzen der Institution nach Außen im Sinn des Leistungsangebots und der Leistungsfähigkeit. Innerhalb der Institution müssen Grenzen einzelner Mitarbeiter und Teams in fachlicher wie persönlicher Hinsicht erkannt und berücksichtigt werden. Bei diesem »Management von Grenzen« sollten Teamdynamiken besondere Beachtung finden. Die Sicherung des Facharztstandards ist inhaltlich dem Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung zuzuordnen. Störungen können entstehen durch von außen gestellte, nicht erfüllbare Aufträge, oder durch fehlende Beachtung interner Grenzen. Zusätzlich können Mitarbeiter in ihrer Persönlichkeit so akzentuiert sein, dass Kommunikation, Kooperation und Interaktion im Team gestört werden. Es ist denkbar, dass nach Anleitung und Überprüfung der Lernfähigkeit dieser Mitarbeiter auch Entscheidungen über deren Einsatz notwendig werden.

Auf der Ebene der Führungsaufgaben gelingt Leitung am sinnvollsten über ein Oszillieren zwischen Aspekten der verantwortlichen Entscheidung auf der einen Seite und den erweiterten Führungsaufgaben auf der anderen Seite. Erweiterte Führungsaufgaben bestehen u.a. im supervisorischen Klarifizieren und Transparentmachen. Der Fokus liegt dabei auf den Patienten und auf den spezifischen Dynamiken unter Berücksichtigung der besonderen fachlichen

Aspekte. Daneben gilt als Ziel, die eigenständige Handlungs- und Entscheidungskompetenz der Mitarbeiter im Sinn eines »Empowerments« kontinuierlich zu steigern.

Auf der patientenzentrierten Ebene des Erhebens und Sammelns vorliegender Befunde wird über die oberärztliche Supervision zunächst eine Komplexitätszunahme erreicht. Zu bedenken ist, dass je systematischer ein Team eine Fallbesprechung durchführt, umso mehr die unbewusste Dynamik verdeckt werden kann (vgl. POLLAK, 1995). Auf diesem Weg würde eine Komplexitätszunahme im Sinne einer Amplifikation durch bisher nur vorbewusste psychodynamische Aspekte verhindert werden. Über die Lichtregie des Fokussierens und Gewichtens mit anschließender Validierung und Konsensfindung im Team kann eine Erweiterung des Blickwinkels ermöglicht werden. Anschließend müssen im Sinne eines Abgleichs im Team in einem mehrfach zu durchlaufenden Regelkreis tragfähige Handlungsstrategie erarbeitet und umgesetzt werden, was vom Ergebnis einer Komplexitätsreduktion auf jetzt breiterer fachlicher Basis entspricht.

Auf der teamorientierten Ebene der patientenzentrierten Gruppenprozesse stellt die Fachkonferenz unter tiefenpsychologischen Aspekten Kernstück oberärztlicher Supervision dar. In Gestalt einer modifizierten Balintgruppentechnik können so multiprofessionell objektive, aber insbesondere auch subjektive Befunde und Wahrnehmungen auf unterschiedlichen Dimensionen gesammelt, gesichtet, gewichtet und zusammengeführt werden. Beleuchtet werden dabei die verschiedenen Ebenen der individuellen Patientendynamik, der familiären Dynamik, der Dynamik des Behandlungsteams und der Dynamik im Außenverhältnis der Institution.

6. Gegenübertragung und Gegenübertragungsanalyse im therapeutischen Team

Der Begriff der Gegenübertragung hat als Konzept seine eigene Geschichte (vgl. HINSHELWOOD, 1989). Gegenübertragung kann verstanden werden als Gesamtheit aller emotionalen Reaktionen auf einen Patienten, was auch die privaten bzw. »neurotischen« Emotionen auf der Behandlerenebene mit einbezieht. Ein enger gefasstes Konzept lenkt die Aufmerksamkeit auf jene Emotionen, die in spezifischer Weise durch den Patienten auf der Therapeutenebene hervorgerufen werden. Aufgrund ihres patienten-spezifischen Charakters könne sie zu einem präzisen Instrument der Erforschung des

Patienten werden. In der Praxis spielen Phänomene der projektiven Identifizierung mit der Gefahr von Verwicklungen und Gegenidentifizierungen nicht selten eine komplexe Rolle.

Insgesamt sind Gegenübertragungsphänomene in Behandlungsteams ubiquitär und beeinflussen sowohl Prozesse im Team selbst wie die Beziehung des Teams und seiner Mitglieder zum Patienten (JANSSEN, 1989; GILL, 1982). Klinisch treten sie bei problematischen Patienten und in besonderem Maß bei persönlichkeitsgestörten Patienten mit Borderline-Funktionsniveau auf. Die Arbeit an der Erfassung der komplexen Übertragungsgestalt stellt bei psychotherapeutischen und sozialpsychiatrisch ausgerichteten Behandlungen ein Kernstück der Behandlungskonzeption dar (JANSSEN, 1989). Aus der klinischen Erfahrung heraus müssen Überlegungen, dass Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene in der Behandlung frühgestörter Patienten im wesentlichen an mangelnder fachlicher Professionalität der Teams liegen (BOHUS & BATHRUFF 2000), bei aller Wertschätzung für verhaltenstherapeutische Ansätze und deren Wirksamkeit als zu einseitig angesehen werden. Zur Bewertung und therapeutischen Nutzung der komplexen Übertragungsgestalt ist die kognitive Beurteilung des identifikatorisch Erlebten wesentlich, um über eine Dezentrierung zur Integration in das fachliche Handeln zu kommen (vgl. BECKER, 1995).

Voraussetzung einer gelungenen Gegenübertragungsanalyse im Team ist die Arbeitsgruppenhaltung und der Wunsch des Teams nach bestmöglicher Arbeit. Parallel hierzu muss eine grundsätzlichen Offenheit gegenüber psychodynamischen Aspekten auch unter jeweiliger Einbeziehung der eigenen Person bestehen. Dies bedeutet, dass die Mitglieder des Teams und das Team selbst eine ausreichende Ambivalenz- und Ambiguitätstoleranz besitzen müssen. Daneben bedarf es hoher ethischer Standards und der Akzeptanz der jeweiligen persönlichen Grenzen, um nicht ungewollt die Grenze zur Selbsterfahrung zu überschreiten. Voraussetzung hierfür ist wiederum ein ausreichendes Containment innerhalb des Teams selbst, um auch die persönlichen Verstrickungen mittragen und auflösen zu können. Daneben muss das Team eine ausreichende Unterstützung durch die ärztliche und oberärztliche Leitungsebene erfahren, indem Grenzen nach außen eingehalten und gesichert werden.

Gegenübertragungsanalyse im Team ist dabei nicht die Analyse der individuellen Dynamik des einzelnen Teammitglieds, d.h. dessen neurotischer Dynamik auf der interpersonellen Ebene. Vielmehr geht es um die Auflösung

der möglicherweise vorhandenen individuellen Dynamik bzw. der vorliegenden Teamdynamik unter Wahrung der patientenbezogenen Arbeitsgruppenhaltung. Eine Auflösung vorhandener emotionaler Verstrickungen gelingt durch Benennen der vorhandenen Emotionen bei gleichzeitiger Analyse der Situation des Patienten und der Prüfung, inwiefern die bei den Teammitgliedern vorliegende Gegenübertragung mit der Situation des Patienten in Übereinstimmung gebracht werden kann. Die konkrete Auflösung der Gegenübertragung geschieht durch Benennung und Akzeptanz des Phänomens und dessen kognitiver wie emotionaler Einordnung, z.B. als projektive Identifikation, mit nachfolgender Umsetzung in konkrete weitere Behandlungsschritte. Diese dürfen nicht lediglich eine Reaktion auf vorhandenen Phänomene sein, sondern müssen eine psychodynamisch begründete Handlungsregie darstellen.

Klinisch wird die Übernahme spezifischer Aspekte des Patienten durch Teammitglieder im Sinn der projektiven Identifikation regelmäßig beobachtet und kann hilfreich sein, das innere Bild des Patienten zu vervollständigen und sein Verstehen im Sinne eines Containments zu fördern. Werden hingegen entsprechende Phänomene verleugnet, wird die teaminterne Dynamik flach, Lebendigkeit geht verloren und das Interesse an psychodynamischen Aspekten schwindet. Durch die Hintertür kommen die entsprechenden Aspekte dann aber mittels Spaltungsprozessen im Team oder aber unglücklicher pädagogischer Interventionen zum Tragen, was zu konkreten Eskalationen führen kann.

Die Gegenübertragungsanalyse selbst kann durch das Team, den Stationsarzt oder den Oberarzt geleistet werden, solange ein patientenbezogenes Arbeiten möglich ist. Eine externe Supervision wird notwendig, wenn Teaminterne Dynamiken eine deutlichere Rolle spielen. Hierzu gehören Spaltungsmechanismen jenseits der Toleranzschwelle der Arbeitsgruppenhaltung oder zu starke persönliche Betroffenheit aufgrund Vermengungen mit der jeweils eigenen Geschichte. Unter solchermaßen besonderen Bedingungen muss ein Containment für den einzelnen Mitarbeiter hergestellt werden, was unter den hierarchischen Aspekten wie z.B. der oberärztlichen Leitung nur eingeschränkt möglich ist.

Wesentlich ist jeweils, dass eine »identitätserhaltende Teamarbeit« (JANSSEN, 1989) möglich wird, über ein Verständnis für sich selbst als einem Teilbereich des therapeutischen Prozesses beim Patienten.

7. Forderungen und Wünsche an die oberärztliche Qualifikation

Im angelsächsischen Sprachraum werden Oberärzte als »Consultants«, also in freier Übersetzer »Berater« bezeichnet. Über Beratung soll fachliches Know-how eingebracht, bisher Unverbundenes zusammengefügt und Identität erhalten werden. Know-how beinhaltet in diesem Zusammenhang fundiertes fachärztliches Wissen. Daneben bedeutet Know-how Erfahrung und Fähigkeit im Umgang mit der Psychodynamik professioneller Beziehungen und der sich ergebenden spezifischen institutionellen Dynamik. Darüber hinaus sollten einerseits über die Art und Weise des oberärztlichen Verstehens, andererseits mittels der spezifischen Organisation und Delegation von Aufgaben Arbeitsbedingungen geschaffen werden, welche die Ressourcen der Klinik und ihrer Mitarbeiter bestmöglich nutzen.

Als Anleiter wie Lehrer hat der Oberarzt jenes Lernen zu fördern, welches eine Verbindung von Reflexion und Erleben ermöglicht. Dabei sollen fachliche Standards vermittelt und neben den idealtypischen Fällen Regeln zur Steuerung von Störungen entworfen und vermittelt werden. Letzteres gelingt am günstigsten mittels Anleitung zum Perspektivenwechsel und zur Selbstregulation der Teams. Neben systemischen Kompetenzen und einem gerüttelt Maß an Kreativität und Erfindungsgabe sind hierbei - der persönlichen Erfahrung nach - psychoanalytisch fundierte Vorgehensweisen am wirkungsvollsten, um Teams arbeits- und handlungsfähig zu machen.

Aspects of senior physicians' leadership and supervision based on psychoanalytic thinking and organizational dynamics

Ulrich Rütth, München

Psychodynamic consultancy service to institutions has been efficient in multiple aspects (LAZAR, 1998; LOHMER, 2000; OBHOLZER & ROBERTS 1994; Rice 1963, 1965). In this paper senior physicians' leadership in clinical psychiatric work is being discussed on the background of the Tavistock model of consultancy to institutions.

On the part of the institution great importance lies on its organizational framework, to be described by dynamic aspects such as co-operation, communication and interaction within the institution (GIESECKE 1998). To

assure the quality of work senior physicians have the task to consult, to guide and to control (GIESECKE & RAPPE-GIESECKE 1997). How can a psychoanalytic approach strengthen the effects of leadership and improve results of clinical work?

Framework of leadership

On one hand leadership is based on systemic competence (MANTEUFEL & SCHIEPEK 1997) which includes especially the ability to take into consideration social structures and circumstances;

- a) the emotional dimensions of work;
- b) the management of complex and multifold social situations;
- c) the support of self-organisation in teams;
- d) the reduction of complexity by surveillance of helping to deal with open situations in a concrete way;

Management of external and internal limits or »boundaries« is essential. Concerning leadership it is important to observe that hierarchic groups are able to work more quickly and task orientated, whereas heterarchic groups work more slowly but more creatively, which in turn shows the need to either activate or deactivate the status of a team as necessity dictates (BECKER, 1995). Psychotherapeutic or psychiatric care within an institution can be viewed as treatment of a patient as member of a group (of patients), that is group treatment by another group, the staff or working team (JANSSEN, 1989).

Psychoanalytic aspects of the institution

Senior physicians' leadership affects five different levels worked out by psychoanalytic analysis of institutions.

1.) *The primary task* (ROBERTS, 1994) of the psychiatric institution is defined by the containment of behaviour (the patient's) that violates limits or »boundaries« which are defined as mental sanity. During treatment within the clinic the institution grants containment of such behaviour, that is the provision of stable boundaries. On discharge the particular behaviour should be transformed in such a way that the patient will go conform to the limits and boundaries outside the institution.

A *secondary task* of the institution lies - among other things - in the empowerment of the staff to do their job well. That means, that any organization has to oscillate between primary and secondary tasks.

2.) Senior physicians' leadership has to secure boundaries within the institution, which means e.g. keeping the team integrated, keeping an eye on emotional tensions and focusing on conflict solving. In some respect identification with the group leader is normal, it helps the team in achieving selforganisation (JANSSEN, 1989).

3.) Concerning group processes we have to observe the tendency of the team not to work as a work group, but as a so-called basic assumption group (BION, 1961). Basic assumption groups

- can be *dependent*, for example in an unrealistic way on a leader
- can work as a *fight-flight* group, for example by pinpointing an enemy outside of the group, or
- show *pairing* activities among members of the group, which don't involve realistic tasks.

In basic assumption groups knowledge and experience are often left aside and therefore unused, so that results get worse. In order to avoid the team's regression to a basic assumption group, leadership of a senior physician and the ward's leading nurse are necessary. We need to remember that in hierarchic leadership there is a natural tendency to expect the staff to be operating in a task oriented and not in an emotional way. In hierarchic relations tensions are not talked about in an open and direct manner when they first arise, and restrained working abilities are often not recognised until the results get worse or a crisis is apparent. Therefore good leadership should always practice a »heterarchic« management of limits (STAATS, LEICHSENRING, KÖNIG, 1995) within the institution as well as for the individual, considering staff members as equal partners.

4.) Aspects of authority as pertaining to the leader and his or her co-workers and/or subordinates should be considered (OBHOLZER, 1994). Being powerful means to have the ability to take decisions within the group as well as outside of it. Which in turn means that no personal fear is hindering the taking of a

decision, and that furthermore, there is the capability to have decisions executed within the institution. For this purpose, a special ability to co-operate and to manage a crisis is often necessary in leadership.

5.) Internal psychodynamic supervision has been discussed as being difficult until recently, because any Senior Doctor inside the institution has the obligation to direct and control in some way or another (KÜCHENHOFF, 1996). External supervision should be preferred when personal problems of the staff members are to be talked about openly because team dynamics cannot be dissolved in another way (BARTHE, 1985). Internal supervision leaving aside such aspects of personal »self experience« can be helpful when it is centred on the patient (VOLLMOELLER, 1998). It should be done as a modified Balint Group work with a leader more actively involved (PÜHL, 1998). Discussing internal supervision it has to be stressed that any team can work put special aspects of a psychodynamic problem more efficiently than one single person.

Supervision by the senior doctor from inside the institution

A consistent theory of supervision is still missing, and as methods are different like in psychotherapy, a homogenous standard will probably not be achieved anyway (BARDÉ, 1991). Furthermore leadership in medical institutions is usually not argued (POLLAK, 1995). Supervision by the training senior doctor can take place on different levels each concerning dynamic and organizational structures:

- a) Training newcomers to guide them into full professionalism. There is a need for curricula as well as time for discussion so that individual learning can take place.
- b) Managing limits and »boundaries« by assuring medical standards and by passing away disorder and obstructions. That means that unresolvable charges should not be accepted. Staff members should be assured in their ability to communicate, co-operate and interact. Under special circumstances decisions have to be taken whether a staff member fits the jobs or should take over another task.
- c) Leadership in itself, which means taking responsibility for decisions made, including the authority and power to make things work.

- d) Patient orientation by empowering the team to work out strategies of treatment and to continue treatment in a concrete way. Patient orientation includes collecting findings which leads to more complexity and might - on the first hand - effect some kind of disorder. We should recognise that any form of systematic approach like in a common case conference will make unconscious aspects more concealed (POLLAK, 1995). Therefore there is a need for working out perceptions and findings which are in a way subjective but will add to the knowledge of what is going on with and within the patient. By focusing and working out a valid consent of different findings, complexity can be reduced consequently, but then on a higher level of professional understanding.
- e) Team orientation, which means focusing diagnostic and psychodynamic aspects in the team, might there be special aspects of counter-transference, important to diagnosis and treatment, might there be some disturbance within the work-team for whatever reason.

Transference and counter-transference in the team

Counter-transference as a concept has a history of its own (HINSHELWOOD, 1989). In a broader way counter-transference can be understood as the synopsis of all emotional reactions towards a patient including private or »neurotic« feelings by members of the team. Using a closer concept counter-transference signifies emotions which are induced in a specific way on the side of the staff especially by means of projective identification (see JANSSEN 1989; GILL 1982). In psychotherapeutic and psychiatric team work it is essential to work out and then to deal with these special aspects of counter-transference, concerning diagnostic as well as therapeutic issues. The supervising doctor should put emphasis on cognitive evaluation of the findings, otherwise there is some danger of disintegration to professional work (see BECKER, 1995).

To achieve an analysis of counter-transference in the team, there are, however, some essentials. The team must act as a work group and not as a basic assumption group (as mentioned above). Openness towards psychodynamic aspects including the individual member is necessary. All members as well as the whole team need to have tolerance concerning ambiguity and ambivalence. High ethical standards and acceptance of personal limits and boundaries are indispensable to avoid personal therapy or analysis of each member. All members and the team should have experienced already that limits are safely regarded and secured by the other members and the supervising doctor.

Analysis of counter-transference means that personal emotions can be traced back to the patient's problems or to problems in the team. If very subjective personal experiences have been mixed in, their influence on attitudes and reactions towards the patient can be reduced and on the long run be dissolved. Nevertheless, phenomena due to projective identification can help to complete the knowledge of the patient's inner world. On the other hand, when projective identification is denied the team will be less lively, the interest in psychodynamic aspects diminishes and interventions leading to bad results are to be met with, sometimes even casualties threaten to occur.

Given that the team is open towards psychodynamic aspects of the own work, analysis of counter-transference in the team can be done in some part by the ward's chief doctor, as long as patient orientation is pursued. It is better to see the training senior doctor or the consultant who are not precisely members of the team but those who have to secure boundaries, because they can take an outside view more easily and are less involved in counter-transference itself. External supervision is necessary when team-dynamics are obvious which lay beyond the tolerance of the work group or personal attachment gets too strong. In such cases containment for each individual member of the group is needed which might be too difficult to achieve by a senior doctor who has a position in the internal hierarchy.

Anyway, analysis of counter transference can assure the identity of the team (JANSSEN, 1989) when members can understand themselves better and as a part of the patient's therapeutic process.

What to expect from senior doctors/consultants

Senior doctors and consultants should know specific dynamics in teams and organisations so that they can teach their speciality, secure working conditions and help the members to get in touch with emotions valuable for the diagnostic and therapeutic process of the patient. Acting as a leader and a teacher the senior doctor/consultant should promote learning by a combination of reflection and experience, the latter also on emotional levels. On the long run teams should be enabled to use different perspectives, to regulate and solve problems and to responsibly make decisions on their own.

Literatur:

- Bardé, B. (1991): Supervision - Theorie, Methode und empirische Forschung. Versuch eines systematischen Überblicks. *Supervision* 19: 3-37
- Barthe, H.-J. (1985): Gruppenprozesse in der Teamsupervision -konstruktive und destruktive Effekte. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 34: 142-148
- Becker, H. (1991): Team-Supervision in der psychiatrischen Klinik. *Methoden und Praxis. Psychiatrische Praxis*, 18: 167-172
- Becker, H. (1995): Wie wirkt und was bewirkt psychoanalytische Teamsupervision. In: Becker, H., Hrsg. (1995): *Psychoanalytische Teamsupervision*. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen
- Bion, W.R. (1961): *Erfahrungen in Gruppen und andere Schriften*. Stuttgart: S. Fischer 1990
- Bohus, M.; Bathruff, H. (2000): Dialektisch Behaviorale Therapie der Borderline-Störung im stationären Setting. *Psychotherapie im Dialog*, 4: 55-66
- Giesecke, M. (1988): Die Untersuchung institutioneller Kommunikation. *Perspektiven einer systemischen Methodik und Methodologie. Studien zur Sozialwissenschaft Band 78*. Westdeutscher Verlag, Opladen
- Giesecke, M.; Rappe-Giesecke, K. (1997): *Supervision als Medium kommunikativer Sozialforschung. Die Integration von Selbsterfahrung und distanzierter Betrachtung in der Beratung und Wissenschaft*. Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft 1105. Suhrkamp Verlag, Frankfurt a. Main
- Gill, M.M. (1982): *Analysis of Transference*. Int. University Press, New York
- Grossmann, R. (1995): Das Krankenhaus auf dem Weg zur lernenden Organisation. *Gruppendynamik*, 26: 203-222
- Heltzel, R. (1994): Der psychoanalytische Beitrag zur psychiatrischen Versorgung. Ein integrativer Ansatz. *Sozialpsychiatrische Informationen*, 24: 2-13
- Heltzel, R. (1995): Die haltende Beziehung im stationär-psychiatrischen Setting. *Sozialpsychiatrische Informationen*, 25: 30-39
- Hinshelwood, R.D. (1989): *Wörterbuch der kleinianischen Psychoanalyse*. Verlag Internationale Psychoanalyse, Stuttgart
- Janssen, P.L. (1989): Behandlung im Team aus psychoanalytischer Sicht. *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik*, 34: 325-335
- Kisker, K.P. (1988): <<Team>> - Erfahrungen mit einer problematischen therapeutischen Interaktionsfigur in der Psychiatrie. *Psychiatrische Praxis*, 15: 149-154
- Küchenhoff, J. (1996): Zur Theorie und Praxis psychodynamischer Supervision in der Psychiatrie. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 146: 25-30
- Lazar, R.A. (1998): Das Individuum, das Unbewusste und die Organisation., Ein Bion-Tavistock Modell von Beratung und Supervision von Personen und Institutionen. In: Eckes-Lapp, R.; Körner, J., Hrsg. (1998): *Psychoanalyse im sozialen Feld. Prävention - Supervision*. Psychosozial Verlag, Gießen
- Lohmer, M., Hrsg. (2000): *Psychodynamische Organisationsberatung. Konflikte und Potentiale in Veränderungsprozessen*. Klett-Cotta, Stuttgart
- Luhmann, N. (1984): *Soziale Systeme*. Frankfurt a. M.
- Manteufel, A.; Schiepek, G. (1997): Systemkompetenz als Modell klinischer Professionalität. *Kontext*, 28,1: 60-77
- Münch, K. (1997): Interne Supervision in der psychiatrischen Klinik. *Psychosozial* 20: 47-56
- Obholzer, A. (1994): Authority, power and leadership. Contributions from group relations training. In: Obholzer, A.; Roberts, V.Z., Hrsg. (1994): *The unconscious at work. Individual and organizational stress in the human services*. Routledge, London, New York
- Obholzer, A.; Roberts, V., Hrsg. (1994): *The unconscious at work. Individual and organizational stress in the human services*. Routledge, London, New York
- Pollak, T. (1995): Zur Methodik und Technik psychoanalytischer Teamsupervision. In: Becker, H., Hrsg. (1995): *Psychoanalytische Teamsupervision*. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen

- Pühl, H. (1998): Teamsupervision. Von der Subversion zur Institutionsanalyse. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Rappe-Giesecke, K. (2000): Vorwärts zu den Wurzeln - Balint-Gruppenarbeit aus kommunikationswissenschaftlicher Sicht. *Balint* 1: 36-42
- Rice, A.K. (1963): *The Enterprise and its environment*. Tavistock Publications, London
- Rice, A.K. (1965): *Learning for Leadership*. Tavistock Publications, London
- Roberts, V.Z. (1994): The organisation of work. Contributions from open system theory. In: Obholzer, A.; Roberts, V.Z., Hrsg.: *The unconscious at work. Individual and organizational stress in the human services*. Routledge, London, New York
- Schmidt, M.G. (1990): Supervision im Krankenhaus unter Einbeziehung psychoanalytisch-systemischer Gesichtspunkte. *Gruppenpsychotherapie, Gruppendynamik*, 26: 221-232
- Staats, H.; Leichsenring, F.; König, K. (1995): Ideologiebildungen auf psychiatrischen Stationen: Institutionalisierte Abwehrformen in der Teamsupervision. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 31: 120-129
- Trenkel, A. (1998): Balint-Arbeit und Supervision. In: Hennich, C.; Werner, A.; Bergmann, G. (Hrsg.) (1998): *Formen der Supervision. Supervisionskonzepte und Praxis im Klinikkontext*. VAS Verlag für Akademische Schriften, Frankfurt
- Vollmoeller, W. (1991): Zur Problematik externer Supervisionen in der Psychiatrie. *Psychiatrische Praxis* 18: 173-177
- Vollmoeller, W. (1998): Interne oder externe Teamsupervision? Die Frage nach der Leitungskompetenz der Vorgesetzten. In: Eck, D., Hrsg. (1998): *Supervision in der Psychiatrie*. Psychiatrie Verlag, Bonn

* Dr. med. Ulrich Rüth, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, seit 1993 Oberarzt, Fortbildung in psychoanalytischer Teamsupervision und Organisationsberatung, Supervisor der Bay. Landesärztekammer für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen, externer Fall- und Team-Supervisor.

address of the author:

Dr. med. Ulrich Rüth
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Oberarzt
Heckscher-Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des Bezirks Oberbayern
Deisenhofener Straße 28
D-81539 München.

e-mail: drrueth@aol.com

Anhang siehe nachfolgende Doppelseite:

Tabelle 1:
Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität im Rahmen psychodynamisch fundierter oberärztlicher
Führung und Supervision

Struktur	Prozess	Ergebnis
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hierarchie und Leitung als Grenzmanagement und nicht primär Anweisungsmanagement 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Empowerment der Mitarbeiter ▪ Kompetenzen werden jenseits von Hierarchien zur Verfügung gestellt ▪ Benennen der Grenzen als Fachlichkeit 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einhaltung der Grenzen <ul style="list-style-type: none"> - des Umfelds - der Institution - des Teams - des Patienten ▪ Schutz der beteiligten Systeme vor Überlastung → <i>strukturelles „Containment“ der Behandlung (fachlich + emotional)</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ strukturelles „Containment“ der Behandlung (fachlich + emotional) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Offenheit im Team für laterale Aspekte und Nicht- Gewusstes (Unbewusstes) ▪ Förderung von Eigenständigkeit und Widerspruch im Team ▪ Heterarchische Vorgehensweisen auf Teamebene 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kompetenzstärkung der gesamten Behandlergruppe durch Synergieeffekte → <i>Arbeitsgruppenhaltung</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Arbeitsgruppenhaltung 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Orientierung an Behandlung des Patienten ▪ Reduktion der Teamdynamik ▪ Wahrnehmungs-Fokussierung 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Handlungsorientierung des Teams → <i>Offenheit für Komplexitätserhöhung</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Offenheit für Komplexitätserhöhung 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Emotionalität benennen im Team ▪ Gegenübertragung wird sichtbar ▪ Abwehrmechanismen werden sichtbar <ul style="list-style-type: none"> - im Team - beim Patienten ▪ Offenheit von Beurteilungen und Handlungsstrategien im Sinne möglicher Vorläufigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Integration der verschiedenen Dynamiken <ul style="list-style-type: none"> - im Außenverhältnis - in der Behandlergruppe - in der Patientengruppe - intrapsychisch (beim Patienten) ▪ Validierung von diagnostischen Ergebnissen und Handlungsstrategien → <i>primäre Aufgabe kann erfüllt werden</i>

Tabelle 2:
Systemkompetenz und Leitungsvoraussetzung nach Manteufel & Schiepek (1997) aus systemischer Sicht

<p>1. Berücksichtigung von Sozialstrukturen und Kontexten</p> <ul style="list-style-type: none">- Beachtung formeller und informeller Strukturen und Regeln Delegationsfähigkeit- Klärung von Kompetenzen, Aufgaben, Aufträgen, Erwartungen- Rückmeldungen
<p>2. Umgang mit der Dimension Zeit</p> <ul style="list-style-type: none">- Eigendynamik von Systemen und Veränderungsprozessen kennen und nutzen- entkrampfter Umgang mit Unveränderbarkeit, Chronifizierung- Methoden der Musterunterbrechung bei festgefahretem Verhalten- Wechsel zwischen Aktion und Reflexion
<p>3. Umgang mit der emotionalen Dimension</p> <ul style="list-style-type: none">- Fokussieren- Nutzung vorhandener Kräfte und Energien im Sinne des Empowerments- Zugehörigkeiten erzeugen- Umgang mit emotionalen Belastungen wie Misserfolg und Konflikten
<p>4. Soziales Management</p> <ul style="list-style-type: none">- Verstehen aus Perspektivenwechsel heraus- Konfliktmanagement und Kooperationskompetenz- flexible Selbstdarstellung mit Sensibilisierung für die Aufnahmebereitschaft des Interaktionspartners- Unterstützung jeweiligen Selbstwertgefühls
<p>5. Systemförderung und Entwicklung von Selbstorganisation</p> <ul style="list-style-type: none">- Fehlerfreundlichkeit- heuristische Kompetenzen mit Informationssuche und Suchraumerweiterung- Verstärkung von Fluktuationen und Schaffen von Variationen als Voraussetzungen für Selbstorganisation
<p>6. Modellierungskompetenz</p> <ul style="list-style-type: none">- Komplexitätsreduktion- Erstellen flexibel anpassbarer Modelle- Handlungsorientierung, nicht Theorieorientierung

Die Entwicklung der Körpergrenzen in der humanstrukturellen Tanztherapie *

Gertraud Reitz, München

The results of earlier studies on humanstructural dance therapy founded by G. Ammon of the last 20 years regarding the development of body boundaries are summarized. After giving a brief overview of the development of dance therapy the author describes therapeutical parameters and the setting of her dance therapy group. She explains how dance therapy can be used as a diagnostic instrument especially for sexual disorders and for indication too. The specific features compared to other dance therapies are being explained and the similarity to the work with dreams is emphasized. Specific forms of resistance in dance therapy are being listed. (This paper has been presented on the occasion of the 30th anniversary of the Munich Training and Research institute of DAP with the title »Growing at limits«.)

Eine der wichtigsten Weiterentwicklungen in der Psychoanalyse ist die Einbeziehung des Körpers in die therapeutische Arbeit. Die vorliegende Arbeit befasst sich mit dem Tanz. Seit Urzeiten ist der Tanz für die Menschen bedeutsam: Er steht im Schnittpunkt von Kult und Heilung; im Tanz ist das Göttliche verwoben mit dem Dämonischen. Durch die Einführung dualistischer Religionen wurden Tanz, Körperlichkeit und Erotik aus den Tempeln verbannt (AMMON 1986).

Einer der letzten großen Heiler und Weisheitslehrer, der Meditation und Tanz zur Heilung einsetzte, war Pythagoras, von dem viele seiner Zeitgenossen sagten, er wäre ein Sohn Appolls gewesen. Während sich der Tanz besonders in Europa an den Fürstenhöfen zum Kunsttanz entwickelte, behielt er bei den Naturvölkern seinen religiösen und heilenden Sinn bis in die heutige Zeit. Anfang des 20. Jahrhunderts entstand mit ISADORA DUNCAN durch die Freisetzung des Körpers in ihrem Ausdruckstanz die moderne Tanztherapie. Diese Veränderung wurde vor allem durch LABAN (1879-1958) und seine Schülerin MARY WIGMAN (1886-1973) mit der Ausdruckstanzbewegung fortgesetzt. Tänzer und Tänzerin entdeckten zur Zeit des Expressionismus nach einer langen Zeit der Normierung und Formalisierung der Bewegung im klassischen Ballett den menschlichen Körper und seine »natürlichen« Bewegungsmöglichkeiten wieder. Diese revolutionäre Entwicklung im Tanz - die Suche nach dem »inneren Tanz« - hängt eng zusammen mit der

Entdeckung des Unbewussten. Zeitgleich mit der Entstehung des modernen Tanzes und der Tanztherapie fanden die Werke FREUDS, JUNGS, MORENOS und ADLERS weite Verbreitung. Während Psychoanalytiker versuchten, durch verbale Methoden das Unbewusste zu entschlüsseln, z.B. durch die Deutung der Träume, begannen Tänzer Methoden der Beobachtung und Verwendung von Bewegung zu entwickeln, um Zugang zum Unbewussten der Persönlichkeit zu finden. In den USA entstand der »modern dance«, auch »basic dance« genannt. Die Gründung der American Dance Therapy Association im Jahre 1966 unter Leitung von MARIANNE CHASE war ein bedeutender Schritt zu einem anerkannten Berufsstand. Da die Tanztherapeuten in der Regel keine Psychoanalytiker waren, mussten sie häufig in Abhängigkeit von Kliniken und Ärzte arbeiten, die der Tanztherapie den Stellenwert von Beschäftigungstherapie gaben und heute noch geben (AMMON 1986). ELAINE SIEGEL (1997), ausgebildete Tänzerin, erkannte die Notwendigkeit einer psychoanalytischen Ausbildung, die sie in New York absolvierte. Sie arbeitet heute in freier Praxis und bietet auch in Deutschland Weiterbildungsseminare in Tanztherapie an.

GÜNTER AMMON (1976) hat schon früh über die »Rolle des Körpers in der Psychoanalyse« gearbeitet und immer wieder vor der Gefahr gewarnt, die Störungen der Seele zu überschätzen und den Körper in seiner Daseinsberechtigung zu übersehen. Er sah die Aufgabe des Therapeuten auch darin, den Menschen mit seinem eigenen Körper in Beziehung zu bringen (AMMON 1984). Dementsprechend forderte er konsequenterweise, dass ein Psychotherapeut mit seinem Körper, seiner Sexualität, seinem Unbewussten, mit Übertragung und Gegenübertragung umgehen können muss und sich dem Patienten auch als reale Person zur Verfügung stellen sollte (AMMON 1975). 1984 gründete GÜNTER AMMON die erste Tanzgruppe in München, zunächst als Mitarbeitergruppe, um den Körper in die therapeutische Arbeit miteinzubeziehen. Er entwickelte die Humanstrukturelle Tanztherapie für die sog. »Unerreichten«, für Menschen, die an sehr frühen vorsprachlichen Störungen leiden, die verbal nicht geäußert werden können (AMMON 1984). Diese Störungen haben früh im Unbewussten und im Körper ihre Spuren hinterlassen, die es aufzusuchen gilt, um dort anzuknüpfen, wo Verletzungen geschehen sind und durch nachholende Entwicklung auch auf der Körperebene Heilung zu erreichen.

Die Humanstrukturelle Tanztherapie unterscheidet sich insofern von direkter Körperarbeit, wie sie z.B. von TILLMANN MOSER angewendet wird, als

dass Bewegung und Ausdruckstanz, nicht Berührung an sich im Vordergrund stehen (vgl. VON BÜLOW et al. 2000)

Die für die Tanztherapie bedeutsamen Aspekte, die sich aus dem Menschenbild der Dynamischen Psychiatrie ableiten lassen, sind folgende: die Ganzheitlichkeit des Menschen, der Mensch als ein Beziehungs- und Gruppenwesen, sein Streben nach Identität, die Bedeutung des Unbewussten sowie die Bedeutung der Sozialenergie.

Tanztherapie als Diagnostik

Tanztherapie ist Diagnostik und Therapie zugleich, denn der Tanz bietet die Möglichkeit, das mitzuteilen und zu verstehen, was der leidende Mensch verbal nicht äußern kann. Im Tanz zeigen sich frühe, vorsprachliche Anteile, sowie Defizite und Potenziale des Unbewussten. Körperliches und Psychisches kann gleichzeitig wahrgenommen werden: Wenn wir z.B. einen Menschen mit traurigem Gesichtsausdruck, gebeugter Körperhaltung und ganz in sich versunken begegnen, können wir an seinem Körperausdruck im Tanz sehen, dass er an einer Depression leidet.

Im Tanz findet ein ständiges Wechselspiel zwischen bewusst und unbewusst, Individuum und Gruppe, weiblich und männlich, gesund und krank, statt. Die Interdependenz von Körper und Seele zeigt sich beispielsweise an der Veränderung des Körperausdrucks beim Wiedererleben starker Ängste: Der Körper wird starr und unbeweglich.

Indikation

Die praktische Erfahrung zeigt, dass Menschen, die sich in therapeutische Behandlung begeben, auch unter einem gestörten Körpererleben mit einer gestörten Sexualität leiden. Dies sind Störungen, welche die Körpergrenzen betreffen, im Sinne einer Dysregulation von Innen und Außen. Die Ursachen sind frühe Defizite der Persönlichkeitsentwicklung, die meist im vorsprachlichen Bereich liegen: Defizitäre und destruktive Sozialenergie haben den Lebensraum und die Liebesfähigkeit dieser Menschen immer mehr eingeengt. Die Ausbildung der Körpergrenzen und des Körper-Ich ist an das interpersonelle Beziehungsgeflecht in der Familie gebunden (vgl. AMMON 1976, 1982). Daher werden Fehlentwicklungen in diesem Bereich besonders

im Umgang mit anderen Menschen, vor allem im sexuellen Kontakt, spürbar (vgl. WINKELMANN 2000).

Gemäß dem Menschenbild der Dynamischen Psychiatrie wird eine umfassende Entfaltung der im Menschen angelegten Potentiale angestrebt. Ausführliche anamnestiche Gespräche und Testverfahren (insbesondere der ISTA), geben Aufschluss über die Entwicklung der Humanfunktionen, die psychodynamischen und gruppodynamischen Zusammenhänge der Patienten, über ihre gesunden und kranken Anteile. Dementsprechend wird für und mit jedem Patienten ein individuelles therapeutisches Setting erarbeitet.

Nach eingehendem Studium ihrer Wirksamkeit konnten wir feststellen, dass nicht alle Patienten die Tanztherapie gleichermaßen für ihren Gesundungsprozess nutzen können. Es lassen sich - auf einem Spektrum gesehen - drei Gruppen unterscheiden. Dabei spielen weniger die Krankheitsbilder eine ausschlaggebende Rolle, sondern die Fähigkeit, in der Tanztherapie Sozialenergie anzunehmen und mit der Gruppe in einen Austausch zu treten. Allgemein lässt sich sagen, dass Menschen mit extremen Grenzverletzungen (körperliche Misshandlung, sexueller Missbrauch) zunächst an der Tanztherapie nicht teilnehmen können, da sie oft körperlich noch nicht aus der Symbiose getrennt sind und daher eine Wiedergutmachung auf Körperebene noch nicht erleben können, Gefühle von Eifersucht nicht äußern können oder über Sexualität agieren (vgl. REITZ 1999). Schwer traumatisierte Menschen brauchen häufig zunächst andere Kontaktbrücken wie z.B. die Mal-, Milieu- oder eine längere Einzeltherapie, damit sie nicht von traumatischen Inhalten überschwemmt werden. Zu einem späteren Zeitpunkt ihres therapeutischen Prozesses ist gerade für sie die Tanztherapie von existenzieller Bedeutung, da sie dort ansetzt, wo verbale Therapien nicht hinreichen, an präverbalen, frühkindlichen Erfahrungen. Aus der aktuellen Traumaforschung wissen wir, dass frühe Traumatisierungen körperlich erlebt, in den Körper eingespeichert werden und für eine sprachliche Bewältigung nicht zugänglich sind (vgl. DIEPOLD 1998, FISCHER/RIEDESSER 1999, HANTKE, L. 1999). Traumatische Erfahrungen können sogar zu physiologischen Veränderungen, auch hinsichtlich des Hormonhaushaltes, führen. So lässt sich die Sucht nach dem Adrenalin-High mancher Menschen verstehen, die sie veranlasst, nach Erfahrungen zu suchen, die denselben physiologischen Effekt haben, wie die erlebte Traumatisierung (HAAPASALO, POKELA 1999).

Setting

Die Tanzgruppe setzt sich aus Menschen verschiedenen Alters, verschiedener Herkunft und Geschlecht zusammen und stellt so ein Potenzial zur Verfügung, in dem sich Sozialenergie entwickeln kann, die der Träger für Entwicklung ist. Zu Beginn und zum Ende jeder Sitzung findet eine Meditation statt; dies fördert die Öffnung zum Unbewussten. Es tanzt immer nur ein Teilnehmer, während die Tanzgruppe zusieht, oder für den Tänzer trommelt oder summt. Mit diesem Setting wird die Beziehung des Tänzers zur Gruppe »verkörpert«. Die Gruppe übernimmt damit körperlich die Grenzen für den Einzelnen, der sich innerhalb dieses Raumes bewegen, seine Grenzen spüren, entwickeln und verändern kann. Berührungen finden durch Blicke, Worte, Empathie, d.h. durch sozialenergetischen Austausch statt. Direkte körperliche Berührung ist nicht ausgeschlossen, wird aber sehr sensibel und vorsichtig durch Gruppenmitglieder oder die Therapeutin gehandhabt.

Nach jedem Tanz spricht zuerst der Tänzer, dann bekommt er von der Therapeutin und der Gruppe v.a. positives Feedback. Das prozesshafte Geschehen des Tanzes steht im Vordergrund. Destruktive Kritik aus Eifersucht oder Rivalität soll vermieden bzw. von der Therapeutin erkannt und abgegrenzt werden, weil der Tänzer durch die Öffnung der Körpergrenzen und die Öffnung zum Unbewussten hin in diesem Moment besonders verletzlich ist.

Aufzeichnen und Ansehen der Tänze in der Gruppe

Jeder Tanz wird auf Video aufgezeichnet, damit der Tänzer die Möglichkeit hat, zu einem späteren Zeitpunkt das Erlebte in seiner Gruppentherapie auch auf verbaler Ebene zu integrieren. Auch aus diesem Grund ist die Tanztherapie immer in eine analytisch arbeitende Gruppentherapie integriert, die eine andere Zusammensetzung hat und in der alles zusammenfließt (vgl. REITZ 1986). Hier werden die aufgezeichneten Tänze gemeinsam angesehen und das in den Tanzsitzungen Erlebte besprochen. So findet ein Vergleich von Fremd- und Selbstwahrnehmung, innerer und äußerer Realität statt. Die Erfahrungen werden durch die Verbalisierung bewusst, ebenso wie dies auch bei der Arbeit mit Träumen geschieht. Übertragungsmuster können erkannt werden. Selbstverständlich ist hier besonders die Freiwilligkeit zu beachten, v.a. beim Ansehen der Tänze in der Gruppentherapie. Manchmal wird das Ansehen der

Tanzvideos als große Kränkung erlebt, weil der Tänzer von sich eine ganz andere Vorstellung hatte während des Tanzes. Dann braucht der Tänzer Unterstützung darin, seine Phantasie der Realität anzunähern oder auch umgekehrt.

Zweimal jährlich finden milieutherapeutische Tagungen statt, in die tanztherapeutische Sitzungen integriert sind. Dieses verwobene therapeutische Spektrum aus Tanz-, Einzel-, Gruppen- und Milieuthherapie mit jeweils unterschiedlichen Gruppenzusammensetzungen, bildet ein tragfähiges therapeutisches sozialenergetisches Feld. Besonders die Tanztherapie führt die Menschen in Grenzsituationen und ermöglicht auf diese Weise eine Abgrenzung der Symptomatik und eine Freisetzung des im Symptom gebundenen kreativen Potenzials. Abgrenzung und Integration stehen in einem direkten Zusammenhang: Sie regulieren - neben Aggression und Angst - den Widerstand bzw. das Maß an Sozialenergie, das zugelassen wird, um die Integration neuer Erfahrungen zu ermöglichen.

Entwicklung von Körperlichkeit und Sexualität in der Tanztherapie

Die Tanztherapie ist eine wichtige Voraussetzung für die Entwicklung der Liebesfähigkeit und der Sexualität, die neben dem Erwerb von Kontakt-, Beziehungs- und Gruppenfähigkeit und der Integration der verschiedenen Dimensionen in die Identität des Menschen, Ziel jeder Psychotherapie sein sollte: Sie erzeugt eine Öffnung zum Unbewussten, zum Anderen und zur Gruppe. Die Fähigkeit zur Nähe- und Distanzregulation, zum flexiblen Öffnen und Schließen der eigenen körperlichen, geistigen und emotionalen Grenzen, ist Grundlage von Sexualität und Liebesfähigkeit (vgl. REITZ 1988, 1996). Oft übernimmt die umgebende Tanzgruppe für den Tänzer die Funktion der Körpergrenzen. Dies ermöglicht den Patienten eine nachholende Körper-Ich-Entwicklung und damit eine Wiedergutmachung. Abgrenzung wird in der Tanztherapie konkret erlebbar, indem der Mensch Grenzerfahrungen macht, Hingabe, Vertrauen und Angst erlebt, sich zeigt und im Tanz herauszufinden lernt, welchen Abstand er von der Gruppe und vom Anderen braucht.

Zu früh entbehrter Körperkontakt führt zu schweren Defiziten. Im Tanz können diese Defizite gezeigt und auf der Körperebene in der Realität nachgeholt werden: Oft werden Blicke und Worte als Berührungen erlebt,

Liebeseindrücke können beim Ansehen der Tanzvideos gemacht, körperliche Verlässlichkeit erlebt werden. Der Tänzer kann Zuneigung und Liebe körperlich ausdrücken, die Gruppe kann als Partner erlebt werden, wie in einer Liebesbeziehung.

Im Tanz kann der Mensch seine Liebesbedürftigkeit zeigen. Er löst damit Gefühle der Zuneigung, Zärtlichkeit, von Verständnis und Liebe aus, je nach Verbundenheit mit dem Tänzer. Dieses liebevolle Angeschaut- und Angenommenwerden durch die Therapeutin und die Gruppe macht dem Einzelnen immer wieder Mut, das Risiko einer neuen Grenzsituation einzugehen, in die Angst hineinzugehen, sich in jedem Tanz auf etwas ganz Neues, Einzigartiges einzulassen, ohne zu wissen, wie es ausgeht.

Zwischen körperlicher Struktur und Ich-Entwicklung besteht eine enge Verbindung: Körperlichkeit und Sexualität sind im unbewussten Kern der Persönlichkeit verankert. Somit sind Störungen in diesem Bereich immer auch Identitätsstörungen und können nur unter Berücksichtigung dieses Aspektes behandelt werden. Eine Heilung solcher Störungen muss deshalb im Unbewussten ansetzen. Dies ermöglicht - neben der Arbeit mit Träumen - vor allem die Humanstrukturelle Tanztherapie.

Sexualtabu in der Tanztherapie

Das Grundethos aller Therapien gilt im besonderen für die Tanztherapie. Gerade hier werden starke, auch sexuelle Gefühle und Ängste aktiviert, die dann in der Gruppentherapie ihren Platz zur Durcharbeitung finden müssen, um ein Ausagieren zu vermeiden. Diese Grenzen zum Schutz des Einzelnen müssen immer wieder auch vom Therapeuten gesetzt und erklärt werden, um das Wiedererleben oder Wiederholen alter Verletzungen zu vermeiden.

Identitätsentwicklung in der Tanztherapie

Störungen im Bereich der archaischen Körper-Ich-Entwicklung sind als Identitätsstörungen zu verstehen, da Identitätsentwicklung immer auf Körperebene beginnt. Der Tanz ist ein Identitätsentwurf in die Gruppe hinein, die sich wie eine liebevolle Mutter- bzw. Vater- oder Partnerfigur verhält, sich freut und dem Einzelnen dabei hilft, sich selbst zu entdecken, kennen und

lieben zu lernen und ihn dabei unterstützt, seine Phantasien, Träume und Wünsche in die Realität umzusetzen.

Im Tanz kann sich der Tänzer ganzheitlich mit seiner eigenen Identität in der Gruppe erleben und sich Raum nehmen, um ihn mit seiner Energie zu füllen, die Energie der Gruppe zu spüren, sich austauschen in einem Prozess von Nehmen und Geben, was auch in jeder Liebesbeziehung geschieht.

Bearbeitung der destruktiven Aggression in der Tanztherapie

Die Bearbeitung destruktiver Aggression ist der Wendepunkt jeder therapeutischen Arbeit. Ist der Patient freundlich und angepasst und bleibt die destruktive Aggression verborgen, kann die Therapie nicht als abgeschlossen angesehen werden. Die Angst vor der destruktiven Aggression gilt darum als der schwierigste Widerstand in der Psychotherapie (AMMON, 1982). Die Möglichkeit der körperlichen Bewegung, die Unterstützung durch die in der Tanzgruppe entstehenden Sozialenergie, der Einsatz von Musik, Trommeln, Klatschen und der Stimme, ermöglichen schrittweise eine Befreiung von destruktiver Aggression und Schuldgefühlen (vgl. REITZ, 1999). Fr. C., die ihre Therapie abschließen möchte, schreibt dazu: »Ich glaube, dass ich ohne die Tanzarbeit nicht da angekommen wäre, wo ich heute bin.« Sie konnte ihre Wut über erlebte körperliche Grenzverletzungen insbesondere in der Tanztherapie spüren und zeigen. Dort konnte sie zum ersten Male schreien. »Danach fing ich an meinen Körper bewusst wahrzunehmen, Gefühle zu spüren und mich und meinen Körper immer mehr anzunehmen. Es war schwierig die Tänze im Video anzuschauen. Lange Zeit habe ich meine Tänze nicht mit mir in Verbindung bringen können. Es hat Jahre gedauert bis ich mich gerne ansehen konnte«. Vor Beginn der Tanztherapie konnte Frau C. die destruktive Aggression nur über destruktive Sexualität ausagieren.

Sozialenergie in der Tanztherapie

Das Phänomen der Sozialenergie (AMMON, 1982) spielt eine große Rolle in der Tanztherapie. Es ist das Ziel, durch konstruktive Sozialenergie, nachholende Entwicklung v.a. auf der Körperebene zu ermöglichen. Manchmal ist Kontakt nur über destruktive Sozialenergie möglich oder es entsteht nur defizitäre Sozialenergie, die noch schwieriger zu handhaben ist. Hier ist besonders die

Gegenübertragung ein Weg, die Gruppenspannung in der Gruppe zu erkennen. Es kann dann der Fall sein, dass zuerst gesprochen werden muss, um die Angst vor dem Unbewussten, das sich im Tanz zeigen möchte, verstehbar zu machen. Hier zeigt sich die Angst als Widerstand auf der Körperebene, die sich auch an destruktive Aggression binden kann. Schreien, stampfen und heftiges Trommeln schaffen Raum für konstruktive Sozialenergie.

Die Arbeit mit Gegenübertragung und Widerstand in der Tanztherapie

Mit der Einbeziehung des Körpers in die therapeutische Arbeit verändert sich auch der Umgang mit Übertragung und Gegenübertragung. Beide Phänomene werden stärker körperlich erlebt. Ebenso wie die Gruppe und die Tänzer wird auch die Therapeutin stärker körperlich sensibilisiert für die unbewussten Botschaften der Tänzer. So kann sich z.B. die vom Tänzer ausgedrückte Erstarrung des Körpers als Ausdruck der Angst und Ambivalenz in der Gegenübertragung der Gruppe auch als völlige Erstarrung oder aber als Abwehr durch zu heftiges Klatschen oder Trommeln äußern.

Außerdem zeigen sich besondere Formen des Widerstandes auf der Körperebene: Psychosomatische Reaktionen, sexuelles Agieren, suchtartiges Essen, körperliche Erstarrung und »Vortanzen«, bzw. ein »schön tanzen« als reproduzierte infantile Beziehungsmuster, um nur einige Beispiele zu nennen. Unter Widerstand verstehen wir alle Kräfte, die sich dem bewussten Wunsch des Patienten entgegenstellen, die sich gegen das Annehmen von Sozialenergie richten, wobei der Widerstand nach seinen konstruktiven, destruktiven und defizitären Ausprägungen unterschieden wird (AMMON, 1984). Wie in den verbalen analytischen Therapien kann der Widerstand in der Tanztherapie eine Schutzfunktion für den Patienten haben, z.B. wenn ein Tanz abgebrochen wird, weil unbewusste Körperverletzungen berührt wurden und die Gefahr einer Wiederholung besteht. Solche Widerstände müssen in der Gruppen- oder Einzeltherapie bearbeitet werden, ehe Tanzen wieder möglich ist. Alle Formen des Widerstandes sind auch ein wichtiger diagnostischer Hinweis, und schaffen Verständnis und Zugang zur Persönlichkeit des Patienten.

Wirkfaktoren der Humanstrukturellen Tanztherapie

Die Einbeziehung des Körpers führt zu einer wachsenden Sensibilisierung beim Therapeuten und der umgebenden Gruppe für das verletzte Kind im

Patienten und für den Grad seiner Schädigung und ermöglicht eine nachholende Entwicklung auf der Körperebene. Die Einbettung in die Gruppentherapie mit ihren unterschiedlichen Grenzen erfordert Entwicklung und Erweiterung der eigenen Grenzen und ermöglicht dadurch Heilung und Herstellen der Ganzheitlichkeit des Menschen. Die umgebende Gruppe mit ihrer Kraft Sozialenergie zu schaffen, bietet dem Menschen die Möglichkeit, sein Streben nach Identität, nach einem kreativen Lebensstil zu unterstützen und die im Unbewussten angelegten Potentiale zu entwickeln.

Der Umgang mit Nähe und Distanz, mit dem Öffnen und Schließen der eigenen (körperlichen) Grenzen wird in der Tanzsitzung besonders erlebbar, ebenso bietet sie ein Lernfeld für eine gesunde Regulation und körperliche Abgrenzung. Auch das reale Erfahren von sich anvertrauen, sich zeigen und dem in die Angst hineingehen, ist in der Tanztherapie möglich.

The development of physical boundaries in human structural dance therapy

Gertraud Reitz, Munich

After giving a brief overview of the development of dance therapy the author describes the therapeutical parameters of her dance therapy group. The authors' therapeutic work is based on the humanstructural dance therapy founded by GÜNTER AMMON in 1984. She shows how dance therapy can be used as a diagnostic and indication instrument, as it allows the patient to show early, preverbal personality states, deficits and potentials of the subconscious. Many patients also suffer from physical and sexual disorders, on account of early deficits in personality development: The development of body boundaries is always combined with the interpersonal network of relationships within the families. Therefore dysregulations in this area will become perceptible in social contact, especially in sexual contact. Sexual disorders are always identity disorders as well and can only be treated considering this aspect. The author found that dance therapy is not necessarily indicated for every patient. She distinguishes three groups, which pertain to the patient's ability to accept social energy and to get into an exchange with the group during the dance therapy session. In general patients who are suffering from extreme trauma and boundary violation shouldn't participate in dance therapy initially, to prevent a flooding by traumatic contents. The dance group includes

people from different sex, age and background to offer a potential for development of social energy. The specific setting of the dance therapy »embodies« the relationship between the dancer and the group. In the beginning and in the end of each session there's a meditation to open up for the subconscious. Only one group member is dancing at a time, while the dance group watches, drums or hums for the dancer. After each dance the dancer is the first one to speak and after that he or she will receive (mainly positive) feedback by the therapist and the group. Direct physical contact is not prohibited, but needs to be handled sensitively and carefully by the group members as well as the therapist. Each dance is being recorded on video tape to give the dancer the possibility to integrate his or her experience on a verbal basis. This is also the reason why dance therapy is always integrated into analytical group therapy, where the group members differ from the ones present in dance therapy. Watching the dance videos in the analytical group enables the patient to compare external and self perception, inner and outer reality. The process of the realization of the subconscious through verbalizing is similar to the working with dreams. Twice a year the therapist offers milieu-therapeutical conferences with integrated dance therapy sessions. This intertwined therapeutical spectrum of dance-, single, group- and milieu-therapy forms a stable therapeutic social energetic field. By taking people into border situations, dance therapy specially enables the demarcation of the symptoms and releases the creative potentials which are tied up with the symptoms. Demarcation and integration regulate -apart from aggression and fear-resistance, or in other words, the amount of social energy which can be received by the dancer, in order to be able to integrate new experiences. Dance therapy is an important prerequisite for the development of a capacity for love and sexuality, that should always be one of the aims of psychotherapy, by generating an opening for the subconscious towards others, towards the groupmembers. In dancing the need for love can be shown and expressed. By this the dancer will cause feelings of affection, understanding and love, depending on the attachment of the different group members to the dancer. Being looked at and being accepted tenderly by the therapist and the group encourages the individual, to enter into border situations, into his or her fears and an experience which is new and unique to each and every dance. The ethos of the sexual taboo is here even more important than in other psychotherapies since strong feelings which at times are also of a sexual nature as well as fears are being activated here, which have to be made room for, so

they can be worked through in the group therapy, so that an acting out will be avoided. These borders for the safety of each individual have to be set and explained again and again, to prevent a re-experiencing or repeating of old violations. Dance can be understood as a trying out of a new identity within the group, which acts towards like a tender mother would. The treatment of the destructive aggression is the turning point of any therapeutic work. The elements of dance therapy (physical movement, support through social energy, music, drums, clapping and singing) allow a liberation of destructive aggression and feelings of guilt step by step. Dance therapy wants to enable new development on the physical level through constructive social energy. Sometimes contact is only possible by destructive social energy or sometimes it will be only deficient social energy that develops within the group at the time, which is even more complicated to handle. In this case it can be necessary for the therapist to take the initiative to be the first one to speak, demonstrating an understanding of the fear of the subconscious, which wants to show itself in the dance. Fear is then to be interpreted as a form of resistance. There are specific forms of resistance in dance therapy, such as psychosomatic reactions, sexual acting out, addictive eating, physical paralysis, »nice dancing« as reproduced infantile relationship patterns. Transference and countertransference are being experienced more on a physical level in dance therapy. Working with the body, leads to a growing sensitivity of the therapist as well as the group, for the injured child within the patient and for the extent of his or her disorder and it facilitates a later physical development.

Literatur

- Ammon, G. (1975) Über die erforderlichen Eigenschaften des Psychoanalytikers und Probleme der Auswahl von Ausbildungskandidaten.
- (1976): Die Rolle des Körpers in der Psychoanalyse, Pinel Verlag.
 - (1982): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Band II, Pinel Verlag.
 - (1986): Humanstruktureller Tanz - Heilkunst und Selbsterfahrung. In Dynamische Psychiatrie 19: 317-342.
- von Bülow, G., Schütz, W., Schütz, B., Römisch, (2000): Humanstrukturelles Tanztheater - gruppenspezifische Selbsterfahrung und therapeutische Effekte. In Dynamische Psychiatrie 184/185.
- Diepold, B. (1998): Schwere Traumatisierungen in den ersten Lebensjahren. Folgen für die Persönlichkeitsentwicklung und Möglichkeiten psychoanalytischer Behandlung. In Endres, M. / Biermann, G. (Hrsg.), Traumatisierungen in Kindheit und Jugend. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Fischer, G., Riedesser, P. (1999): Lehrbuch der Psychotraumatologie. München: Ernst Reinhardt Verlag.

- Hantke, L. (1999): Trauma und Dissoziation. Modelle der Verarbeitung traumatischer Erfahrungen. Berlin: Wissenschaftlicher Verlag Berlin.
- Haapasalo, J., Pokela, E. (1999): Child-rearing and child abuse antecedents of criminality. *Aggressive and Violent Behavior*, Vol. 4(1): 107-127.
- Keller-Husemann, (1983):
- Reitz, G. (1986): Zur Integration des Humanstrukturellen Tanzes im gruppentherapeutischen Prozess. *Dynamische Psychiatrie* 19: 353-366
- (1988): Die Bedeutung der Humanstrukturellen Tanztherapie für die Entwicklung von Liebesfähigkeit. *Dynamische Psychiatrie* 21: 436-447
 - (1996): Humanstrukturelle Tanztherapie und die Entwicklung von Körperlichkeit und Sexualität. *Dynamische Psychiatrie* 29: 78-91.
 - (1999): Bedeutung der Humanstrukturellen Tanztherapie für die Behandlung von Borderline-Störungen. In *Dynamische Psychiatrie* 176/179: 242-251.
- Winkelmann, U. (2000): Aggression mal konstruktiv. *Ambulante Milieuthérapie in Theorie und Praxis*. Eschborn: Klotz.

* This paper has been presented on the occasion of the 30th anniversary of the Munich Training and Research institute of the DAP with the title »Growing at limits«.

adress of the author:

Dr. phil Gertraud Reitz
Arcisstraße 59
80799 München

Zur Bedeutung der Psychoanalyse für die Sozialarbeit in der Dynamischen Psychiatrie

Heinrich Kleylein, München

Psychoanalysis does not play an important role in contemporary social work. Despite this state of affairs, an integration of psychoanalytic theory could be of great value to the practice of social work. The benefits of such an integration are outlined and described in this article. These are of special importance, if social work takes place in a clinical setting. The role and practice of social work in Dynamic Psychiatry are discussed. This discussion is illustrated by some case-examples from the author's work at the Mengerschwaige Hospital in Munich.

Psychoanalyse und Sozialarbeit

Psychoanalyse spielt in der aktuellen Sozialarbeit keine zentrale Rolle. Dies hat zum Teil historische Gründe. FREUD selbst hat sich positiv zur Anwendung der Psychoanalyse außerhalb des von ihm benutzten Settings geäußert, wie beispielsweise in seinem Vorwort zu Aichhorns Sozialarbeitsklassiker »Verwahrloste Jugend« (S. FREUD in: A. AICHHORN, Hrsg. 198, S. 7). FREUD war klar, dass bei der von ihm gewünschten breiten Anwendung das klassische Setting der Psychoanalyse nicht eingehalten werden konnte, sondern mit Standardisierung, Laienanalyse und Anpassungen an die Situation der Klienten verbunden sein würde. Er selbst hat sich aber damit nicht befasst, sondern es waren seine Mitarbeiter wie RANK, ADLER, MENG und andere. ABRAHAM vertrat die Gegenposition, reklamierte Psychoanalyse als ärztliche Methode (M. SCHRÖTER 1996, S. 1152).

Die Lösung dieser wichtigen Fragen wurde in den Hintergrund gedrängt, als die Nationalsozialisten die Macht übernahmen, ihre völkischen Wertmaßstäbe etablierten und das Weimarer Fürsorgesystem als »Werteduselei« verspotteten. Fürsorger und Fürsorgerinnen mussten ihre »arische« Herkunft nachweisen. Das durch die bürgerliche Frauenbewegung geprägte Fürsorgesystem der Weimarer Republik wurde zerstört. Wer sich nicht anpasste geriet ins berufliche Abseits, jüdische SozialarbeiterInnen waren zur Emigration gezwungen, wenn sie sich nicht der Gefahr der Vernichtung aussetzen wollten. Nach Erhebungen in Preußen waren proportional mehr Juden als Nichtjuden

im sozialen Bereich tätig (J. WIELER, S. ZELLER 1995, S. 21). Damit war Deutschland von der weiteren Entwicklung sozialarbeiterischer Konzepte und im speziellen der Integration von psychoanalytischen Ansätzen abgeschnitten.

In Amerika fand eine Medizinalisierung der Psychoanalyse statt. Sie wurde zum Aufgaben- und Einkommensbereich von Ärzten entwickelt. Die pädagogischen Ansätze mit psychoanalytischen Aspekten wurden immer mehr zurückgedrängt. Damit war die nach dem Krieg in Deutschland reimportierten amerikanischen Modelle von Sozialarbeit von Psychoanalyse wenig beeinflußt (E. FEDERN 1990, S. 17). Psychoanalyse wurde in der Sozialarbeit von nun an überwiegend als ärztlich-therapeutische Methode vermittelt.

So überrascht es nicht mehr, dass in der Theoriebildung der Sozialarbeit heute Psychoanalyse unterbewertet wird, im aktuellen »Wörterbuch Soziale Arbeit« (KREFT, MIELENZ 1996) als Stichwort sogar ganz fehlt. Dabei könnte Psychoanalyse für die Sozialarbeit durchaus eine grundlegende Bedeutung haben.

FREUDS zu seiner Zeit neue Herangehensweise, die therapeutische Situation als Ort der Erkenntnis ernst zunehmen, war und ist grundlegend für die Psychoanalyse und hat Bezüge zum Praxisansatz der Sozialarbeit. »Denn es ist ja gerade das, was Psychoanalyse auszeichnet - von FREUD bis heute - dass Theorie und Praxis sich gegenseitig vermitteln, vorantreiben, kontrollieren« (W. v. HACKEWITZ 1990, S. 21) und weiter »Moderne Sozialarbeit, die über die Verwaltung von Not hinauszukommen versucht ... teilt mit der Psychoanalyse Zielsetzung und Menschenbild. Beide sind der Aufklärung verpflichtet.« (W. v. HACKEWITZ 1990, S. 23).

Eine einfache Übertragung der Psychoanalyse auf die soziale Arbeit ist jedoch nicht möglich. Dazu sind die Arbeitsbedingungen zu unterschiedlich, die Einzelberatungssituation beruht in der sozialen Arbeit in der Regel nicht auf Freiwilligkeit, ist durch institutionelle und gesetzliche Rahmenbedingungen bestimmt, es gibt einen Träger oder Auftraggeber außerhalb usw.

Wichtig ist die Bedeutung der Psychoanalyse als Metatheorie eines praxisunmittelbaren gemeinsamen Forschungsprozesses, den Klient und Helfer eingehen. »Die Matrix der juristischen, ökonomischen, klinischen etc. Bedeutungen jedes Falls muß analysiert werden. Dies führt aber nur zu praktischer Erkenntnis, wenn auch die affektiven Verstrickungen mit untersucht werden, die in diesem »Material« stecken.« (B. MÜLLER 1990, S. 37). Störungen im Hilfeprozeß können dann als Teil der psychischen Realität der Klienten erkannt und verstanden werden. Offenheit für neue Erfahrungen

ist gefragt. Dabei entstehen für den Sozialarbeiter selbst Probleme bei der Wahrnehmung, dem »Umgang mit dem Fremden« (B. MÜLLER 1990, S. 40). Die Selbstwahrnehmungsfähigkeit der SozialarbeiterInnen muß entwickelt und gepflegt werden. Auch geht es hier um die Kontrolle der guten Absichten. So entsteht ein kritisch-reflexiver Handlungsansatz, der unbewusste, soziale und gesellschaftliche Aspekte integriert.

Diese verbesserte Wahrnehmung fördert die Zusammenarbeit mit den Patienten. Die Klienten senden unbewusste Signale aus, die wahrgenommen werden müssen. Die Hilfsbedürftigkeit, der Zeitdruck, die Arbeitsstörung ist vielleicht gar nicht so groß oder kann auch anders gehandhabt werden. Die Zusammenarbeit mit den Klienten ist nicht übertragungs- und gegenübertragungsfrei. Allein die Notwendigkeit Hilfe anzunehmen, löst in vielen Fällen schon starke Gefühle aus. Solcherlei Aspekte müssen wahrgenommen werden, um eingespielte Dynamiken zu unterbrechen die eine Lösung der realen Probleme blockieren.

Wenn Sozialarbeit diese Punkte bewusst integriert, lässt sich auch das Verhältnis zu psychoanalytischer Therapie weniger formal und starr abgegrenzt bestimmen. Mit SozialarbeiterInnen kann der Klient die - auch therapeutisch wichtige - Erfahrung machen, dass Realität bewältigbar ist, ohne dass die Störungen gedeutet oder die Beziehung mit dem Patienten analysiert wird. Die psychoanalytische Behandlung ist nach wie vor Sache der dafür ausgebildeten Therapeuten. Für die Sozialarbeit ist das verbesserte gegenseitige Verstehen von Nutzen, da es hilft Probleme in ihrer unbewussten Dimension zu erkennen und aufzulösen und damit die Voraussetzung für eine Zusammenarbeit zu schaffen. Dazu ist es nicht nötig die Etiketten zu wechseln und aus dem Sozialarbeiter einen Sozialtherapeuten zu machen. Es handelt sich bei dem skizzierten psychodynamischen Ansatz des Verstehens vielmehr um eine notwendige Ergänzung der Sozialarbeit.

Sozialarbeit im multiprofessionellen Team der Klinik für Dynamische Psychiatrie

In der Klinik für Dynamische Psychiatrie findet die Sozialarbeit unter psychoanalytischen und gruppodynamischen Prämissen statt. Dynamische Psychiatrie wurzelt in der psychoanalytischen Tradition, die in ihren Weiterentwicklungen auch heute in der Arbeit ihre Bedeutung hat. Als Ausgangspunkt gilt, dass das Ziel jeder Behandlung in der Dynamischen

Psychiatrie die Entwicklung der Identität ist. Dazu steht in der Klinik ein therapeutisches Feld zur Verfügung, in welches der Patient seine Entwicklungsdefizite und Identitätsverbote hineinagieren und in der Folge konstruktiv weiterentwickeln kann.

In welcher Form man als SozialarbeiterIn an der Gestaltung dieses Feldes und am Entwicklungsprozess der Patienten beteiligt ist, wird in dem Artikel über Milieutherapie (G. AMMON, Handbuch Dynamische Psychiatrie, Band 1, 1979) klar dargestellt. Der Psychiater trägt die Verantwortung für den Behandlungsprozess des Patienten, er koordiniert die Teammitarbeiter, unter anderem auch die SozialarbeiterInnen mit ihren spezifischen Aufgaben und er hilft dem Patienten Einsicht in die Interaktions- und Übertragungsprozesse zu gewinnen. Durch das Hinzutreten der anderen Mitarbeiter, mit den unterschiedlichen Aufgaben, erweitert sich die dyadische therapeutische Situation zum therapeutischen Feld. »Aufgabe der Mitarbeiter ist es, den Realitätsaspekt der Situation gegenüber dem Patienten darzustellen und diesen in allen Bereichen seiner Lebenssituation in der Klinik insofern zu konfrontieren, als sie seinen, durch die unbewusste Übertragungsdynamik bestimmten pathologischen Erwartungen nicht entsprechen und ein unbewusstes Mitagieren in jedem Fall vermeiden. Der Patient wird ... von den Mitarbeitern von vornherein als selbstverantwortliche Person behandelt ... und das gesunde Ich wird angesprochen« (G. AMMON, 1979, S. 608-609). Somit stellt sich auch an dieser Stelle die Frage nach der Grenze zwischen Sozialarbeit und Therapie. Sie erscheint zunächst schwierig zu ziehen, da im therapeutischen Feld ein Stück Annäherung der verschiedenen Aufgabenbereiche geschieht. Durch die Arbeit mit den konstruktiven Anteilen der Patienten - unter Berücksichtigung der Übertragungsdynamik - ist der Psychiater/Therapeut stärker als im üblichen psychoanalytischen Setting mit den Realitäten befasst, während die SozialarbeiterInnen sich auch mit therapeutischen Aspekten auseinandersetzen haben.

Allgemeine Aufgaben der Sozialarbeit in der Klinik Mengerschwaige

Bei der Gestaltung des therapeutischen Feldes der Klinik Mengerschwaige haben die SozialarbeiterInnen die Aufgabe a) der Arbeit mit den Angehörigen der Patienten und b) die Arbeit mit den »Realitäten« (Arbeit, Finanzen, Wohnen, Behördenangelegenheiten, Selbstorganisation, etc.). Beides betrifft Bereiche die nicht unbedingt im Mittelpunkt der Klinikbehandlung stehen, die

aber dennoch in die therapeutische Situation hineinwirken. Parallel zur Therapie und diese unterstützend, geht es zunächst auf der konkreten Ebene darum, die Situation so geordnet zu haben, dass der Klinikaufenthalt und ein sich Einlassen auf die Therapie möglich werden. Im weiteren Verlauf des Aufenthalts geht es in Kooperation mit dem therapeutischen Team, um eine Hilfestellung bei Entwicklungs- und Veränderungsschritten und schließlich um die Abklärung und Vorbereitung der Perspektive nach der Klinikentlassung, die häufig mit realen Veränderungen der Wohnsituation, neuen Ausbildungsschritten oder Arbeitssituationen und finanziellen Fragen verbunden ist.

Dabei besteht der Auftrag der Sozialarbeit jedoch nicht nur im Fernhalten oder Abfangen von äußeren Ereignissen die den therapeutischen Prozeß stören könnten, sondern auch in der aktiven Mitgestaltung der Therapie. In der Humanstrukturologie GÜNTER AMMONS werden die sozialen Schwierigkeiten der Patienten auch als Ausdruck ihrer unbewussten, psychischen Struktur verstanden, die im psychischen Apparat eine notwendige Funktion haben und deren Veränderung mit therapeutischen Schritten Hand in Hand geht. Die bewusstseinsfähigeren Schwierigkeiten zeigen sich innerhalb des milieuthera-
peutischen Feldes und können dort aufgegriffen werden. Die psychisch nicht integrierten Schwierigkeiten werden jedoch häufig von außen herangezogen, nachdem der Patient beispielsweise durch unbewusstes Agieren in seiner Lebenswelt für Unruhe gesorgt hat. Hier ist es Aufgabe der Sozialarbeit, bei der Integration und Grenzziehung zu helfen und wenn nötig vorübergehend Hilfs-Ich-Funktionen zu übernehmen, indem wir als SozialarbeiterInnen unsere Fähigkeiten zur Wahrnehmung, der Gefühlsäußerung und des Umgangs mit den sozialen, rechtlichen, ökonomischen Realitäten der Lebenssituation zur Verfügung stellen. Die Arbeit an den realen Grenzen der Patienten hilft auch in der therapeutischen Arbeit mit den Ich-Grenzen der Patienten. Realität kann dadurch als etwas Geschaffenes und Veränderbares begriffen und nicht mehr als ein übermächtiges Geschehen erlebt werden in dem sich ein Patient hilflos ausgeliefert sieht.

Spezielle Aufgaben als KliniksozialarbeiterIn

Die Patienten können je nach Krankheitsbild und Zielsetzung zwischen zwei Wochen und sechs Monaten, im Durchschnitt sind es etwa 70 Tage, in der Klinik bleiben. In dieser Zeit sind die Patienten jeweils einem der drei

SozialarbeiterInnen fest zugeordnet. So kann sich ein gemeinsamer Arbeitsprozess entwickeln, in welchem aufbauend auf den vorhandenen Fähigkeiten, die Selbsthilfemöglichkeiten der Patienten erhalten und gefördert werden. Nur in Fällen, wo die Selbsthilfekräfte der Patienten nicht ausreichen und kritische Situationen oder ein nicht mehr korrigierbarer Schaden drohen, wird durch die SozialarbeiterInnen aktiv eingegriffen, werden Probleme für den Patienten geregelt und so lange wie die Krankheitseinschränkungen dies notwendig machen, für den Patienten bzw. in seinem Sinne gehandelt.

Während des Klinikaufenthaltes werden die Angehörigen der Patienten durch die SozialarbeiterInnen soweit wie möglich einbezogen. Um die therapeutischen Prozesse zwischen Arzt/Therapeut und Patient nicht zu komplizieren und die Grenzziehungen besser gestalten zu können, ist dies eine Aufgabe der SozialarbeiterInnen. Die Angehörigen werden zu Gesprächen eingeladen und wenn möglich ein Interview zur Krankheits- und Familiengeschichte aus Sicht der Eltern durchgeführt. Der dadurch entstandene Kontakt zwischen Angehörigen und SozialarbeiterInnen ist oft hilfreich um Fragen zu klären, die sich im Verlauf des Klinikaufenthalts eines Familienmitglieds ergeben. Die SozialarbeiterInnen sind Hauptansprechpartner für Eltern, Partner, Freunde usw., da sie nicht direkt in die Therapie involviert sind und sich so freier mit den Anliegen und Problemen der Angehörigen beschäftigen können. Die Sozialarbeit ist aber gleichzeitig auch mit ihrer hier beschriebenen Spezialaufgabe als Teil des multiprofessionellen Teams in den Therapieprozess integriert (gemeinsame Teamsitzungen, Übergaben und Fallbesprechungen) um die Integration der Probleme sicherzustellen.

Die Darstellung der Realität als eine Aufgabe der SozialarbeiterInnen im milieutherapeutischen Feld der Klinik gibt viele Anlässe zu Komplikationen, insbesondere wenn die Integrationsfähigkeit des Patienten überfordert wird oder falsche Grenzen gezogen werden. Zur Erläuterung folgen nun einige Fallbeispiele:

Beispiel 1 - »unbewusste Wünsche und Sozialhilfe«

Sozialhilfeempfänger erhalten von uns SozialarbeiterInnen in der Klinik gute Unterstützung bei der Wahrnehmung ihrer Rechte. Trotzdem sehen wir uns gelegentlich der Kritik durch den Patienten ausgesetzt, wir würden unsere Aufgaben nicht erfüllen oder auf der Seite des Sozialamtes stehen. Auslöser kann hier die Aufforderung sein, für kleine Ausgaben das Taschengeld zu

benutzen, weil die Bewilligung der Sozialhilfe fraglich und der Aufwand der Beantragung in keinem Verhältnis stehen. Hier zeigt sich, wie schnell in der Auseinandersetzung um reale Grenzen die reale Ebene verlassen werden kann und dann psychodynamische Aspekte eine vorrangige Rolle spielen und z.B. durch frühkindliche Erfahrungen, wie Vernachlässigung und daraus entstandene oft unrealistische Wünsche nach Wiedergutmachung und Verwöhnung auf solche Situationen übertragen werden.

Beispiel 2 - »Realität und Widerstand«

Eine Patientin mit Angstsymptomatik sollte aufgenommen werden. Sie zögerte aber und begründete das Zögern mit der ungeklärten Frage des Lebensunterhaltes. Nach vielen Jahren des Studiums hatte sie nach wie vor keinen Abschluss. Sie war zwar als Studentin krankenversichert, bekam aber kein Krankengeld. Für die Patientin war die Klinikaufnahme der Einstieg in die Sozialhilfe. Sozialhilfe bedeutete aber die Überprüfung, ob die Mutter für den Lebensunterhalt - zumindest teilweise - zum Unterhalt der Tochter herangezogen werden kann. Eine sachliche Information ergab, dass die Patientin über die Sozialhilferegeln gut informiert war. Schwierigkeiten bereitete das unklare Verhältnis zur Mutter und das Offenwerden der desolaten Lage der Patientin, die doch gerne der Mutter ein erfolgreiches Leben präsentiert hätte. Die Patientin geriet in eine kindliche Haltung und reagierte in solchen Situationen hektisch, unklar und unselbständig. Somit war die therapeutische Aufgabe klar. Die praktische Lösung war eine Absprache mit dem Sozialamt, die Heranziehung etwas aufzuschieben, um so Zeit zu gewinnen über die Mutterbeziehung therapeutisch zu arbeiten.

Beispiel 3 - »Eltern erschrecken«

Mit dem Kontakt zu den Eltern lassen wir uns am Anfang Zeit, vor allem wenn der Patient Abgrenzung wünscht. Symbiosekranken Patienten hingegen tut es eher gut, wenn wir schnell mit den Eltern Kontakt aufnehmen. Gleichzeitig haben die Eltern ein eigenes Bedürfnis bescheid zu wissen, da sie sich ja auch mit der Situation beschäftigen und die Familiendynamik weitergeht. Häufig taucht in den Gesprächen das Schuldthema auf. Die Befragung durch Sozialarbeiter oder Ärzte verstärkt das Problem und es wird nach Erklärungen gesucht. Obwohl dies nicht unsere Absicht ist und wir die Angehörigen entlasten möchten, reagieren diese häufig mit Schuldgefühlen. Immer wieder führen Entwicklungsschritte der Patienten dazu, dass die Eltern verunsichert

sind. Man kann sich das folgendermaßen vorstellen: Zu Anfang des Klinikaufenthalts ruft ein Patient seine Eltern regelmäßig an, spricht immer negativer über die Therapie und möchte abbrechen und bittet die Eltern schließlich darum, ihn zu holen. Plötzlich einige Zeit keine Anrufe mehr. Die besorgten Eltern erreichen ihn mühsam über das Patiententelefon und der Sohn sagt: »Ich muß mich von euch trennen« und legt auf. Damit werden bei den Eltern alle möglichen Phantasien und Ängste mobilisiert, einschließlich des Impulses »dem Kind zu helfen«, was ja letztlich auch das Ziel der Patienten ist. Der Therapiefortschritt macht den Patienten Angst und führt zu alten Reaktionsmustern. In dieser Situation brauchen die Angehörigen Einblick in die Behandlungssituation um adäquat reagieren zu können. Die Abgrenzungs- und Entwicklungsschritte der Patienten erzeugen oft neue Probleme und so ist es ein Teil unserer Angehörigenarbeit, den Therapieprozess nachvollziehbar zu machen und über die Reaktionen die dadurch bei den Angehörigen ausgelöst werden, mit diesen am Telefon oder in einem Familiengespräch zu reden.

Beispiel 4 - »Erben« bzw. die Vernetzung unter den Mitarbeitern

Eine Patientin hat ein Zimmer in einer Wohnung, in welcher der Hauptmieter gestorben war. Die Patientin musste das Zimmer deshalb aufgeben, wollte aber kein neues Zimmer nehmen, sondern ihre Sachen während des Klinikaufenthalts es in einer noch zu suchenden Abstellkammer zwischengelagern. Im Gespräch kam heraus, dass die Erben des Hauptmieters sich nicht verantwortlich zeigten und sich nicht um die Wohnungsauflösung, Finanzen etc. kümmerten. Sie erlebte das so, als ob sie nun eine Art Erbe hatte und war blockiert. Sie hatte ein persönliches Verhältnis zu dem Vermieter entwickelt und musste sich ja selbst mit dessen Tod und der Trennung beschäftigen. Die Patientin ließ keinen anderen Lösungsschritt als die Abstellkammer zu. Darüber sprach ich mit den Therapeuten, da meiner Einschätzung nach bei den Realitäten zu diesem Zeitpunkt keine weiterführenden Schritte möglich waren und ich mir erhoffte, dass durch die Therapie Bewegung in die Abstellkammerdiskussion kommen würde und die Patientin Handlungsdruck signalisierte. Inzwischen hatte die Patientin eine Abstellkammer gefunden und ihre Sachen zwischengelagert. Damit schien die Angelegenheit beendet.

Kurze Zeit später ging es in der Großgruppe der Klinik um das Thema Tod. Andere Patienten sprachen dazu und schließlich meldete sich auch diese Patientin zu Wort. Sie sagte, dass ihr Mitbewohner gestorben wäre und schilderte die Situation, wurde aber nach einer kurzen Diskussion freundlich

auf die Therapiegruppe verwiesen. In der geschützteren Gruppentherapie-situation konnte sie dann ausführlich sprechen und es zeigte sich, dass ihr Verhältnis zum Verstorbenen mit väterlichen Empfindungen verbunden war. Zum ersten Mal konnte sie dabei auch über aggressive Phantasien gegenüber dem leiblichen Vater sprechen. Somit ging in der Therapie weiter, was das reale Geschehen ausgelöst hatte und konnte nun beispielhaft aufgearbeitet und aktuell verarbeitet werden.

Beispiel 5 - Entlassungsvorbereitung

Auch in der Endphase vermischen sich Realität und Therapie. Bei einem Teil der Patienten wird die Zusammenarbeit mit den zuständigen SozialarbeiterInnen zur Entlassung hin weniger. Sie nutzen die Entlassungsgruppe und lösen sich so von der individuellen Unterstützung. In der Regel ein durchaus wünschenswerter Entwicklungsprozess.

Bei anderen intensiviert sich die Zusammenarbeit noch einmal. Begleitung bei schwierigen Gängen außer Haus mit einer vertrauten Person ist eine Hilfe. Ein Beispiel: Ich fuhr allein im Auto mit einem Patienten der bald entlassen werden sollte, um die ambulante Weiterbehandlung zu klären. Die Entlassung erfolgte nach langer Behandlung auf Druck der Krankenkasse. Während der Fahrt schimpfte der Patient auf die großen Wagen neben uns und ich hatte Sorge er würde die Tür öffnen und eine Auseinandersetzung provozieren. Offensichtlich war es aber sein eigener Stress, der sich hier deutlich bemerkbar machte. Unterwegs bekam er Hunger und ich kaufte etwas. Er wollte große Portionen. Die Abgrenzung gestaltete sich schwierig. Ich hatte aber dennoch das Gefühl, dass eine Grenze nötig war und so riskierte ich eine unangenehme Diskussion im Laden, die aber ein gutes Ergebnis brachte. Der Termin ergab nichts. Einige Zeit später beim Arbeitsamt ging es schon besser, trotz Schimpfen. Schließlich bei einem dritten Termin kam ein vernünftiges Gespräch bei einer Beraterin zustande. Dabei erzählte er über die Klinik nur Negatives. Aber eine Annäherung an die Realität konnte stattfinden und die lange Zeit undenkbbare Entlassung wurde mit viel Unterstützung möglich. Er wünschte sich schließlich halb ernst, halb im Spaß Begleitung von mir wo es nicht nötig war. Bei einem unserer Termine sagte er, dass er jetzt keine Angst mehr habe in die Stadt zu gehen.

Die kurzen Beispiele sollen zeigen wie psychoanalytisches Denken die Sozialarbeit verbessern kann. Zwei Bedingungen für die hier beschriebene Arbeitsweise sollen noch genannt werden. Wichtig erscheint mir darauf

hinzuweisen, dass nicht die einzelne Beratungssituation der Ausgangspunkt ist. Die Erarbeitung der psychoanalytischen Aspekte wird ermöglicht durch die Team- und Kontrollarbeit im Rahmen des multiprofessionellen Teams. Die Klinik gibt den Rahmen dazu. Ohne die Zusammenarbeit mit den Kollegen beim Aufdecken unbewusster Aspekte, sowie bei der Integration der Erkenntnisse in den Alltag sozialpädagogischen Handelns, könnte ich mir den beschriebenen Arbeitsansatz überhaupt nicht vorstellen. Zum Rahmen den die Organisation schafft, muß die Offenheit und Geduld für Entwicklungsprozesse vorhanden sein. Es sollte schon eine Abfolge von mehreren Terminen möglich sein, um ein den Patienten angemessenes Tempo und ein tieferes Verständnis entwickeln zu können. Es wird in der Regel nicht sofort die ganze Problematik gezeigt, sondern erst der professionelle Umgang bewusst oder unbewusst getestet.

Die Integration psychoanalytischer Aspekte ist für eine moderne Sozialarbeit von Bedeutung, sowohl für die Arbeitshaltung, als auch für das Verständnis der zu lösenden Probleme. Eine Abgrenzung oder das Ausblenden psychoanalytischer Aspekte würde wichtige Verständnismöglichkeiten abschneiden. In Zeiten des Sparzwangs im Gesundheitswesen und unter der Meßlatte der weiteren Reduzierung von Behandlungstagen steht dieser bewährte und effektive Ansatz unter Druck. Bei der Suche nach Sparmöglichkeiten, steht die Reduzierung der Betreuungstage meiner Meinung nach zu sehr im Mittelpunkt. Das Streben nach Behandlungsqualität, wozu der vorliegende Artikel einen Beitrag leisten möchte, muss ebenso wie das Kostendenken ihren Platz haben. Sonst besteht die Gefahr, dass Behandlung auf ineffektives Patientenmanagement reduziert und eine Drehtürpsychiatrie gefördert wird.

The importance of psychoanalysis for the social work in Dynamic Psychiatry

Heinrich Kleylein, München

Psychoanalysis does not play an important role in contemporary social work in Germany. This fact is due to historical reasons: during the Nazi-regime psychoanalysis was banned in Germany - a fate it shared with social work. After the Second World War concepts of social work were re-imported from the USA, but these were mostly not influenced by psychoanalytic theory.

Despite this wide-spread ignorance, psychoanalysis could be of great value for the practice of social work. Especially the basic psychoanalytic approach, which is to consider and critically reflect the inner psychological reality of patient and therapist in order to gain a deeper insight into the meaning of their interactions, might be also helpful to social workers. As MÜLLER (1990) has put it: »The matrix of the juridical, economical, clinical, etc., meanings of each case has to be analyzed. But this only leads to practical relevant knowledge, if also the affective entanglements are considered, which are hidden in this material«. If the social worker - instructed by psychoanalytic thought - is able to have some understanding for the unconscious transferential meanings his client connects with the rational goals of the counseling process, he will be able to handle conflicts and obstacles arising from this irrational subtext a whole lot better. This implies, that the social worker should also recognize his own counter-transference, reflect upon it, and control it.

Although the integration of psychoanalysis into social work increases the similarities between these two fields of work to some degree, one should be careful not to blur the boundaries between social work and therapy. The integration of a psychoanalytic approach makes sense, because it can help to make social work more efficient for the client. But the social worker is not and should not become a »social-therapist«: he should not analyze neither the transference nor the resulting disturbances in the relationship with the client. Psychoanalytic treatment should stay with the professional therapist and the social worker should only make indirect use of his psychoanalytically informed knowledge, in order to improve his rational cooperation with the client.

In addition, teaching psychoanalysis to social workers can also improve the reciprocal understanding and cooperation between social workers and psychoanalytically oriented psychotherapists. This is of special importance if social work takes place in a clinical setting. At the Mengerschwaige Hospital social work is part of an integrated therapeutic setting, derived from psychoanalytic and group-dynamic principles. The central areas of responsibility for the social workers in this setting consist on one hand in working with patient's relatives, on the other hand in helping the patient with his »realities« (problems with work, finances, housing conditions, authorities, etc.). Although in a narrow sense these two areas of social work lie beyond the patient's therapeutic process at the clinic, they never the less have important influences on this process.

Running parallel to the therapeutic process and supporting it, there is also a typical process in social workers activities, which can be dissected into different phases. In the initial phase the main goal is to help the patient clear his situation (work, finances, etc.) so that his stay at the clinic becomes -practically and emotionally- possible, i.e. that he becomes able to devote himself to his therapeutic goals. In the middle phase the social workers in cooperation with the therapeutic team support the concrete steps of development and change, which the patient undertakes. The perspectives of the patient after his discharge from the clinic become the central focus of attention for social workers' efforts in the final phase. Here, patients often attempt to translate the insights, which they have gained during therapy, into action, e.g. changes in housing conditions, working situation, new steps in education, etc. In this process the social worker's task is to help the patient in drawing such constructive consequences and support his efforts to put them into effect.

Considering these different tasks, social work in Dynamic Psychiatry consists not only in dealing with situations in the »external reality«, which might otherwise disturb the therapeutic process, but also in an active participation in this process. Without obscuring the differentiation between social worker and therapist described above, one has to have in mind, that in GÜNTER AMMON's theory of Humanstructurology the social problems of the patient are understood as an expression of his unconscious psychic structure. These problems serve a necessary function in the psychological apparatus of the patient, and their transformation goes hand in hand with therapeutic change. Those problems which are potentially accessible by consciousness will be shown in the milieu-therapeutic field of the clinic and can be dealt with in this context. But the problems which are the least integrated in the psychological reality of the patient will often be mirrored by external aspects of reality, e.g. troubles with authorities, employers, law courts, etc. These troubles which on the surface sometimes look as if they are forced on the »innocent victim of circumstances« from the outside world, are most often provoked by the patient himself through acting out of unconscious conflicts, desires, phantasies, etc. Without interpreting the unconscious implications of the material, social workers nevertheless are challenged to help the patient in demarcating and integrating the unconscious contents by developing together with him constructive ways of dealing with reality. In this process it might sometimes be necessary, that the social worker temporarily takes over auxiliary ego-functions, i.e. to put his competencies in expressing emotions, being aware

of reality, etc. at the patient's disposal. This work with boundaries in real life situations can also be helpful for the therapeutic work with the ego-boundaries of the patient. This is of special importance, because the inner model of reality which most patients bring into therapy, is one of uncontrollable events which can not be influenced, with a complementary model of the self as a helpless victim of these events. In the successful working-alliance of social worker and patient, the patient can experience reality as something which can be created and changed, and himself as the competent creator of his own life conditions.

Literatur

- Ammon, G.: Psychoanalytische Milieuthherapie, in: Ammon, G. (Hrsg.), Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Ernst Reinhard Verlag, München, 1979 (1), S. 607-612.
- Federn, E. (1988): Geschichtliche Bemerkungen zum Thema Psychoanalyse und Sozialarbeit, in: Büttner, C., U. Finger-Trescher und M. Scherpner (Hrsg.), Psychoanalyse und Soziale Arbeit, Matthias-Grünwald-Verlag, Mainz, 1990, S. 11-19.
- Freud, S. (1925): Geleitwort, in: Aichhorn August (Hrsg.), Verwahrloste Jugend, Verlag Hans Huber, Bern, 1987, S. 7-8.
- Hackewitz, W. v.: Zum Verhältnis von Psychoanalyse und Sozialarbeit, in: Büttner, C., U. Finger-Trescher und M. Scherpner (Hrsg.), Psychoanalyse und Soziale Arbeit, Matthias-Grünwald-Verlag, Mainz, 1990, S. 20-28.
- Kreft, D. und Mielenz, I. (1996): Wörterbuch Soziale Arbeit. Beltz Verlag, Weinheim und Basel, 1996, 4. Auflage.
- Müller, B.: Vom Nutzen und Nachteil der Psychoanalyse für das Sozialpädagogen/innen-Leben, in: Büttner C., U. Finger-Trescher und M. Scherpner (Hrsg.), Psychoanalyse und Soziale Arbeit, Matthias-Grünwald-Verlag, Mainz, 1990, S. 29-42.
- Ohlmeier, D.: Psychoanalyse und Sozialarbeit, in: Eyferth H., H.-U. Otto und H. Thiersch (Hrsg.), Handbuch zur Sozialarbeit/Sozialpädagogik, Luchterhand, 1987, S. 812-822.
- Schröter, M. (1996): Zur Frühgeschichte der Laienanalyse, Psyche 50 (12), S. 1127-1175.
- Wieler, J. und Zeller, S. (1995): Emigrierte Sozialarbeit, Lambertus Verlag, Freiburg im Breisgau, 1995, S. 14-35.

* Diplomsozialpädagogin (FH), leitender Sozialpädagoge in der Klinik Mengerschwaike, Qualitätsmanagementbeauftragter der Klinik

** Dieser Artikel ist eine überarbeitete Fassung des Vortrags vom 6. März 1997, gehalten auf dem 11. WADP-Kongreß "Dynamische Psychiatrie Heute"

address of the author:

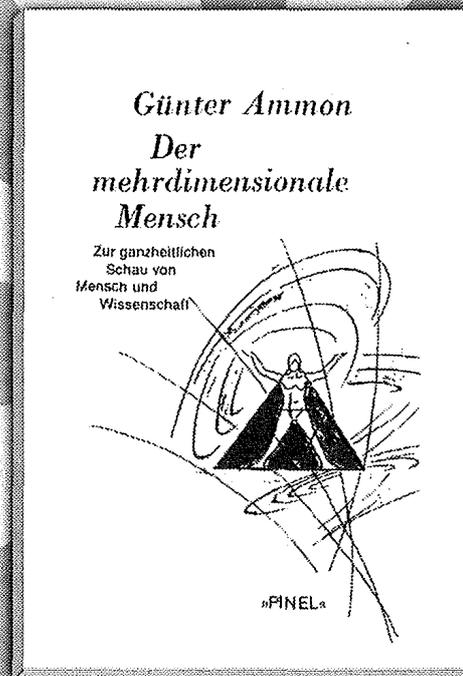
Dipl. Soz. Päd. Heinrich Kleylein
Geiseltasteigstr. 203
81545 München

heinrich.kleylein@klinik-mengerschwaike.de

Günter Ammon

DER MEHRDIMENSIONALE MENSCH

Zur ganzheitlichen Schau
von Mensch und Wissenschaft



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

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

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

Pinel - Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie GmbH

Der Ich-Struktur-Test nach Ammon (ISTA) in seiner klinischen Anwendung bei Borderline-Patienten *

Gisela Finke, München

Patients with Borderline Personality Disorder are clinically often described as persons suffering from problems in their personal relationships, their inability of regulating emotions and tolerating frustrations. This is in most cases connected with suicidability, early traumatization and so on. From a humanstructural point of view, all these symptoms can be mainly associated with a disturbance of the central ego-functions of inner and outer ego - boundaries. This hypotheses could be confirmed in a study conducted with 47 borderline patients. In the Ego Structure Test (ISTA) the ego functions of constructive and deficient outer boundaries and of deficient inner boundaries showed to be mostly impaired. In the course of inpatient psychotherapy, the greatest effects of change took place in these areas of ego boundaries.

Patienten und Patientinnen** mit einer Borderline-Erkrankung oder anderen schweren Persönlichkeitsstörungen stellen den größten Anteil der Patienten in der Dynamisch Psychiatrischen Klinik Mengerschwaike. Die Klinik blickt inzwischen auf eine über 20jährige Erfahrung in der Behandlung dieses Krankheitsbildes zurück und hat für sie ein spezielles, auf den Grundlagen der Dynamischen Psychiatrie basierendes Behandlungskonzept entwickelt (vgl. z.B. AMMON 1978, 1998), welches die Grundprinzipien der psychodynamischen Therapie von Borderlinestörungen integriert (vgl. JANSSEN, MARTIN, 2001; KERNBERG, DULZ, SACHSSE, 2000; KERNBERG, 1984, 1991).

Der Ich-Struktur-Test nach AMMON (ISTA), der 1997 im Swets-Verlag erschien (AMMON, FINKE, WOLFRUM, 1997), ist ein psychoanalytisch orientierter Persönlichkeits-Fragebogen, der auf der humanstrukturellen Theorie der Dynamischen Psychiatrie GÜNTER AMMONS basiert. Er erfasst die Persönlichkeitsbereiche von Aggression, Angst, Abgrenzung nach außen und innen, sowie Narzißmus und Sexualität auf 18 Skalen mit insgesamt 213 Items. Gemessen werden jeweils die konstruktiven, destruktiven und defizitären Ausprägungen dieser Persönlichkeits-Funktionen. Der ISTA soll möglichst differenziert den momentanen Entwicklungsstand eines Menschen in seinen unbewussten Strukturmerkmalen und (durch Verlaufsmessungen) deren möglichen Veränderungen - etwa durch eine Psychotherapie- erfassen.

Der Test wurde 1995 an einer repräsentativen Stichprobe der west- und ostdeutschen Bevölkerung von N=1001 geeicht und standardisiert (FINKE, WOLFRUM, 1997). Bei der Konstruktion legten wir Wert darauf, nicht nur einen klinischen Fragebogen zu erhalten, der vorrangig Symptome und Verhaltensweisen von Krankheitswert abfragt, sondern einen allgemeinen Persönlichkeitstest, der eine Beschreibung der Persönlichkeit und auch eine Gesundheitsdiagnose ermöglicht: Wie geht ein Mensch mit Aggression und Angst um, wie kann er seinen Kontakt zur Außenwelt, insbesondere zu Mitmenschen regulieren, welchen Zugang hat er zu seinen Gefühlen, seinem Unbewussten; welches Bild, welche Beziehung hat er zu sich, und wie geht er mit seiner Sexualität um.

Wenn wir Patienten mit dem ISTA untersuchen, geschieht dies nicht vorrangig, um eine ICD-10 Diagnose zu stellen, sondern um Aufschluss über Besonderheiten ihrer Persönlichkeit zu erhalten und ihre Stärken und Schwächen besser zu verstehen. Die Antworten auf die Testitems liefern eine Aussage bzw. Kommunikation, die der Patient über sich selbst macht. In der psychologischen Abteilung der Klinik Mengerschwaike erklären wir den Patienten bei der Testbesprechung die Ergebnisse der psychodiagnostischen Untersuchung und fragen ihn, ob und wie er diese mit sich in Verbindung bringt. Dieses Gespräch bringt in der Regel mehr Aufschluss, als es die Tests allein tun würden und gibt relevante Hinweise für den therapeutischen Fokus.

Das Borderline-Konzept der Dynamischen Psychiatrie

Ähnlich wie KERNBERG (1984, 1991) versteht die Dynamische Psychiatrie die Borderline-Erkrankung als eine strukturelle Störung mit einem Defizit im zentralen, unbewussten Persönlichkeitsbereich bei zugrundeliegender Ich-Schwäche und primitiven Abwehrmechanismen. Allgemein handelt es sich um eine Störung der Identität der Patienten.

Der Borderline-Kranke leidet an einer zentralen Störung der Identität, die im unbewussten zentralen Kern der Persönlichkeit wurzelt. Die Persönlichkeits-Funktionen der Abgrenzung, des Narzißmus, der Aggression und der Angst, um nur die wichtigsten zu nennen, sind durch spezifische Erfahrungen in der frühen Kindheitsfamilie destruktiv und/oder defizitär entwickelt. Diese strukturellen Störungen sind in der Regel durch Abwehrmechanismen und oft relativ gut entwickelte intellektuelle Funktionen kompensiert.

Das strukturelle Defizit stellt beim Borderline-Patienten letztendlich ein bereits in frühester Kindheit erlittenes narzisstisches Defizit dar. Die Familiendynamik lässt sich beschreiben durch mangelnde Zuwendung gegenüber dem Kind, einen Mangel an menschlicher Verlässlichkeit, das Fehlen einer existenziell tragenden Kontinuität in den emotionalen Beziehungen und eine häufig zu beobachtende narzisstische Ausbeutung des Kindes für die Bedürfnisse der Familiengruppe, bis hin zu Misshandlung und sexuellem Mißbrauch. Dem sich entwickelnden Kind wird letztlich die Ausbildung einer eigenständigen Identität verweigert.

MARSHA LINEHAN (1996) beschreibt diese Familiendynamik als ein »invalidierendes Umfeld«. Hier sei angemerkt, dass sich in den letzten Jahren ein Therapieschulen übergreifender Konsens bei der Beschreibung der BPS entwickelt hat. Die Identitätsproblematik äußert sich in einer misslungenen Abgrenzung aus den frühkindlichen symbiotischen Primärgruppenbeziehungen, die für die spätere Abgrenzungsfähigkeit und damit Beziehungsfähigkeit des Menschen von grundlegender Bedeutung ist. »Infolge des Defizits sucht der Patient symbiotische Beziehungen auf, aus denen er sich narzisstische Zufuhr erhofft. Aufgrund der defizitär entwickelten Ich-Grenzen muß er diese Symbiosen jedoch fürchten, weil sie wie in der Kindheit eine den Patienten psychisch ausbeutende Situation bedeuten.« (AMMON 1979). Hiermit lassen sich z.B. die häufigen Kontaktabbrüche verstehen. Für das Verständnis der Borderline - Erkrankung ist also - neben anderen zentralen Persönlichkeitsfunktionen - die Art der Ausprägung der Ich-Abgrenzung von besonderer Bedeutung (BURBIEL, FINKE, SANDERMANN, 1994) Der ISTA beinhaltet sechs Skalen zur Ich-Abgrenzung und ist hiermit das einzige uns bekannte Verfahren, welches dieses Konzept differenziert erfasst. Die Operationalisierung dieser Skalen sei kurz skizziert: »Die Ich-Abgrenzung ist ... eine der primären Beziehungsregulation des Ichs zur umgebenden Gruppe. Erst die Abgrenzung von Ich und Nicht-Ich schafft die Erkenntnis zweier Individuen, die sich aufeinander beziehen können, im Gegensatz zu einem symbiotischen Verschmelzen. Genetisch gesehen ist daher der Aufbau der Ich-Grenzen die entscheidende Phase in der Identitäts-Entwicklung eines Menschen. Sie ermöglicht gleichzeitig Kontakt nach außen als reale Erfahrung mit der umgebenden Gruppe und damit Verinnerlichung von narzisstischer Zufuhr« (AMMON 1979). Für die Entwicklung einer eigenen Identität ist daher eine gelungene Abgrenzung von zentraler Bedeutung. Zusammengefaßt bedeutet dies:

- Konstruktive Abgrenzung nach außen ermöglicht größtmögliche Erfahrungsfähigkeit bei gleichzeitigem Schutz vor Überflutung durch äußere Ereignisse, und zwar in einer der gruppenspezifischen, sozialen Situation angemessenen Art und Weise.
- Destruktive Abgrenzung nach außen beinhaltet die Störung der Beziehungs-Regulation nach außen zur umgebenden Gruppe, zu anderen Menschen und äußeren Ereignissen. Die Abgrenzung nach außen ist aufgrund bestehender Überflutungsgefahr starr geschlossen und bildet eine Art undurchlässiger Kontaktbarriere.
- Defizitäre Abgrenzung nach außen beinhaltet das Unvermögen, Nähe und Distanz in Beziehungen zu anderen Menschen, äußeren Ereignissen und zur Umwelt zu regulieren. Es handelt sich um die Unfähigkeit zwischen Ich und Nicht-Ich, sich selbst und anderen, zwischen eigenen Bedürfnissen und Gefühlen und denen anderer zu unterscheiden.

Abgrenzung nach innen als Humanfunktion

Die Abgrenzung nach innen reguliert die Beziehung zwischen dem bewussten Ich und Inhalten des Unbewußten, gegenüber der verinnerlichten Primärgruppenspezifität, der Phantasietätigkeit und den Träumen. Wesentlichstes Merkmal ist das Vermögen, die verinnerlichte Primärgruppenspezifität von aktuellen Beziehungen und Situationen zu unterscheiden, also zwischen Vergangenheit und Gegenwart differenzieren und damit umgehen zu können.

- Konstruktive Abgrenzung nach innen äußert sich in der Fähigkeit, Träume, Phantasien und Gefühle zulassen zu können, einen Zugang zu ihnen zu haben, sie wahrnehmen und ausdrücken zu können, sie aber von der Realität unterscheiden und deren reale und irrealen Aspekte differenzieren zu können.
- Destruktive Abgrenzung nach innen ist charakterisiert durch starr geschlossene Ich-Grenzen, der Person fehlt der Zugang zum eigenen Unbewussten. Dies zeigt sich in mangelnder Traumfähigkeit, Phantasie- und Gefühlsarmut und in einem fehlenden Bezug zur eigenen Geschichte. Daraus folgt die Tendenz, Gefühle abzuspalten oder sie im Zusammenspiel mit destruktiver Aggression auszuagieren.

- Defizitäre Abgrenzung nach innen hat zur Folge, dass der Mensch mit Inhalten des Unbewußten überschwemmt wird, er ist seinen Gefühlen, auch seinen Gefühlsschwankungen, (Tag-) Träumen, Gedanken, Grübeleien, Konzentrations- und Schlafstörungen ausgeliefert und gerät damit im Extrem in Psychose-Nähe. Er kann weder zwischen wichtig und unwichtig im Leben unterscheiden noch seine Gefühle differenzieren oder kommunizieren. Aufgrund fehlender Grenzen können neue Erfahrungen nur schwer integriert und strukturbildend verinnerlicht werden, körperliche primäre Bedürfnisse können kaum reguliert werden, sondern drängen nach sofortiger Befriedigung.

Wir gehen davon aus, dass bei Patienten mit einer Borderline-Erkrankung die immer wieder festgestellte Unfähigkeit, Gefühle zu regulieren und angemessen mit Aggression und Angst umzugehen, in Verbindung mit einem

DSM-IV Kriterien für die Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung:
1. Verzweifelt Bemühen, reale oder imaginäre Trennungen zu vermeiden.
2. Muster von instabilen, aber intensiven interpersonellen Beziehungen, die durch einen Wechsel zwischen extremer Idealisierung und Abwertung charakterisiert sind.
3. Identitätsstörungen: Chronische und erheblich gestörte, verzerrte oder instabile Vorstellungen oder Gefühle für sich selbst.
4. Impulsivität in mindestens zwei Gebieten, die potenziell selbstschädigend sind (z.B. Geldausgeben, Sex, Drogenmissbrauch, Diebstahl, Essstörungen) - ohne Suizid oder selbstschädigendes Verhalten
5. Wiederkehrende Suiziddrohungen, - gesten oder -versuche oder selbstschädigendes Verhalten.
6. Affektive Instabilität: Ausgeprägte Sensibilität der Stimmung (z.B. starke episodische Dysphorie, Irritabilität oder Angst), üblicherweise wenige Stunden bis selten wenige Tage anhaltend.
7. Chronisches Gefühl von Leere
8. Unangemessene intensive Wut oder Schwierigkeiten, Wut oder Ärger zu kontrollieren.
9. Vorübergehende, stressabhängige schwere dissoziative Symptome oder paranoide Vorstellungen.

strukturellen Defizit im Bereich der Ich-Abgrenzung zu sehen sind. Auch das Problem der Beziehungsstörung, der häufigen Kontaktabbrüche (im Bereich von Partnerschaft, Beziehungen, Ausbildung und Beruf) kann in Verbindung insbesondere mit den Persönlichkeits-Funktionen der Ich-Abgrenzung gebracht werden.

Die DSM-IV Kriterien beschreiben auffällige Verhaltensbereiche, lassen aber offen, woher die Probleme stammen, machen also keine ätiologische Aussage. Bekanntlich herrscht jedoch schulenübergreifend Konsens, dass es bestimmte lebensgeschichtliche Belastungen und Verletzungen sind, die zur Erkrankung führen. Wir glauben, dass diese ätiologischen Überlegungen wie auch die Klassifikation der zu beobachtenden Auffälligkeiten insbesondere durch eine Störung der Ich-Abgrenzung nach innen und nach außen vermittelt werden und erklärt werden können. Beeinträchtigungen in der Ich-Abgrenzung führen dazu, dass der/die Patient/in, ich-strukturell gesehen, nicht in der Lage ist, stabile Ich-Grenzen aufzubauen, die es ihm oder ihr - nach außen -ermöglichen, zu anderen Menschen in verlässliche Beziehung zu

treten, sich auf Kontakt einzulassen, und dabei trotzdem er selbst zu bleiben. Nach innen reguliert die Abgrenzung den Zugang zu den eigenen Gefühlen und der eigenen Lebensgeschichte. Bei fast allen der DSM-IV Kriterien läßt sich eine Verbindung vor allem zu den Ich-Funktionen der Abgrenzung nach außen und nach innen herstellen.

Merkmal	Häufigkeit	Prozent
<i>Geschlecht:</i>		
männlich	21	44,7
weiblich	26	55,3
<i>Alterstufe:</i>		
bis 19 Jahre	5	10,6
20 bis 29 Jahre	10	21,3
30 bis 39 Jahre	19	40,4
40 bis 49 Jahre	12	25,5
50 und älter	1	2,1
Durchschnitt: 33,0		
<i>Partnersituation:</i>		
kurzfristig kein Partner	6	12,8
langfristig kein Partner	30	63,8
wechselnde Partner	2	4,3
fester Partner	9	19,2
<i>Haupteinkommensquelle:</i>		
Erwerbstätigkeit	14	29,8
Krankengeld	3	6,5
Übergangsgeld	1	2,1
Arbeitslosengeld, -hilfe	10	21,3
Sozialhilfe	6	12,7
Rente/Pension	3	6,4
Bafög	2	4,3
Eltern, Angehörige	8	17,0

Tabelle 1:
Demographische Beschreibung der Stichprobe

Die Untersuchung

Wir analysierten die Test-Daten einer Gruppe von 47 Patienten, bei denen eine Borderline-Erkrankung nach den Kriterien von DSM-IV (s. Kasten) vorlag. Die Patienten waren im Jahr 2000 in der Klinik Menterschwaige in Therapie. An den demografischen Merkmalen der untersuchten Patientengruppe (s. Tab. 1) wird deutlich, dass die Patienten im Bereich der

Merkmal	Häufigkeit	Prozent
Suizidversuche i. d. Anamnese	18	38,3
Sucht	24	51,1
Ess-Störung	15	31,9
Selbstverletzung	14	29,8
Aggressive Durchbrüche	9	19,1
sexueller Missbrauch	14	29,8
Misshandlung	11	23,4

Tabelle 2:
Komorbidität und Traumatisierung
(Mehrfachnennungen)

Skala	Mittelwert (t-Werte)	Standard- abweichung
Hypochondrie	63,1	12,3
Depression	70,5	10,7
Hysterie	69,1	10,7
Psychopathie	70,7	9,8
Maskulin-Feminin	54,4	10,9
Paranoia	67,1	12,9
Psychasthenie	66,2	11,4
Schizoidie	68,7	12,0
Hypomanie	58,7	9,5
Soziale Introversion	62,3	10,9

Tabelle A:
Mittelwerte (bei Aufnahme) der
untersuchten Patientengruppe
(N=41) im MMPI

Beziehungen und auch der beruflichen Lebenssituation belastet sind: 80 Prozent haben keine feste Beziehung zu einem Partner. Nur etwa ein Drittel lebt von Arbeitsentgelt oder Bafög; demgegenüber aber 42,6 Prozent von öffentlicher Unterstützung. Obwohl der älteste Patient in dieser Gruppe 52 Jahre ist, sind bereits drei Patienten (6,4 %) früh berentet. Die Schwere des Krankheitsbildes läßt sich u.a. auch beschreiben anhand der Komorbidität und anhand von Traumatisierungen und Auffälligkeiten in der Lebensgeschichte: Bei relevanten Bezugspersonen von mindestens der Hälfte der Patienten lag zudem ein Substanzmißbrauch vor, meist von Alkohol. Auch weist etwa die Hälfte der Patienten (psycho)somatische Erkrankungen auf.

Störung in der Psychodiagnostik

Wir sehen anhand der Gruppenmittelwerte in den einzelnen Verfahren (siehe Tabellen A-D) dass die Patienten im MMPI (HATHAWAY, MCKINLEY, 1977) und in der SCL-90 (FRANKE, 1996) eine hohe Symptombelastung aufweisen.

Die Besonderheiten der Borderline-

Skala	Mittelwert (t-Werte)	Standard- abweichung
Somatisierung	65,4	13,1
Zwanghaftigkeit	67,8	12,0
Unsicherheit	69,5	10,5
Depressivität	73,4	8,4
Ängstlichkeit	69,8	11,2
Aggressivität	64,8	13,4
Phobische Angst	67,0	13,2
Paranoides Denken	65,4	11,3
Psychotizismus	68,6	9,9
Global Severity Index	72,8	9,6
Intensität der Symptome	70,9	8,2
Anzahl der Symptome	69,7	11,3

Tabelle B:
Mittelwerte (bei Aufnahme) der untersuchten
Patientengruppe (N=44) in der SCL 90

aber hier in hohem Maße Defizite aufweisen, d.h. Angst und Wut nicht spüren. Diese individuellen Besonderheiten mitteln sich dann bekanntlich gegenseitig zu Normwerten aus. Es zeigt sich aber bereits auf der Mittelwertebene, dass die Patienten sowohl in der konstruktiven Abgrenzung nach außen als auch in der defizitären Abgrenzung nach innen unter bzw. über dem Normwert liegen. Dies korrespondiert mit der GT-Skala der Durchlässigkeit, nur liegt die Gruppe hier im Bereich der Retention, d.h. der Pat. ist »verschlossen, anderen fern, eher wenig preisgebend, eher mißtrauisch, in der Liebe wenig erlebnisfähig« (BECKMANN, RICHTER, 1975). Im ISTA zeigt sich jedoch ein

Skala	Mittelwert (t-Werte)	Standard- abweichung
Soziale Resonanz	33,8	12,5
Dominanz	41,8	8,1
Kontrolle	46,8	11,1
Grundstimmung	68,0	9,1
Durchlässigkeit	62,3	11,5
Soziale Potenz	58,4	11,8

Tabelle C:
Mittelwerte (bei Aufnahme) der untersuchten
Patientengruppe (N=41) im Gießen - Test

Im Gießen-Test liegen sie vor allem bei der Grundstimmung und der Durchlässigkeit im auffälligen Bereich. Im ISTA (Tabelle D) erhält man - betrachtet man nur die Gruppenmittelwerte - zunächst ein undeutlicheres Bild. Je nachdem nämlich, welche Funktionsbereiche dysreguliert sind, finden wir unter den Borderline Patienten z.B. solche mit stark erhöhter destruktiver Aggression und / oder destruktiver Angst neben solchen, die in diesen Bereichen unauffällig sind, dafür

deutliches Defizit in der Abgrenzung, und die hohe Retentivität wäre dann eher als die Folge dieses Defizits zu verstehen, nämlich als eine Art Schutzmechanismus vor der psychischen Ausbeutung. Die Abgrenzungsschwäche wird deutlicher, wenn man die ISTA-Ergebnisse aller 47 Patienten im Einzelfall betrachtet: Um der bedeutsamen Rolle der Ichabgrenzung

Skala	Mittelwert (t-Werte)	Standard-Abweichung
konstruktive Aggression	44,9	9,2
destruktive Aggression	47,1	11,7
defizitäre Aggression	59,4	9,7
konstruktive Angst	44,8	8,8
destruktive Angst	58,6	9,5
defizitäre Angst	53,3	8,5
konstruktive Abgrenzung nach außen	38,8	8,6
destruktive Abgrenzung nach außen	54,9	8,9
defizitäre Abgrenzung nach außen	56,2	10,0
Konstruktive Abgrenzung nach innen	44,8	10,8
destruktive Abgrenzung nach innen	50,2	9,8
defizitäre Abgrenzung nach innen	59,9	7,9
konstruktiver Narzissmus	43,1	9,1
destruktiver Narzissmus	56,7	10,6
defizitärer Narzissmus	56,8	11,2
konstruktive Sexualität	41,2	11,8
destruktive Sexualität	42,3	9,1
defizitäre Sexualität	51,7	9,5

nachzugehen, schlüsseln wir im Folgenden die Ergebnisse aller 47 Patienten in Bezug auf die 6 Abgrenzungsskalen auf (Tabelle 3). Nur 3 Patienten weisen in den 6 Abgrenzungs-Skalen überhaupt keine Auffälligkeiten auf. Als Haupteffekt zeigt sich, dass bei 39 (83 %) der untersuchten Patienten die konstruktive Abgrenzung nach außen, d.h. die Fähigkeit, sich flexibel je nach sozialer Situation zu öffnen oder zurückzunehmen, zu schwach

Tabelle D:
Mittelwerte (bei Aufnahme) der untersuchten Patientengruppe (N=47) im ISTA

ausgeprägt ist. Es verbleiben nur 8 Patienten, bei denen die konstruktive Abgrenzung nach außen eindeutig im Normbereich liegt, darunter natürlich alle drei, die nirgends auffällige Werte zeigen. Gepaart ist der Befund der mangelnden konstruktiven Abgrenzung nach außen vor allem mit einer defizitären Abgrenzung nach innen - (nämlich bei 23 Patienten) - also der

Skala	Häufigkeiten außerhalb Normbereich	Prozent der Patienten
Konstruktive Abgrenzung nach außen zu gering ausgeprägt	39	83,0
Destruktive Abgrenzung nach außen erhöht	9	19,1
Defizitäre Abgrenzung nach außen erhöht	18	38,3
Konstruktive Abgrenzung nach innen zu gering ausgeprägt	16	34,0
Destruktive Abgrenzung nach innen erhöht	8	17,0
Defizitäre Abgrenzung nach innen erhöht	23	49,0

Tabelle 3:
Häufigkeit der Patienten mit Werten außerhalb der Normbereiche in den Abgrenzungsskalen (Aufnahme)

Items der Skala Konstruktive Abgrenzung nach außen
20. Ich helfe anderen gerne, aber ausnutzen lasse ich mich nicht.
32. Beim Zusammensein mit anderen behalte ich das Gefühl zu mir selbst.
79. Ich habe keine Hemmungen, meinem/r Partner/in meine sexuellen Wünsche zu zeigen.
91. Ich kann in den meisten Situationen gut abschalten.
95. Ich kann mich auch völlig fallen lassen.
101. Ich freue mich, mit meinem/r Partner/in bei der Sexualität viel zu scherzen und zu lachen.
133. Ich lasse mich von anderen Menschen nicht so leicht durcheinanderbringen.
134. Ich kann mich gut konzentrieren.
136. Wenn ich einen Fehler gemacht habe, kann ich es auch wieder vergessen.
169. Ich halte freundschaftliche Beziehungen aufrecht, auch wenn es Krisen gibt.
172. Ich lasse mich nicht so leicht aus dem Konzept bringen.

Gefahr einer Überflutung mit Gefühlen und Material aus dem Unbewussten und der Vergangenheit. Bei 18 Patienten ist zusätzlich die defizitäre Abgrenzung nach außen erhöht. Bei 23 Patienten (knapp 50 Prozent) sind zudem sowohl die Abgrenzung nach innen als auch die nach außen erheblich geschädigt, d.h. es liegen in beiden Ich-Funktionen erhebliche Abweichungen vor.

Art der Beendigung	Häufigkeit	Prozent
Regulär	33	70,2
Verlegung	6	12,8
Abbruch	8	17,0
Gesamt	47	100,0

Tabelle 4:
Art der Beendigung der stationären Therapie

Behandlungsergebnis

Wie haben sich diese Befunde zum Therapieende hin entwickelt? Von den 47 Patienten brachen 14 die Behandlung binnen 2 Wochen ab oder mussten verlegt werden. Diese relativ hohe Abbrecherquote bei Patienten mit einer

BPS ist auch aus der Literatur bekannt. Die verbleibenden 33 Patienten beendeten die Therapie nach im Durchschnitt 103 Tagen Verweildauer. Von 25 der 33 Patienten, die die Therapie regulär beendeten, liegen auch Abschlussuntersuchungen mit dem ISTA vor: Im Gesamtprofil zeigen sich in vielen Skalen im Verlauf von der Aufnahme zur Entlassung Veränderungen, die allesamt im Gruppenmittelwert-Vergleich (bis auf die destruktive Aggression) statistisch signifikant bis hochsignifikant sind. Sie rangieren aber auch, wie auf

Skala	Auffällig bei Aufnahme (%) N=33)	Auffällig bei Entlassung (%) N=25)
Konstruktive Abgrenzung nach außen	63,6	32,0
Destruktive Abgrenzung nach außen	33,3	16,0
Defizitäre Abgrenzung nach außen	33,3	20,0
Konstruktive Abgrenzung nach innen	39,4	16,0
Destruktive Abgrenzung nach innen	15,2	12,0
Defizitäre Abgrenzung nach innen	42,4	26,0
Sowohl nach außen, als auch nach innen pathologisch	52,0	28,0

Tabelle 5:
Veränderungen in den ISTA-Abgrenzungsskalen

dem Profilblatt ersichtlich, mehr oder weniger im unauffälligen Bereich. Bei der Analyse wiederum auf Einzelfallebene zeigt sich allerdings, dass die Patienten, die die Behandlung regulär abgeschlossen haben, im Verlauf der Therapie insbesondere an Abgrenzungsfähigkeit hinzugewonnen haben. Generell zeigt sich der Trend, dass die konstruktiven Bereiche zunehmen und die destruktiven, aber v.a. defizitären Ausprägungen abnehmen. Am deutlichsten ist der Zugewinn an konstruktiver Abgrenzung nach außen.

Anmerkungen zur klinischen Praxis

Die Funktionen der Ich-Abgrenzung nach außen und innen sind, anders als Aggression, Angst und auch der Narzißmus, für das Individuum nicht unbedingt unmittelbar als Problembereich erkennbar.

Wenn wir den Patienten in der Testbesprechung erläutern, wie sich auffällige Werte in diesen Bereichen im Alltag äußern, haben sie oft eine Art »Aha« Erlebnis, wie sich ihre Probleme in Beziehungen, in der sozialen Beständigkeit, im Umgang mit Gefühlen erklären lassen. Sie fühlen sich oft

entlastet, wenn ihnen erklärt wird, dass Konzentrationsprobleme, das Gefühl, sich nicht zu spüren und sich im Zusammensein mit anderen Menschen aufzulösen, nicht Zeichen einer beginnenden Psychose, sondern Ausdruck der Abgrenzungsproblematik sind. Probleme in der Abgrenzung können zudem am wenigsten »externalisiert« werden. Das Aha-Erlebnis besteht sehr oft auch darin, dass dem Patienten näher gebracht werden kann, dass seine Probleme etwas mit ihm selbst und seiner persönlichen Geschichte zu tun haben und nicht nur dem insuffizienten Partner, Vorgesetzten, Kollegen oder ungünstigen »Umständen« anzulasten sind.

Der Patient kann über das Konzept der Ich-Abgrenzung schließlich zu der Problematik seiner brüchigen Identität hingeführt werden. Damit ist der Übergang von der Diagnostik zur Therapie geschaffen. Zentrales Element der Borderline-Therapie ist die Arbeit mit und an den Grenzen und damit an der Identität.

The contribution of the Ego-Structure-Test (ISTA) in its clinical application in Borderline Patients

Gisela Finke, München

Dynamic Psychiatry conceptualizes the Borderline Personality Disorder (BPD) to be a structural disease which is constituted by a deficit in the central, subconscious core of the personality and correlated with ego-weakness and primitive mechanisms of defense. In general it can be said that BPD is a disturbance of the identity of the patient. The ego-functions of ego-boundaries, aggression, narcissism and anxiety have developed - due to specific experiences in early childhood - in a destructive and/or deficient manner. These structural impairments are often compensated by specific mechanisms of defense and relatively good intellectual functioning.

The impairment of identity especially shows in a failure of separation from early symbiosis in the childhood family. This separation is the basis for the later ability of a person to have a feeling for himself as an individual, as well as being able to form stable social relationships. The patient is seeking symbiotic relationships, which are to give him narcissistic confirmation. But due to his deficit in ego-boundaries he also has to fear this symbiosis, because it means - as in early childhood - emotional and/or real exploitation.

For understanding the borderline disorder, the quality of ego-boundaries is essential. The Ego-Structure-Test (ISTA) contains six subscales assessing ego-boundaries and thus describes this specific area of the patient's personality in a differentiated manner.

Ego-boundaries are defined as follows: According to AMMON, ego-boundaries are regulating relationships between the individual and other people and groups. Only the differentiation between »me« and »not me« constitutes the acknowledgement of two separate individuals, who can relate to one another. In the development of the personality, therefore, the construction of ego boundaries is the most important phase in the development of identity. The developed ego-boundaries enable the individual to establish relationships with others and to integrate new experiences into the self. The inner ego-boundaries are regulating the exchange between the (conscious) ego and the subconscious, the internalized group dynamics of the early family, of fantasies and dreams. They enable a person to differentiate between present and past, that is, between early experiences of the past and actual relationships and situations in the present.

We assume the inability of patients with Borderline Disorder to regulate their emotions and affects, to deal with aggression and anxiety in an adequate manner, as well their tendency of interrupting contact with others, to be directly related to a structural deficit of the ego boundaries.

We have analyzed data of 47 inpatients with BPD, who were under treatment in the Mengerschwaige Hospital in the year 2000. The demographic data of these patients reveal that nearly all of them have problems in their personal relationships and/or in the area of work and employment: 80% of them do not have partner; 29,8% have their own income, on the other hand 42,6 percent are depending on the financial support of the public social system. In this group we find a great amount of co-morbidity, such as drug addiction (51,1%), psychosomatics or anxiety diseases. For example, 38,3% have at least once tried to commit suicide, and more than half of this population have been victims of sexual abuse or other forms of violence.

In psychometric scales - tests conducted at the onset of treatment - such as the MMPI and SCL 90R, the patients show a high rate of severe psychiatric symptoms, mostly exceeding the 60% range. The ISTA is an instrument, which is not only meant to be a measure of symptoms, but also of structural aspects of the personality. Looking at the group means as assessed by the ISTA, the patients appear to be relatively healthy. However, the means of the scales of

inner and outer ego-boundaries cannot be found within the standard. Looking at the single case, however, it was found as the main effect, that in 83% the constructive outer demarcation (that is the ability for flexible opening up or withdrawing, as the social situation necessitates) to be significantly weak. This finding is correlating especially with a deficient inner demarcation, that is the danger of a being flooded by emotions and subconscious contents. In many of these patients the deficient outer demarcation was also found to be increased.

At the end of inpatient psychotherapy (with an average time of treatment of 103 days) it became evident that the patients who completed the treatment in a regular manner, have especially gained in their ability of a flexible demarcation. In general there was a tendency found in the ISTA as to the increase of the constructive qualities, as well as the decrease in the destructive and especially the deficient qualities of the scales.

In summary it can be stated that the inpatient psychodynamic treatment contributes significantly to the development of more flexible ego-boundaries, which in turn leads to increase in social competence and the establishment of more stable interpersonal relationships.

Literatur

- Ammon, G. (1979): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie I, München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag.
- Ammon, G. (1998): Das Borderline-Syndrom - Krankheit unserer Zeit, Berlin: Pinel-Verlag.
- Ammon, G., Finke, G. & Wolfrum, G. (1998): Ich-Struktur-Test nach Ammon (ISTA) - Manual, Frankfurt: Swets -Test- Services.
- Beckmann, D. & Richter, H.E. (1975): Gießen-Test (GT). Ein Test für Individual- und Gruppendiagnostik. Handbuch. Bern, Stuttgart, Wien: Huber.
- Burbiel, I., Finke, G., Sandermann, G. (1994): Measuring Narcissism and Boundaries in Borderline Patients. In: *Dyn. Psychiat.* (27), 8-23.
- Finke, G. & Wolfrum, G. (1997): Risikofaktoren Psychischer Gesundheit in Deutschland In: *Kulturelle und ethnische Probleme der psychischen Gesundheit*, Kongresssammelband, Moskau - Ischevsk 1997.
- Franke, G. (1996): SCL-90-R. Die Symptom-Check-Liste von Derogatis - deutsche Version, Weinheim: Beltz.
- Hathaway, S.-R. & McKinley, J.C. (1977): MMPI Saarbrücken. Handbuch, Bern, Stuttgart, Wien: Huber.
- Janssen, P.L. & Martin, K. (2001): Praxis der stationären psychoanalytischen Therapie der Borderline-Störungen. In: Dammann G., Janssen P.L. (Hrsg.): *Psychotherapie der Borderline Störungen: Krankheitsmodelle und Therapiepraxis - störungsspezifisch und schulübergreifend*, Stuttgart, New York: Thieme.
- Kernberg, O.F. (1984, 1991): *Schwere Persönlichkeitsstörungen. Theorie, Diagnose, Behandlungsstrategien*, Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kernberg, O.F., Dulz, B. & Sachsse, U. (2000): *Handbuch der Borderline-Störungen*, Stuttgart, New York: Schattauer,

Linehan, M. M. (1996): Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung, München: CIP-Medien.

Wolfrum, G. & Finke, G. (1997): Der Ich-Struktur-Test nach Ammon (ISTA) - ein Verfahren zur Erfassung von Persönlichkeitsstruktur. In: *Dyn. Psychiat.* (30) 156-182.

- * Vortrag gehalten auf dem »Deutschen Psychologentag 2001«, 21. Kongress des Berufsverbands Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP) 1. - 4.11. 2001 in Bonn
- ** Obwohl es sich bei der Mehrheit der Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung erfahrungsgemäß um Frauen handelt, findet der Einfachheit halber in dieser Arbeit dennoch die Bezeichnung »Patienten« Verwendung.

address of the author:

Dipl. Psych. Gisela Finke
Geiseltasteigstr. 203
81545 München
Germany

gisela.finke@klinik-menterschwaige.de

Ankündigungen

5. Würzburger Fachtagung für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Titel: (Heil-)pädagogische und therapeutische Möglichkeiten in der Kinder und Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie
Datum: 6. - 7.10.03
Ort: Universität Würzburg (Tagungsort)
Infos: sekretariat@wuerzburger-fachtagung.de

10. Psychotherapietage NRW

Programmteil I: Lebensstile in der Postmoderne; 31.10.03 - 2.11.03
Programmteil II: Neue Therapieformen für neue Erkrankungen
 Psychosomatik und Psychotherapie in der Postmoderne;
Datum: 2.11. - 6.11.2003
Ort: D-32105 Bad Salzuflen
Infos: www.psychotherapietage-nrw.de
Tel: +49 - 21 82 - 91 08
Fax: +49 - 21 82 - 6 96 43

123. Gruppendynamische Selbsterfahrung in Paestum / Süditalien

Leitung: N.N.
Ort: Paestum / Süditalien
Datum: 22.12.2003 - 1.1.2004
Information: Berliner Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V., Kantstr. 120/121, 10625 Berlin,
Tel.: / Fax: +49 - 30 - 3 13 28 93, +49 - 30 - 3 13 69 59
 Münchner Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V., Goethestr. 54, 80336 München,
Tel.: / Fax: +49 - 89 - 53 96 74/75, +49 - 89 - 5 32 88 37
e-mail: LFI-Muenchen@dynpsych.de
Internet: www.dynpsych.de

3rd International Conference Ethics-Education in Medical Schools

Datum: March 21 - 25, 2004
Ort: Eilat, Israel; Hilton Queen of Sheba Hotel
Organized by: UNESCO
Infos: www.isas.co.il/medethics2004

1st International Conference on Psychiatry, Law and Ethics

Datum: March 23 - 25, 2004
Ort: Eilat, Israel; Hilton Queen of Sheba Hotel
Organized by: WPA, Section on Psychiatry, Law and Ethics
Leiter: Prof. A. Carmi
Infos: ISAS International Seminars
POB 574, Jerusalem 91004, Israel
Tel: 9 72 - 2 - 6 52 05 74
Fax: 9 72- 2- 6 52 05 58
e-mail: seminars@isas.co.il

**14. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP
XXVII. Internationales Symposium der Deutschen Akademie für
Psychoanalyse**

Leitung: Prof. Modest M. Kabanow M.D.;
Dipl.-Psych. Dr. phil. Maria Ammon
Titel: Trauma, Bindung und Persönlichkeit – Dynamische Aspekte
Ort: Jagellonian Universität Krakau, Polen
Datum: 16. - 19.3.2005
Information: Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen Akademie für
Psychoanalyse (DAP); c/o Dipl.-Psych. Sylvelin Römisch,
Goethestr. 54, D-80336 München;
Tel.: +49 - 89 - 53 96 74/75
Fax: +49 - 89 - 5 32 88 37
e-mail: lfi-muenchen@dynpsych.de
Internet: www.dynpsych.de

Impressum

Verlag, Sitz und Geschäftsstelle/Publisher:

»Pinel« Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie GmbH
 Berlin, Kantstraße 120 / 121, D - 10625 Berlin
 Tel.: 0 30 / 3 13 28 93, Fax: 0 30 / 3 13 69 59
 Amtsgericht Charlottenburg HRB 64279, pinelverlag@web.de

Geschäftsführer des Verlages:

Dipl. Psych. Gabriele von Bülow, Kantstraße 120/121, D-10625 Berlin

Herausgeber/Editor:

Dr. phil. Dipl. Psych. Maria Ammon, Kantstraße 120/121, D-10625 Berlin
 (verantwortlich für den wissenschaftlichen Teil)

Abonnenntenabteilung/Subscription Management:

Werner Feja, Kantstraße 120 / 121, D - 10625 Berlin,
 Tel. u. Fax: 0 30 / 3 13 69 59, pinelverlag@web.de

Mitglieder der Redaktion/Members of the editorial staff:

Dr. phil. Dipl. Psych. Maria Ammon, Eva Aralikatti, Dipl. Psych. Thomas Bihler, Dr. med. Anette Binder, Dr. phil. Ilse Burbiel, Dipl. Psych. Gabriele von Bülow, Dipl.-Psych. Hellmuth Cox, Dr. med. Dorothee Doldinger, Dr. med. (Univ. Tel Aviv) Egon Fabian, Dr. med. Ulrike Fabian, Dipl. Psych. Saskia Heyden, Dr. phil. Gertraud Reitz, Dipl. Psych. Gerhard Wolfrum

Redaktionsleitung:

Gerhard Wolfrum
 gerhard.wolfrum@klinik-menterschwaige.de

Nachrichtenteil/News:

Verantwortlich Dr. phil. Ilse Burbiel, Presse- und Informationsreferentin im Executive Council der World Association for Dynamic Psychiatry WADP, Gaißacherstr. 5, D- 81371 München

Buchbesprechungen/Book reviews und Korrektorat:

Dipl. Psych. Saskia Heyden, Auenstraße 14, D-80469 München
 saskiaheyden@tiscali.de

Übersetzung, Lektorat, Satzerstellung / Translation, Editing, Typesetting:

Eva Aralikatti, Word.Art.Work, Lehrer-Götz-Weg 20, D-81825 München,
Tel.: 0 89 / 45 46 16 68, mobil: 01 73 / 9 26 12 14
word.art.work@t-online.de

Druck: Offset-Druckerei Gerhard Weinert GmbH, Saalburgstr. 3, 12099
Berlin, Tel.: 0 30 / 60 08 62 - 0, Fax -22, <http://www.weinert-druck.de>
info@weinert-druck.de

*Einreichung neuer Manuskripte bitte an folgende Adresse:
please submit your Manuscript to our editorial office:
redaktion@dynpsych.de*

ANKÜNDIGUNG:

Unsere nächste Ausgabe, Heft 3 / 2003 wird erstmals unter der Herausgeberschaft eines »Guest Editors« erscheinen. In der folgenden Ausgabe wird Ihnen Frau Dr. Margit Schmolke (München, New York) zum Thema »Health Promotion: An Integral Component of Effective Clinical Care« namhafte Autoren aus dem In- und Ausland vorstellen.

Weitere Ausgaben mit »Guest Editors« sind geplant zu Themenschwerpunkten aus den Bereichen Psychoanalyse, Bindungsforschung und Traumatherapie, stationäre Psychotherapie, Familientherapie, Psychotherapieforschung und andere.

Rückmeldungen unserer Leser nehmen wir gern entgegen. Bitte senden Sie Ihre Ideen, Kommentare und Vorschläge an die Redaktionsleitung unter redaktion@dynpsych.de.

Die veröffentlichten Artikel geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder. Manuskripte werden in Deutsch und Englisch ausschließlich in elektronischer Form entgegengenommen. Der Umfang des Manuskriptes sollte nach Möglichkeit 20 doppelzeilige Din A4 Seiten nicht überschreiten soll. Dem Manuskript muss ein englisches Abstract (etwa 100 Worte) beigefügt werden, sowie eine deutsche und englische Zusammenfassung von etwa einem Drittel Länge des Textes. Die Literaturangaben sollten den üblichen Standards der Zeitschrift entsprechen. Bilder und graphische Darstellungen sind einzeln einzureichen, entweder im Word-Format oder als Powerpoint Datei. Zu weiteren Fragen zur Formatierung Ihres Manuskriptes wenden Sie sich bitte per e-mail an das Redaktionsbüro.

Einreichung von Manuskripten bitte ausschließlich per E-mail an das Redaktionsbüro:

redaktion@dynpsych.de

In der Regel dürfen nur Arbeiten eingereicht werden, die vorher weder im In- noch im Ausland veröffentlicht worden sind. Der Autor verpflichtet sich, das Manuskript auch nachträglich nicht an anderer Stelle zu publizieren. Arbeiten können nur ohne Zahlung von Honorar zur Veröffentlichung entgegengenommen werden. Mit der Annahme des Manuskriptes und seiner Veröffentlichung geht das Verlagsrecht für alle Sprachen und Länder einschließlich des Rechts der photomechanischen Wiedergabe oder einer sonstigen Vervielfältigung an den »Pinel« Verlag für humanistische Psychologie und Philosophie GmbH München über. Der Autor erhält kostenlos 5 Beleghefte. Für unverlangt eingesandte Manuskripte, Fotos etc. wird keine Haftung übernommen.

Die Dynamische Psychiatrie erscheint 3x jährlich. Jahresabonnement Euro 60,- (zzgl. Porto), für alle Mitglieder der DAP, der DGG, der DGPM, der WADP und der DGDP, für Ärzte im Vorbereitungsdienst, Mitarbeiter der Psychoanalytischen Kindergärten gegen Nachweis nur in Deutschland Euro 48,- (zzgl. Porto). Studenten Euro 32,- (zzgl. Porto). Einzelheft Euro 10,-, für Bibliotheken wird ein Rabatt von 15 % gewährt, d.h. Euro 51,- (bei Direktbestellung).

Porto:	innerhalb Deutschland	- Euro 4,-
	Europa Landweg	- Euro 6,50
	Europa Airmail	- Euro 10,-

Das Abonnement verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn es nicht vier Wochen vor Ablauf des Bezugsjahres gekündigt wird. Zahlung des Jahresabonnements bis zum 1. April. d.J. auf folgendes Konto: Berliner Commerzbank (BLZ 100 400 00), Kto.-Nr. 507 056 000.

The author's opinion does not necessarily reflect the opinions of the editorial staff. Manuscripts should be limited to 20 double-spaced typed pages, will be accepted in German and English by e-mail only. All manuscripts should have an English abstract (about 100 words) and a summary in German and English (one third of the entire manuscript). Literature references should be adapted to those of the journal. Pictures and graphic illustrations should be submitted in separate files, either in MsWord or as Powerpoint files. For further details regarding the formatting of your submission, please kindly contact the editorial office by e-mail prior to submission.

**Please submit your manuscript to our editorial office by e-mail only:
redaktion@dynpsych.de**

Only previously unpublished manuscripts, which are also not under consideration for any other journal / publication can be submitted. Articles published in this journal may not appear in any other publication. With the acceptance of the manuscript and its publication, the »Pinel« Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie GmbH München reserves the copyright for all countries and languages. There can be no remuneration for contributions.

This journal, or parts thereof, may not be reproduced in any form, by photocopy or any other means without written permission from the publishers. The author receives 5 voucher copies of the journal. We do not undertake any liability for manuscripts, photos etc. which were not requested by us.

The »Dynamic Psychiatry« is published three times a year. Annual subscription rate Euro 60,- for WADP - members Euro 48,- for students 32,- (postage additional), per individual copy Euro 10,-.

postage: Europe, surface mail	- Euro 6,50
rest of the world, surface mail	- Euro 6,50
Europe, Airmail	- Euro 10,00
rest of the world, Airmail	- Euro 10,00

The subscription is prolonged for one year, if it has not been cancelled four weeks before the end of the year. The annual subscription rate should be paid by the 1st of April. The money should be remitted on the account of the »Pinel« Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie GmbH, Berliner Commerzbank (swift code: 100 400 00), account # 507 056 000.

