

# Dynamische Psychiatrie

Begründet von  
*founded by*  
Günter Ammon

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

Vol. 40. Jahrgang

2007•5-6

Nr. 223-224

## *Dynamic Psychiatry*

**WADP • 25 Years: What is new in Psychiatry? • 1**

*Béla Buda*

World Association for Dynamic Psychiatry (WADP) – 25 Years of Development

*Maria Ammon*

The Importance of Creative Dimensions in the Dynamic Psychiatric Treatment Concept

*Ilse Burbiel, Margit Schmolke*

The Concept of Health in Dynamic Psychiatry

*Raymond Battegay*

Psychotherapy As a Means of Self-Realization Within the Norms of Modern Society

*Jerzy W. Aleksandrowicz, Marek Binder, Andrzej Urbanik*

Hypnosis in fMRI

*Ingeborg Urspruch*

Psychoanalytic Theatre Therapy – Catharsis, Self Realisation and Creativity

*Gabriele von Bülow*

Chronic Fatigue Syndrome (CFS): Psychodynamic and Psychotherapeutic Aspects

– A Case Study

*Barbara Engelhardt*

Die Bedeutung von gruppenspezifischen Prozessen für die therapeutische  
Arbeit in der Milieuthérapie

ISSN 0012-740 X

# Dynamische Psychiatrie • *Dynamic Psychiatry*

Internationale Zeitschrift für Psychotherapie, Psychoanalyse und Psychiatrie  
*International Journal for Psychotherapy, Psychoanalysis, and Psychiatry*  
Vol. 40. Jahrgang, 2007, Nr. 223-224, pp. / S. 285-399.

## *Inhalt • Contents*

### *Béla Buda (Budapest)*

World Association for Dynamic Psychiatry (WADP) – 25 Years of  
Development ..... 285

### *Maria Ammon (Berlin)*

The Importance of Creative Dimensions in the Dynamic Psychiatric  
Treatment Concept ..... 289

### *Ilse Burbiel, Margit Schmolke (Munich)*

The Concept of Health in Dynamic Psychiatry ..... 306

### *Raymond Battegay (Basel)*

Psychotherapy As a Means of Self-Realization Within the Norms of  
Modern Society ..... 318

### *Jerzy W. Aleksandrowicz, Marek Binder, Andrzej Urbanik (Krakow)*

Hypnosis in fMRI ..... 331

### *Ingeborg Urspruch (München)*

Psychoanalytic Theatre Therapy – Catharsis, Self Realisation and  
Creativity ..... 343

### *Gabriele von Bülow (Berlin)*

Chronic Fatigue Syndrome (CFS): Psychodynamic and Psychotherapeutic  
Aspects – A Case Study ..... 364

### *Barbara Engelhardt (Berlin)*

Die Bedeutung des Tanzes für das Erleben von Glück ..... 380

### Nachrichten

Bericht vom DGPPN-Kongress 2007 – Daniel Hermelink (München) ..... 395

In Memoriam Yuri Tupitsyn (1932-2007) ..... 398

# World Association for Dynamic Psychiatry (WADP) – 25 Years of Development

Béla Buda (Budapest)

I am happy and honoured that I can greet this jubilee congress of our WADP and can commemorate its history and achievements.

A quarter of century – it is a generation in our personal lives and also, at the same time, an era for society and culture, a period of transformations.

WADP has been founded in a divided world, and its mission was to bring closer to each other groups, persons, scientific views, therapy practices in order to help psychiatric patients and to serve mental health promotion across continents and countries.

During its 25 years of history the world has been changed indeed. WADP was a product and an agent of the change for better, initiating friendship, co-operation and dialogue among helping professions internationally and standing firmly for the values of a holistic, multidimensional, humanistic psychiatry.

The WADP grew out from the life work and theories of Günter AMMON. He was a wonderful personality, endowed with unusual will, power, and creativity. Since we had lost him in 1995, unfortunately many people in this room were not able to meet him and know him personally. Those who had known him, vividly remember his kind spirit, wit, magnetic influence on everybody, his lucidity of thought, his deep empathy.

I met him in 1968 in Vienna, where he introduced his group therapy approach to a large international congress. His impact was obvious, he presented new ideas and group techniques which attracted interest in many participants while elicited contradictions in others. Nobody was indifferent towards him. This was characteristic for him during his subsequent decades of work and teaching. He was sincere, passionate, enthusiastic, thus he was liked or disliked, and he never cared for it. He did not 'manage' himself or his school, he said always the unpleasant truth, especially, when he fought for patients, for humane treatment of the mentally ill, for reforms in psychiatry and psychoanalysis and when he pointed out to the responsibility of society for its underdogs, alienated and sufferers. He evoked much resistance and conflict in professional circles but he was very popular and widely known at the same time.

He spent ten years of study and practice in the United States and then returned to Berlin just in the time of student revolts which culminated in 1968.

He supported the demands of youth for a society based on freedom, self-fulfilment and social solidarity. He found the causes of personality disorders and especially of borderline personality structures in the malfunctioning of social institutions, mainly in the family and in the overall value system of modern society, in individualisation, compulsive strivings of achievement, and adaptation, rivalry, and repression.

AMMON created a new theory and ego, stressing the importance of its functions, elucidating the pathological and deficient forms of them and building a comprehensive nosology upon these views (spectrum of archaic ego disorders). This system aimed a more adequate, multimodal therapy, based on group principles, and initiated and supported restitutive and corrective development of the ego.

Beginning from the middle sixties AMMON described a new school of psychoanalysis, psychosomatics and group therapy, initiated a training system and collected a strong team of pupils and co-workers. In the seventies he maintained contacts with therapists from a number of countries, who were psychoanalysts but wanted to expand the original theory towards relational and group principles and who were interested to treat psychotics and other psychiatric disorders which were not regarded suitable previously for psychoanalytic theory.

I had the privilege to observe this development of concepts, theories, methods and treatment modalities visiting the meetings of the German Academy of Psychoanalysis and the different other associations around this school and maintaining a scientific communication with AMMON.

It was clear for me that this theoretical system contained many new vistas which were not expanded and which promised further progress and evaluation. I was deeply impressed by AMMON's epistemology, he emphasised several times, that he was interested only in 'therapy science' (Behandlungswissenschaft) dealing with clinical facts or personality theory. His vast literary production, indeed is concerned almost exclusively with nosology (etiology, pathogenesis, symptomatology) and first of all therapy – i. e. theory of behaviour change, emotional processes, healing, and empowering interaction.

1982 was a peak period for Günter AMMON and his Berlin School of Dynamic Psychiatry and for its organisational framework, the German Academy for Psychoanalysis (DAP). The Academy had several flourishing institutes – centres for outpatient services, training and research – through Germany, it started a hospital, a Dynamic Psychiatric Clinic in Munich, and attracted a growing

number of international scientists to its yearly congresses. At this time AMMON created a complete system of integrative, comprehensive psychiatry and psychotherapy, based on psychoanalytic principles and treatment methods, but envisioning a holistic, multidimensional, humanistic ecological view of man, embedded into society and culture by socialisation and group networks. A synthesis of theories and therapeutic practices initiated by AMMON was given in the two volumes of the spectacular *Handbook of Dynamic Psychiatry* (published in 1981 and 1982 in German) and the Berlin School's bilingual scientific journal *Dynamische Psychiatrie / Dynamic Psychiatry* became a leading organ in that field. A special feature of the Dynamic Psychiatry movement was the great participation of scientists from the Soviet Union and the Socialist countries, especially from Poland and Hungary, but also from Israel and India.

The time was ready for an international association and this came into life through the WADP. In the subsequent years, WADP and DAP organized joint congresses, where the theoretical and methodological innovations were presented regularly. Until the untimely death for Günter AMMON (1995), his introductory lectures were highlights in the development of the dynamic work. The ego structural dance therapy, theatre performances of patients, or active participation by them at the scientific organisations of the Clinic or the local DAP institutes were the main steps forwards, as well as the intensive scientific research done mainly in Germany (new test methods, surveys of therapy efficacy etc.).

International training and scientific exchange were also main activities in the WADP, dozens of foreign experts working in helping professions received – mainly postgraduate – training in Munich. The co-operation between German and Russian scientists was especially vivid, German scientists provided psychotherapeutic and psychoanalytic training for Russian scientists, mainly in St. Petersburg but also all over Russia, after the more liberal period following the falling of the Soviet regime. The close co-operation found expression in the fact, that after AMMON's death Modest M. KABANOV, the director of the Bechterew Institute in St. Petersburg was elected as president of WADP and also his successor is a Russian scientist, Nikolay G. NEZNANOV.

WADP has fulfilled a growing role in international psychiatry. It has won gradually recognition in international bodies of psychiatry, especially in the WPA (World Psychiatric Association), which represented itself regularly first of all at the international events of the WADP. But the main importance of WADP was mainly scientific and symbolic. Scientific, because Dynamic Psychiatry became one of the main bridges between the divided realms of the pre-

sent day psychiatry, especially between biological and social psychiatry and between mainstream psychiatry and the psychoanalytic schools, and between psychiatry in east and west etc., and symbolic, because it inspired and encouraged psychiatrists and helping professionals in underdeveloped regions such as in the former socialist countries and in the countries of the Third World. Equity, mutual respect and support, co-operation have been established between the different scientific communities and such issues were faced on an international level as the role of trauma in the etiology of psychiatric disorders, or the spiritual dimension in the treatment, social energy in all fields of therapy and rehabilitation etc.

Personally, I have to mention the impact of the WADP made upon my own country Hungary. Both DAP and WADP contributed to the establishment and growth of innovative psychotherapy and rehabilitation services in the country as well as to development of training of professionals. Hundreds of Hungarian psychotherapists participated at the subsequent congresses of WADP, dozens spent months or several weeks in the Munich Clinic studying the complex therapy system there and a number of publications from Hungarian authors appeared in the journal, the 'Dynamic Psychiatry' and in volumes of different readers and thematic collections of articles, of the DAP and WADP.

WADP clearly has a future. A change of generations participating at it is taking place in these years, but the values, holistic view of man, methods of therapy and the importance of international co-operation remain timely and necessary for our troubled world. Scientists need communication and contact, and mental health prevention and care are as insufficient as ever in practically every country and treatment is usually one-sided and inadequate for the majority of patients. Günter AMMON's legacy has to be realised in our times, and WADP can carry on the beacon of his initiatives.

# The Importance of Creative Dimensions in the Dynamic Psychiatric Treatment Concept

Maria Ammon (Berlin)

Creativity has been and still is an important topic in psychoanalytic theory. First recent publications on the psychoanalytic understanding of creativity and the role of creativity in psychoanalytic psychotherapy are reviewed. Then contributions from trauma research and neurobiology are considered, with respect to the connection of early childhood traumatization, neurobiology, and the importance of creativity in the psychotherapeutic treatment of such traumas. Finally the concept of creativity in the Berlin School of Dynamic Psychiatry and its importance in the therapeutic practice of Dynamic Psychiatry are described.

Keywords: creativity, psychoanalysis, trauma, neurobiology, psychotherapy

Psychiatry has drawn perpetually a connection between creativity and severe mental illness, particularly in conjunction with schizophrenia and psychosis. Even psychotic processes have been connected to creative phenomena in this context (EMRICH 2005).

## Concepts of creativity in psychoanalysis

Psychoanalysis has likewise attempted to develop its concepts of creativity further, taking FREUD's sublimation theory as its basis. The articles published most recently on this subject cover a wide range of aspects. CLEMENZ (2005) for example postulates, that not only the concept of psychosexual development, but also the structure of the ego as well as inter-subjective cultural factors play a significant role in understanding creativity. CHESSICK (2005) differentiates between normal creativity and genius, in which context the former is allocated to enjoyment and recreation while the latter imparts a new understanding of the person's own culture, of himself or herself, all the way to transcendence. In her paper on creativity and psychoanalysis, LEUZINGER-BOHLEBER (2005) refers to the significance of the flexible exchange between internal and external images for mental health as well as creative and innovative processes. However, in severely traumatized individuals, menacing internal images can lead to overstimulation and loss of control that often can only be expressed by violence against themselves and against others. This conclusion hints at an important as-



pect of psychoanalytic theorizing on creativity: the focus on the relationship of psychic crisis to creativity, as well as the connections between psychopathology and creativity.

Psychic crises are often understood as stimulating creativity. In the psychoanalytic treatment of depression, HAU (2005) considers object loss to be a stimulus for creative work. He proceeds from the assumption that creativity requires grief and an insight into the limitations of a person's life. PLATTA (2005) considers the old-age crisis to open up an opportunity for creativity while MORAWITZ-HASELAUER (2006) describes, from a depth-psychological perspective, how longing, grief and fear can set in motion a creative process in which conflicts are overcome. On the other hand, mental illnesses are mostly understood as preventing creativity (CHESSICK 2005). This means for psychoanalysis that a relatively intact ego must be established in order to enable the patient to be creative again.

The role of creativity in psychoanalytic therapy is also an important issue in the literature. SILBERSCHATZ (2005) compares the processes of splitting and reintegration in psychoanalytic patients with creative processes. He demonstrates how personal and socio-cultural traumata can be expressed in artistic works. He considers FREUD's theory of psychosexual development to be too limited in this regard, however. SEWARD (2006) performed a study with 43 therapists and their patients and determined that the values determining therapists' creativity enabled highly exact predictions of their attachment ratings, but did not offer any insights into the patients' ability to form working alliances. It became clear in this context that other factors are important as well, such as the therapist's experience, patients' defense mechanisms and the severity of their illness. SELBY (2005) studied eight therapists during their training, focusing on the role that creativity has to play in the psychotherapeutic process. She applied the 'grounded theory' method in evaluating the interviews and video recordings of therapists and their supervisors. The relationship between the therapist and patient turned out to be a central aspect of the creative processes in therapy. SELBY concluded that creativity was essential for the therapeutic process.

Creativity in psychotherapy is also researched with respect to nonverbal therapies, e.g. music-therapy. GRIFFIN (2005) perceives music to be a healing factor that promotes creativity in psychotherapy and has done so from antiquity until well into the 20<sup>th</sup> century. QUAST (2005) likewise refers to the importance of music for the learning process. The spectrum within which music takes an effect ranges from offering opportunities for relaxation and activation to the



ability to hone one's perception and rhetoric, to promote memory processes, creativity, and to improve the capacity for concentration, finally even changing psychophysical sensitivities and developing emotional and social processes.

## Creativity, brain development, and psychic trauma

The rapid development of trauma-research and neurobiology in the last 15 years has brought interesting new aspects and evidence into the psychoanalytic theorizing on creativity. These new research addresses the connection of early childhood traumatization, neurobiology, and the importance of creativity in the psychotherapeutic treatment of such traumas.

Neuro-psychoanalytical approaches that integrate attachment theory, developmental psychology, and trauma research are advocated by Allan SCHORE (2005). SCHORE developed a psycho-neurobiological model for structuring and developing the self. In this context, he focuses particularly on the importance of developing the right hemisphere of the brain, which depends on experiences in early childhood. ROTENBERG (2007) also draws attention to the importance of the right frontal lobe of the brain for forming the self image, for intellectual development, and for creativity. This determines how the self will integrate into the multidimensional world. Any impairment that leads to a functional insufficiency of the right frontal lobe during the process of maturity creates a predisposition for mental illnesses.

SCHORE juxtaposes his development-oriented, neuro-psychoanalytic view with the psycho-pathogenesis of severe deficits in the self-system. He thus draws a connection between self-psychology and the neurobiology of traumata in early childhood to the etiology of post-traumatic stress disorders and borderline illnesses. The earlier the stage at which the child suffered the traumatizing impacts inflicted on it by the primary group, the more severe the mental and neuro-physiological effects on the child. This view is also endorsed by HÜTHER (2006).

The brain of the child is very sensitive to disturbances, since the child is not yet equipped with the resources required to cope with stress. Instead, the child's ability to cope with threatening situations relies on the protection provided by secure attachment (GUNNAR 1998). This is what makes the loss of this kind of security the most important cause of early childhood traumatization.

VAN DER KOLK (1996) described this type of situation as one of deep-seated uncertainty, which goes hand in hand with a permanent state of hyper-vigilance

or a tendency to shut down as soon as any type of emotionally charged stimuli occur, since the individual experiences all of them as a potential source of danger. This phenomenon has come to be known as ‘emotional dedifferentiation’. Traumatized children have been found to be cognitively and emotionally underdeveloped—a lack which will manifest as psychiatric and psychosomatic symptoms in their later lives. These findings imply that incomplete differentiation at a young age might result in dedifferentiation in adult life. (GALLEY, FISCHER, HOFMANN 2000).

### Change of brain structures in psychotherapy

In SCHORE’s opinion, psychotherapy can enable a restructuring of neurobiological processes. ROTENBERG draws the conclusion that the purpose of psychotherapy is to restore the functions of the right frontal lobe in the process of establishing a multidimensional, empathic relationship between the therapist and the patient.

Due to brain plasticity, the brain structures resulting from traumatic experiences suffered in early childhood can change as a result of new compensatory experiences. The hormones Serotonine and Dopamine play a central role for the structuring of the brain. These hormones are also important for feelings of happiness, sympathy, and enjoyment. It might be concluded, that there is a relationship between positive feelings and the growth of nerves in the brain.

Another important aspect is the discovery by RIZZOLATTI et al. (2003) of ‘mirror neurons’ to which BAUER (2006) refers. This system of ‘mirror nerve cells’ is essential for the communication between mother and infant, and thus for the development of a person in his or her early childhood. In other words, the brain has nerve cell networks that store the signals of other people as they have been perceived, so that they can be re-experienced and re-produced. Moreover, this means that the infant ‘mirrors’ maternal signals and that this ability sets in shortly after birth. This also seems to be the neurobiological basis for observational learning.

Therefore, a caring and loving relationship is the precondition for healthy neurobiological development. The mirror neurons and the activation of the ‘attachment hormone’ Oxytocin demonstrate that the emotional development and the neurobiological growth of the brain depend on interpersonal attachments.

For psychotherapy that means that the psychotherapeutic relationship should stimulate neuro-biologically the Oxytocin production by means of attention,

appreciation and interest and these feelings will be stored in the emotional centers of the brain along with the memory of positive feelings that patients have already experienced. This results in the development of trust and the ability to form attachments which finally can lead to changes in the brain structure.

## Creativity from the perspective of dynamic psychiatry

The concept of creativity plays a central role in the theory and practice of dynamic psychiatry. Günter AMMON, who broke away from FREUD's sublimation theory, considers creativity to be an aspect of every individual's identity. He defined it as a central human function that is anchored in the unconscious of the individual. The unconscious itself he considered as a place of creative potentialities for development. Depending on the influences of the primary group, the individual and his or her creativity can develop constructively, deficiently, or destructively. In AMMON's understanding, creativity is not necessarily tied to expression in works of art. Instead, he holds that it is related to a person's lifestyle and creative life design, in other words, whether or not that person is able to realize his or her needs and desires and to achieve objectives. Creativity, in this sense, is very closely related to constructive aggression within the meaning of 'ad gredi'—to be able to approach people and things. AMMON (1974) differentiates between the creative process and the creative act. Both are necessary for implementing developmental stages in life, and to AMMON they always signify an important step in developing an identity of one's own, which means leaving the internalized primary group dynamics both at the unconscious and at the conscious level.

The creative process always entails dealing with a problem that is to be solved, this process may extend over a long period of time. AMMON (1974) also refers to this process as the 'tertiary thought process'. It takes place in a state that is particularly open to thought, aggression, erotic experiences, and interpersonal exchange. This is a state receptive to both the unconscious and the conscious plane, in which the human functions are highly flexible. In this state, the solution to a problem can be found. The surrounding group that protects the individual and offers it external boundaries will always be of great importance for such creative processes. The imaginative and creative act then means integrating new experiences into the personality and the ego. In this way, the patient's identity is expanded. AMMON writes on this subject:

Consequently, creativity always means an increase of structure, combined with a change in the personality and the group. [...] Creativity will always affect the individual as a whole, manifesting itself in a creative lifestyle, i. e. there will be sufficient space to feel, think and act such that people respect themselves and others. (AMMON 1982, p. 727)

AMMON considers the creative lifestyle to be one that relates to thought, sexuality, work, and the relationships of every person, independent of their status, education, artistic production, or scientific achievement. In this sense, any instance in which a person develops his or her identity in the course of their therapeutic process may be understood as a creative process, combined with the creative act, entailing increased structure and the growth and expansion of identity.

The creative act in psychotherapy according to the theory of Dynamic Psychiatry always means an inner demarcation of the symbiosis with the primary group for the sake of one's own identity. This implicates to undergo great anxiety and aggression which can be only coped with by support of the individual psychotherapist, the psychotherapeutic group, or in hospital treatment by the whole therapeutic field of the hospital. Identity growth and psychotherapeutic development in this process are dependent on the integration of these new experiences into the personality structure of the patient. ROTENBERG (2007) underlines this from a neuro-physiological perspective, stating that "thus, the main task of psychotherapy is to restore the patients' right lobe skills, the poly-semantic way of thinking." (ROTENBERG 2007, p. 64)

AMMON has developed a multidimensional treatment concept for those patients who were traumatized at a very early stage in their childhood, in most cases already in the prenatal stage, and who experienced limitations in their capabilities and their identity in terms of neuro-physiological and physical characteristics, as well as in all areas of their emotional and experiential lives.

AMMON has a holistic conception of man, who has healthy, but also ill and traumatized aspects, which the individual is sometimes unable to experience and which represent his or her personality deficit. AMMON's concept involves work on strengthening the human-structure, stabilizing resources, enabling patients to make up for parts of their personality development. Moreover, it relies on the efforts of an emotionally available team, which, by applying verbal and nonverbal therapy methods, provides the patient with a group dynamic treatment network filled with social energy. Allying oneself with the so-called healthy and constructive areas of a person's personality is at the center of the initial stages of therapeutic work.

Special significance in the treatment of individuals suffering from early childhood traumatization and attachment disorders is given to nonverbal therapy methods that enable creativity such as painting therapy, dance therapy, theater therapy, and music therapy, but also riding therapy, body therapy and especially milieu therapy. ROTENBERG (2007) agrees with AMMON that nonverbal approaches to therapy are important in activating capacities in the right hemisphere of the brain and in developing patients' creativity. Often, it is not possible for these patients to gain access, in verbal contact with their therapist, to the preverbal experiences they had in very early childhood, which they were unable to differentiate in terms of their brain structure. Only by strengthening their resources and creative possibilities, by acting out at the nonverbal level, can they begin to feel anew, to experience life in the true sense, and only then will they be able to discover problematic issues in the course of their therapy, working through them both nonverbally and verbally.

AMMON (1976) writes in this context, that the surrounding creative group of people is of great importance. In the milieu therapy group, the patient's artistic abilities and his or her capabilities are strengthened and supported in the group's creative project and as a result of the group experience, which awakens their creative impulses. We can recognize the degree to which a personality has developed from the artistic designs, and these are understood as the beginning of a creative process. In order for the patients to be able to integrate and to thus enjoy the creative act of an expanded identity and increased structure, the therapist must sometimes assume integrating, auxiliary ego functions for the patients and make himself or herself available to the patient as an object of identification.

In the practice of treatment according to the principles of Dynamic Psychiatry it is very important to work with free association, dreams, metaphoric interventions and humor to stimulate the capacities in the right hemisphere of the patient. Mirroring the patient with interventions like these is regarded to be more important than interpretations.

Here the mirroring phenomenon according to BAUER (2006) is of central importance for the psychotherapeutic process as the psychotherapist has to give an example for identification since intuitive perception and mirroring processes more strongly influence the success of the treatment for strengthening self confidence, trust, and enabling a greater degree of openness for creative processes. Daniel STERN (1985) referred to these as 'now moments' that seize the patient's innermost thoughts. According to HÜTHER patients will gain access to

their own resources again. In this regard, the patient's own initiative and recognition by others of what they have achieved are important aspects for further creative developments in psychotherapy.

Acting out of the patient in therapy can be understood as a form of creativity that is directed, as an expression of the patients' anxiety, against change. According to AMMON, this can be referred to as destructive creativity. Experiencing new creative developments in psychotherapy means always to go through anxiety and destructive aggression during the creative act. AMMON speaks of border situations—there is some similarity to the concept of STERN's 'now-moments'—which must be experienced time and again in therapy so that a creative process becomes an exchange of social energy and of contact, and so that the increase in personal and brain structure and development of identity can occur. This always goes hand in hand with archaic feelings of abandonment and great fears and aggressions that exist in connection with the traumatization in early childhood and to demarcate from the internalized primary group. Creative expression can then be understood as a means of differentiating the patient from what is pathologic. The integration of nonverbal and verbal therapy methods within the therapeutic field will enable patients to once more gain access to their creative potential in the right hemisphere of the brain. This includes their capability to feel in new ways, to sense and think creatively, but also to establish new links to the logical areas in the left hemisphere, in terms of neurobiology. An integration of these two areas facilitates a recovery and enables patients to live a life with their own identity combined with a creative lifestyle.

## Die Bedeutung der Kreativität im Behandlungskonzept der Dynamischen Psychiatrie

Maria Ammon (Berlin)

Eine Verbindung zwischen Kreativität und schweren psychischen Erkrankungen wurde in der Psychiatrie immer wieder hergestellt, besonders im Zusammenhang mit Schizophrenie und Psychose. Selbst der psychotische Prozess wird in diesem Zusammenhang mit einem kreativen Phänomen verbunden (EMRICH 2005).

## Konzepte der Kreativität in der Psychoanalyse

Auch in der Psychoanalyse wird die künstlerische Kreativität ausgehend von FREUDs Sublimierungstheorie versucht weiterzuentwickeln. Die neuesten Arbeiten, die zu dieser Thematik veröffentlicht wurden, umfassen ein weites Spektrum an Aspekten der Kreativität. So postuliert CLEMENZ (2005), dass nicht nur das Triebkonzept, sondern auch die Struktur des Egos und intersubjektive kulturelle Faktoren eine bedeutende Rolle für das Verständnis der künstlerischen Kreativität spielen. unterscheidet zwischen normaler Kreativität und Genialität, wobei die erstere dem Vergnügen und der Ablenkung zugeordnet ist und die zweite ein neues Verständnis der eigenen Kultur, von sich selbst bis hin zur Transzendenz bringt. LEUZINGER-BOHLEBER (2005) weist im Zusammenhang mit Kreativität und Psychoanalyse auf die Bedeutung des flexiblen Austausches zwischen inneren und äußeren Bildern für die seelische Gesundheit und kreative und innovative Prozesse hin. Bedrohliche innere Bilder können allerdings bei schwer traumatisierten Menschen zu Reizüberflutung und Kontrollverlust führen, die oft nur durch Gewalt gegen das Selbst und gegen andere ausgedrückt werden. Dieser Schluss verweist auf zwei andere wichtige Aspekte der psychoanalytischen Auseinandersetzung mit dem Phänomen der Kreativität, nämlich die Beziehung zwischen psychischen Krisen und Kreativität einerseits, das Verhältnis von Kreativität und psychischer Krankheit andererseits.

Psychische Krisen werden dabei häufig so verstanden, dass sie Kreativität stimulieren können. Bei der psychoanalytischen Behandlung von Depression sieht HAU (2005) den Objektverlust als einen Anreiz für kreatives Schaffen. Er geht davon aus, dass Kreativität Trauer benötigt und eine Einsicht in die Begrenztheit. PLATTA (2005) sieht die Alterskrise als eine Schöpferchance. MORAWITZ-HASELAUER (2006) beschreibt in ihrer Arbeit, wie aus tiefenpsychologischer Sicht aus den Gefühlen von Sehnsucht, Trauer und Angst ein kreativer Prozess der Konfliktbewältigung resultieren kann. Psychische Erkrankungen werden andererseits meist so verstanden, dass sie Kreativität verhindern (CHESSICK 2005). Für die Psychoanalyse bedeutet dies, dass erst ein relativ intaktes Ego hergestellt werden muss, um wieder kreativ werden zu können.

Die Rolle der Kreativität in der psychoanalytischen Behandlung ist ebenfalls ein wichtiges Thema der Literatur. SILBERSCHATZ (2005) vergleicht zum Beispiel die Splitting-Prozesse und die Reintegration bei psychoanalytischen Patienten mit kreativen Prozessen. Er zeigt auf, wie persönliche und soziokulturel-



le Traumata in künstlerischen Produktionen ausgedrückt werden können. Er sieht die Triebtheorie FREUDs als zu eng. SEWARD (2006) machte eine Untersuchung mit 43 Therapeuten und deren Patienten und stellte fest, dass die Kreativitätswerte des Therapeuten voraussagekräftig für seine Bindungsratingwerte waren, aber nicht für die Arbeitsbündniswerte der Patienten. Hier wurde deutlich, dass weitere Faktoren wie die Erfahrung des Therapeuten, die Abwehrmechanismen und die Schwere der Erkrankung der Patienten wichtig sind. SELBY (2005) untersuchte acht Therapeuten in Ausbildung zu dem Thema, welche Rolle Kreativität im psychotherapeutischen Prozess spielt. Sie werteten die Untersuchung basierend auf Interviews und Videoaufnahmen von Therapeuten und ihren Supervisoren mit der 'grounded theory' aus. Für einen kreativen Prozess in der Therapie stellte sich die Beziehung als zentral heraus, und dass die Kreativität wesentlich für den therapeutischen Prozess war.

Kreativität in der Psychotherapie wird darüber hinaus auch im Hinblick auf die nonverbalen Therapieformen und deren kreativierende Qualitäten untersucht, z. B. im Bereich der Musiktherapie. Musik wird als heilend und kreativierend in der Psychotherapie – ausgehend von der Antike bis ins 20. Jahrhundert – zum Beispiel von GRIFFIN (2005) dargestellt. Auf die Bedeutung von Musik für Lernprozesse weist auch QUAST (2005) hin. Die Wirkungsbereiche von Musik reichen dabei von Entspannung und Aktivierung über Training von Wahrnehmung und Rhetorik, Förderung von Gedächtnisprozessen, Kreativität und Verbesserung der Konzentrationsleistung bis zur Veränderung psychophysischer Befindlichkeit und zur Entwicklung emotionaler und sozialer Prozesse.

## Kreativität, Gehirnentwicklung und psychisches Trauma

Die rapide Entwicklung der Traumaforschung und neurobiologischen Forschung in den letzten 15 Jahren hat interessante neue Aspekte und Fakten aufgezeigt, welche die Traditionen der psychoanalytischen Theoriebildung zum Phänomen der Kreativität ergänzen und bereichern können. Ein Aspekt, der von besonderer Bedeutung erscheint, ist die Verbindung von Frühtraumatisierungen, Neurobiologie und der Bedeutung von Kreativität in der damit zusammenhängenden psychotherapeutischen Behandlung.

Neuropsychanalytische Ansätze, die Bindungstheorie, Entwicklungspsychologie und Traumaforschung integrieren, werden von Allan SCHORE (2005) vertreten. SCHORE entwickelte ein psychoneurobiologisches Konzept für die

Strukturalisierung und die Entwicklung des Selbst. Er weist dabei besonders auf die Bedeutung der erfahrungsabhängigen frühen Entwicklung der rechten Hirnhemisphäre hin. ROTENBERG (2007) weist ebenfalls auf die Bedeutung des rechten Hirnfrontallappens für die Entwicklung von Selbstbildformationen, geistiger Entwicklung und Kreativität hin. Dies bestimmt die Integration des Selbst in die mehrdimensionale Welt. Eine Beeinträchtigung, die zu einer funktionalen Insuffizienz des rechten Frontallappens im Prozess der Reifung führt, bildet eine Prädisposition für psychische Erkrankungen.

SCHORE setzt seine entwicklungsorientierte neuropsychanalytische Sichtweise in Beziehung zu der Psychopathogenese von schweren Defiziten im Selbstsystem. Er stellt eine Verbindung her zwischen der Selbstpsychologie und der Neurobiologie von Traumata in der frühen Kindheit und der Ätiologie von posttraumatischen Stress Disorders und Borderline-Erkrankungen. Je früher die traumatisierenden Einwirkungen durch die Primärgruppe auf das Kind sind, desto schwerer wiegen die psychischen und hirnhysiologischen Auswirkungen. Dies stellt auch HÜTHER (2002) dar.

Das sich entwickelnde Gehirn des Kindes ist äußerst anfällig für Störungen, da das Kind noch nicht in ausreichendem Maße über die Ressourcen verfügt, Stresszustände zu regulieren. Stattdessen hängt die Kapazität des Kindes mit bedrohlichen Situationen und Affektzuständen fertigzuwerden entscheidend von der Verfügbarkeit einer sicheren Bindungsbeziehung ab (GUNNAR 1998). Aus diesem Grund ist der Verlust von Bindungssicherheit der wichtigste Grund für Traumatisierungen in der frühen Kindheit.

VAN DER KOLK (1996) beschreibt diese Situation als einen Zustand tief greifender Unsicherheit, der eine permanente Hypervigilanz zur Folge hat bzw. eine Tendenz zum 'Abschalten' mit sich bringt, so bald irgendein emotional stark besetzter Stimulus auftritt, da das Individuum einen jeden solchen Stimulus als potenzielle Quelle der Bedrohung erlebt. Dieses Phänomen ist als 'emotionale Entdifferenzierung' bekannt geworden. Entsprechend wurde in empirischen Studien herausgefunden, dass traumatisierte Kinder Entwicklungsrückstände sowohl in der kognitiven wie auch der emotionalen Entwicklung aufweisen – Entwicklungsrückstände, die sich als psychiatrische und psychosomatische Symptome im Erwachsenenalter manifestieren können. Diese Befunde legen den Schluss nahe, dass eine unvollständige Differenzierung in einem jungen Alter zur Entdifferenzierung im Erwachsenenalter führen kann (GALLEY, FISCHER, HOFMANN 2000).

## Veränderung von Gehirnstrukturen durch Psychotherapie

Nach SCHORES Ansicht kann Psychotherapie eine neue Strukturierung der neurobiologischen Vorgänge ermöglichen. ROTENBERG spricht davon, dass es die Aufgabe der Therapie sei, die Funktionen des rechten Frontallappens im Prozess einer mehrdimensionalen empathischen Beziehung zwischen Therapeut und Patient wiederherzustellen.

Aufgrund der Plastizität des Gehirns können frühe Traumaerfahrungen durch neue wiedergutmachende Erfahrungen die Hirnstrukturen verändern.

Die Hormone Serotonin und Dopamin spielen für die Hirnstrukturierung eine zentrale Rolle. Diese sind auch für Glücksgefühle, Sympathie und Genuss wichtig. Dies lässt darauf schließen, dass ein Zusammenhang zwischen positiven Gefühlen und den Nervenwachstumsfaktoren im Gehirn besteht.

Ein weiterer für die Psychotherapie bedeutsamer Aspekt ist die Entdeckung der so genannten *Spiegelneuronen* ('mirror neurons') durch RIZZOLATTI et al. (2003) auf die sich BAUER (2006) in seinen Arbeiten bezieht. Dieses System der 'Spiegelneuronen' ist wesentlich für die Kommunikation zwischen Mutter und Säugling und damit für die frühe Entwicklung eines Menschen. D. h. das Gehirn besitzt Nervenzellnetzwerke, die die wahrgenommenen Signale bei anderen Menschen abspeichern, so dass sie nacherlebt und reproduziert werden können. D. h. weiter, dass der Säugling mütterliche Signale 'spiegelt', diese Fähigkeit setzt bereits kurz nach der Geburt ein. Dies scheint auch die neurobiologische Grundlage für das 'Lernen am Modell' zu sein.

Eine fürsorgliche und liebevolle Beziehung ist für Kinder deswegen die Voraussetzung für eine gesunde neurobiologische Entwicklung. Die erfahrungsbhängige Plastizität des Gehirns setzt bereits während der Schwangerschaft ein und spielt in den ersten Jahren nach der Geburt eine entscheidende Rolle, sowohl für die emotionale und intellektuelle, als insgesamt die neurologische Entwicklung des Kindes. Die Spiegelneurone und die Aktivierung des 'Bindungshormons' Oxytocin zeigen, dass die seelische Entwicklung und die neurobiologische des Gehirns auf zwischenmenschliche Bindungen angewiesen ist.

Für die Psychotherapie bedeutet das, dass die therapeutische Beziehung durch Qualitäten wie Zuwendung, Aufmerksamkeit, Anerkennung auf einer neurobiologischen Ebene die Oxytozinproduktion anregen sollte. Diese Gefühle werden zusammen mit der Erinnerung an andere positive Gefühlserfahrungen in der Vergangenheit des Patienten in den Emotionszentren des Gehirns

gespeichert. Dies führt im günstigen Falle zur Vertrauensbildung und zur Bindungsfähigkeit, welche wiederum zur Veränderung von Gehirnstrukturen führen können.

## Kreativität aus Sicht der Dynamischen Psychiatrie

Das Konzept der Kreativität spielt eine zentrale Rolle in der Theorie und Praxis der Dynamischen Psychiatrie. Günter AMMON löste sich von der Sublimierungstheorie FREUDS und sah die Kreativität der Identität jedes Menschen zugeordnet. Er definierte sie als eine zentrale Humanfunktion, die im Unbewussten des Menschen verankert ist und je nach Primärgruppeneinflüssen sich konstruktiv, defizitär oder destruktiv entwickeln kann. Kreativität ist von seinem Verständnis aus nicht unbedingt gebunden an Ausdruck in der Kunst, sondern vielmehr zusammenhängend mit dem Lebensstil und dem kreativen Lebensentwurf eines Menschen, d. h. ob er seine Bedürfnisse und Wünsche und Ziele umsetzen kann. In diesem Sinne ist Kreativität auch sehr eng mit der konstruktiven Aggression im Sinne des *Ad gredi* – auf Menschen und Dinge zugehen zu können – verbunden. AMMON (1974) unterscheidet zwischen dem kreativen Prozess und dem kreativen Akt. Beide sind für eine kreative Umsetzung notwendig und bedeuten für AMMON immer einen wichtigen Identitätsschritt, der ein unbewusstes und bewusstes Heraustreten aus der verinnerlichten Primärgruppendynamik bedeutet.

Der kreative Prozess bedeutet immer eine Beschäftigung mit einem zu lösenden Problem, das sich über lange Zeit erstrecken kann. Diesen Prozess bezeichnet AMMON (1976) auch als 'tertiären Denkprozess'. Er findet in einem Zustand von einer besonderen Offenheit für Denken, Aggression, Erotik und menschlichem Austausch statt. In einem Zustand, der sowohl zum Unbewussten hin als auch zum Bewussten hin geöffnet ist mit einer erhöhten Flexibilität der Humanfunktionen. In diesem Zustand kann die Lösung eines Problems gefunden werden. Für kreative Prozesse ist immer die umgebende Gruppe wichtig, die den Menschen schützt und ihm äußere Grenzen bietet. Der schöpferische oder kreative Akt bedeutet dann die Integration der neuen Erfahrungen in die Persönlichkeit und das Ich. Es findet damit eine Identitätserweiterung statt. AMMON sagt hier:

Demnach bedeutet Kreativität immer Strukturgewinn verbunden mit einer Veränderung der Persönlichkeit und der Gruppe [...] Kreativität wird immer den Menschen in seiner Ganzheit berühren und sich in einem kreativen Lebensstil äußern, d. h., dass eigenes Fühlen, Denken und Handeln genügend Raum ha-

ben, dass der Mensch Achtung vor sich selbst und den anderen habe. (AMMON 1982, S. 727)

Er sieht den kreativen Lebensstil, der das Denken, die Sexualität, die Arbeit und die Beziehungen jedes Menschen betreffen, unabhängig von Status, Bildung, künstlerischer Produktion oder wissenschaftlichen Leistungen. Jede Identitätsentwicklung eines Menschen kann in diesem Sinne im therapeutischen Prozess als kreativer Prozess verbunden mit dem kreativen Akt im Sinne von Strukturgewinn und Identitätserweiterung verstanden werden.

Der kreative Akt in der Psychotherapie bedeutet immer eine Abgrenzung aus der Symbiose mit der Primärgruppe im Dienste der eigenen Identitätsentwicklung. Dies impliziert, dass dadurch starke Ängste und destruktive Aggression ausgelöst werden, die oft nur durch den intensiven Einsatz von Therapeuten und therapeutischen Gruppen vom Patienten ausgehalten werden können. Identitätswachstum und Entwicklung in der Psychotherapie hängen entscheidend davon ab, ob und inwieweit diese neuen Erfahrungen in die Persönlichkeitsstruktur des Patienten integriert werden können. ROTENBERG (2007) sieht dies aus hirnpfysiologischer Sicht folgendermaßen: „dementsprechend besteht die Hauptaufgabe der Therapie darin, die rechtshemisphärischen Fähigkeiten des Patienten wieder herzustellen, d. h. die polysemantische Art des Denkens.“ (S. 64)

Für diese Patienten, die schon sehr früh, meist schon pränatal, Traumatisierungen erlebt haben und die in ihren Möglichkeiten und in ihrer Identität sowohl hirnpfysiologisch und körperlich als auch in allen Gefühls- und Erfahrungsbereichen Einschränkungen erlebten, hat AMMON ein mehrdimensionales Behandlungskonzept entwickelt.

AMMON hat ein ganzheitliches Verständnis des Menschen, der sowohl gesunde wie auch kranke und traumatisierte Aspekte in seiner Persönlichkeitsstruktur vereint. Die kranken und traumatisierten Aspekte können oft nicht gespürt werden und bilden dadurch die defizitären Aspekte der Persönlichkeit. AMMONS Therapiekonzept zielt darauf, die Humanstruktur zu stärken, Ressourcen zu aktivieren und die Persönlichkeitsentwicklung der Patienten zu fördern. Im stationären Setting ist ein emotional erreichbares Behandlungsteam von zentraler Bedeutung, das durch die Anwendung verbaler und nonverbaler Therapiemethoden dem Patienten ein sozialenergetisches Feld zur Verfügung stellt, das therapeutische Wirkung entfalten kann. Besonders zu Beginn der Behandlung ist es von entscheidender Bedeutung, sich mit den gesunden Anteilen der Persönlichkeit eines Patienten zu verbünden.

Den nonverbalen kreativierenden Therapiemethoden wie Mal-, Tanz-, Theater- und Musiktherapie, aber auch der Reittherapie, Körpertherapie und ganz besonders der Milieuthherapie, kommt eine wichtige Bedeutung zu für die Behandlung der frühtraumatisierten und bindungsgestörten Menschen. ROTENBERG (2007) geht hier konform mit AMMON, dass nonverbale Therapieansätze wichtig sind, um die rechtshemisphärischen Fähigkeiten und die Kreativität zu aktivieren. Diesen Patienten ist es oft nicht möglich, über den verbalen Kontakt Zugang zu ihren sehr früh erlebten präverbalen Erfahrungen zu bekommen, die hirnstrukturmäßig nicht ausdifferenziert werden konnte. Erst durch ein Stärken ihrer Ressourcen und kreativen Möglichkeiten, genauso wie durch ein Ausagieren von nonverbalen Ebenen können sie wieder neu zu fühlen und zu erleben beginnen und können im weiteren Verlauf der Therapie Problembereiche aufdecken und sowohl nonverbal als auch verbal bearbeiten.

Hier sagt AMMON (1976), ist eine umgebende kreative Gruppe von großer Bedeutung. In der Milieugruppe werden durch ein künstlerisches Projekt und in der kreativierenden Gruppe die künstlerische Gestaltung des Patienten und seine Fähigkeiten besonders gestärkt und unterstützt. Aus den künstlerischen Gestaltungen können wir den Stand der Persönlichkeitsentwicklung ersehen und sie als einen Ansatz für einen kreativen Prozess verstehen. Damit eine Integration und damit ein kreativer Akt mit Identitätserweiterung und Strukturgewinn erfolgen kann, muss der Therapeut manchmal Hilfs-Ich-Funktionen der Integration für den Patienten übernehmen und sich als Identifikationsperson im Sinne der Spiegelung zur Verfügung stellen.

In der Praxis dynamisch-psychiatrischer Behandlung ist es wichtig, mit freier Assoziation, Träumen, metaphorischen Interventionen und Humor zu arbeiten, um die rechtshemisphärischen Kapazitäten des Patienten zu stimulieren. Den Patienten mit solchen Interventionen zu spiegeln und anzuregen, wird als wichtiger erachtet als Interpretationen seiner Psychodynamik.

Nach BAUER (2006) ist hier das Spiegelungsphänomen zentral, da die intuitiven Wahrnehmungs- und Spiegelungsabläufe den Behandlungserfolg im Hinblick auf Stressreduktion, Bestärkung des Selbstwertgefühls, Vertrauen und größere Offenheit stärker beeinflussen als manche therapeutische Aktion. Daniel STERN (2001) nannte dies 'now moments', die den Patienten in seinem Innersten ergreifen und er sich öffnen kann und zu verschütteten Gefühlen Zugang bekommt. Dies soll nach HÜTHER (2006) den ganzen Menschen erfassen nicht nur im Gehirn, sondern alle Bereiche, auch seine Beziehungen verändern. Er kann damit wieder Zugang zu seinen eigenen Ressourcen bekommen. Ein-

engungen der Beziehungsfähigkeit, der Körperlichkeit, psychopathologische Patterns von Fühlen, Denken und Handeln und die maladaptiven Verschaltungsmuster im Gehirn können sich wieder verändern. Wichtig sind hier Förderung von Eigeninitiative und Anerkennung.

Agieren kann in diesem Zusammenhang als eine Form der Kreativität verstanden werden, die angstvoll gegen eine Veränderung gerichtet ist. Nach AMMON kann man hier von destruktiver Kreativität sprechen. Neue kreative Entwicklungen in der Psychotherapie zu erfahren, heißt immer, Ängste und destruktive Aggression während des kreativen Aktes auszuhalten und oft auch zu agieren..Im Zusammenhang mit den Now-moments nach STERN spricht AMMON von Grenzsituationen, die in der Therapie immer wieder erfahren werden müssen, damit ein kreativer Prozess in einen sozialenergetischen Kontaktaustausch kommt und Strukturgewinn und Identitätsveränderung stattfinden können. Es ist aber auch wichtig, die archaischen Verlassenheitsgefühle und Ängste und Aggressionen, die im Zusammenhang mit den frühen Traumatisierungen stehen, zu spüren. Kreativer Ausdruck kann dann als Abgrenzung zur Pathologie verstanden werden. Die Integration von nonverbalen und verbalen Therapiemethoden im Therapiefeld ermöglichen dem Patienten wieder Zugang zu seinen kreativen Möglichkeiten im rechtshemisphärischen Bereich mit der Fähigkeit, wieder neu fühlen und spüren und kreativ denken zu können, aber auch zu dem linkshemisphärisch logischen Bereichen neurobiologisch neue Verknüpfungen herzustellen. Eine Integration dieser beiden Bereiche ermöglicht Gesundheit und ein Leben in eigener Identität mit einem kreativen Lebensstil.

### *Literatur*

- Ammon, G. (1974): Kreativität und Ich-Entwicklung in der Gruppe. In: G. Ammon (Hg.): Gruppendynamik der Kreativität; S. 12-37. München: Pöhl.
- Ammon, G. (1982): Kreativität als Grenz- und Identitätsgeschehen. In: G. Ammon (Hrsg.): Hdb. d. Dynamischen Psychiatrie, Bd. 2; S. 714-735. München: Reinhardt.
- Bauer, J. (2006): Warum ich fühle, was du fühlst, intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneuronen. München: Heyne.
- Chessick, R. D. (2005): What Grounds Creativity? *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry, Special Issue: Creativity* 33(1):3-27.
- Clemenz, M. (2005): Psychoanalyse und künstlerische Kreativität. *Psyche* 59(5):444-464.
- Emrich, H. M. (2005): Kreativität und Psychose. *Analytische Psychologie* 36(139):26-38.
- Galley, N.; Fischer, G.; Hofmann, A. (2000): Psycho-biologische Grundlagen von Traumanachwirkungen. *Psychotraumatologie* 1. Stuttgart: Thieme.
- Griffin, M. J. (2005): Creativity and the uses of creative music in psychotherapy. In: Dissertation



- Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering; vol. 65 (7-B), p. 3708.
- Gunnar, M.(1998): Quality of early care and buffering of neuroendocrine stress reactions: Potential effects on the developing human brain. In: Preventative Medicine, 27, S. 208-211.
- Hau, S. (2005): Kreativität und Depression. Ein ausgewähltes psychoanalytisch-klinisches Konzept der Depression. In: S. Hau, H.-J. Busch, H. Deserno (Hg.): Depression. Zwischen Lebensgefühl und Krankheit; S. 46-76. Göttingen: Vandenhoeck Ruprecht.
- Hüther, G. (2006): Beziehungsgestaltung als angewandte Neurobiologie. *Balint* 7:80-85.
- Leuzinger-Bohleber, M. (2005): Der Bildbegriff in der Psychoanalyse. In: S. Majetschak (Hg.): Bild-Zeichen. Perspektiven einer Wissenschaft vom Bild; S.: 193-214. München: Fink.
- Morawitz-Haselauer, I. (2006): Wish You Were Here. Über den kreativen Prozess aus tiefenpsychologischer Sicht. *Imagination* 28(3):31-58.
- Platta, H. (2005): Alterskrise als Schöpferchance: Zu einer kreativitätsfördernden Psychoanalyse mit älteren Menschen. In: Spiritualität und Kreativität in der Psychotherapie mit älteren Menschen; S. 165-174. Bern: Huber.
- Quast, U. (2005): Leichter lernen mit Musik. Theoretische Prämissen und Anwendungsbeispiele für Lehrende und Lernende. Bern: .
- Rizzolatti, G.; Craighero, L.; Fadiga L.(2003): The mirror system in humans. In: M. Stamenov, V. Gallese (eds.): Mirror Neurons and the Evolution of Brain and Language; pp. 37-59. Amsterdam: John Benjamins.
- Rotenberg, V. S. (2007): The asymmetry of the frontal lobe functions and the fundamental problems of mental health and psychotherapy. *Dynamic Psychiatry* 40:51-68.
- Schore, A. N. (2005): Erkenntnisfortschritte in Neuropsychoanalyse, Bindungstheorie und Traumaforschung: Implikation für die Selbstpsychologie. *Selbstpsychologie: Europäische Zeitschrift für psychoanalytische Therapie und Forschung* 6(21-22):395-446.
- Selby, C. E. (2005): Psychotherapy as creative process: A grounded theory exploration. In: Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering; vol. 66(1-B), p. 573.
- Seward, S. E. (2006): The role of the therapist's creativity in the building of the therapeutic alliance. In: Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering; vol. 66(11-B), p. 62-93.
- Silberschatz, G. (2005). The Control-Mastery Theory. In: G. Silberschatz (Ed.): Transformative relationships: The control-mastery of psychotherapy; pp. 3-23. New York: Bonner Routledge.
- Stern, D. (1985): The Interpersonal World of the Infant. New York: Basic Books.
- van der Kolk, B. A.; McFarlane, A. C.; Weisaeth, L. (1996): Trauma and Memory. In: Traumatic Stress; pp. 279-302. New York: .

Author's address:

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

# The Concept of Health in Dynamic Psychiatry

Ilse Burbiel, Margit Schmolke (Munich)

In order to contribute to the current discussions on the understanding of health, the authors review the concept of health as presented by Günter AMMON as part of Dynamic Psychiatry. The theoretical bases for this analysis refer to three essential dimensions of Dynamic Psychiatry 'constructive aggression', 'group', and 'identity' which are part of a constructively defined concept of man and considered as central to human nature. These three dimensions will be analyzed and connected to the concept of health. This way, health can be understood as a multidimensional-holistic and group-dynamic-integrative process with implications for the individual, groups and society. Psychotherapeutic consequences derived from this concept are outlined.

Keywords: concept of health, positive health, constructive aggression, group, identity

## Introduction

Presently, there is an interesting discussion worldwide about the understanding of health which has consequences for new concepts, for prevention and health promotion, for clinical practice and finally for health policy. Within the last two decades we observe an increasing interest of health and social scientists to put into question the one-dimensional, deficit-oriented disease concept. A change of perspectives takes place: from merely reduction of risk factors and focusing on deficits towards strengthening of positive health of a person and the promotion of an environmental context conducive for health and healing. In this new perspective, the individual is an active participant who makes decisions and formulates own needs and is not just a passive recipient of services (AMERING, SCHMOLKE 2007).

Health cannot be reached just by prevention and treatment of diseases, this applies also to mental illnesses (ORLEY 1998). Therefore, the relatively young discipline of health promotion aims at transferring of salutogenetic knowledge into practice and promoting of individuals as well as of social, cultural and economic conditions (HURRELMANN et al. 2004). Salutogenetic factors imply

---

Presented at the 15<sup>th</sup> World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry WADP and 28. International Symposium of the German Academy for Psychoanalysis (DAP), Bekhterev Institute, St. Petersburg, May 15-18, 2007.

important and conducive interpersonal relationships and a secure attachment in early childhood which have high significance for mental and physical health. These factors are increasingly recognized in various disciplines, such as development psychology, brain research and psychoneuroimmunology (BAUER 2004; SCHORE 2001).

The World Health Organization (WHO) meanwhile has broadened its global definition of health from the year 1946 towards a social, contextual, and environmental concept of health. In this new concept of health, the person has an active role and takes over responsibility for his / her own individual health. Furthermore, social life and communities play a crucial role (WHO 1986).

Presently, there are interesting developments and concepts of recovery, resilience and positive health which are conceptualized by professionals as well as by persons who suffer or have suffered from a mental or physical disease. These concepts include the following understanding of health: not the polarization of healthy and ill, in the sense of a dichotomy, is important but the 'as-well-as', that means to be healthy as well as ill (HELL 2005). Being healthy does not always mean being free of symptoms but to accept one's own vulnerability, own limitations and energies. To feel healthy may also include the experience of psychic pain (BRIDLER 2005). Healing or recovery takes place also when symptoms reappear. Resilience is regarded as the capability to come out of the most adverse life conditions even with more strength and larger resources than before (WALSH 1998).

Fortunately, these new concepts of positive health are being discussed presently in the World Psychiatric Association. Its current president Juan MEZZICH pleads for a person-oriented psychiatry in his initiated Institutional Program 'Psychiatry for the Person'. He emphasizes that pathology has tended to monopolize attention when professionals discuss health and carry out health care and that positive aspects of health have been neglected in psychiatry and research to a large extent (MEZZICH 2005).

## Purpose of the paper

In this paper we discuss the concept of health in the theory and treatment concept of Günter AMMON's Dynamic Psychiatry, in which group-dynamic and social-energetic thinking is integrated into psychoanalytical understanding of personality and psychotherapy. The theoretical basis for this analysis refers to three essential dimensions of Dynamic Psychiatry: "Constructive Aggression",

“Group”, and “Identity” which are part of a constructively defined concept of man and which are considered as central to human nature.

## Three main concepts of Dynamic Psychiatry

### *a. Constructive aggression*

According to Günter AMMON, the individual is constructive in its nature, that means it is equipped from birth on with an activity towards its environment which can be understood as a constructive aggression in the sense of “ad gredi”. This originally constructive aggression may develop throughout life history by specific destructive group dynamics towards something what is generally understood as aggression in the sense of a destructive power. Based on clinical experiences with severely mentally ill patients for many years, Günter AMMON could realize again and again that destructive aggression derives from hostile communication and rejection within the primary group of a person. And vice versa, in the Psychoanalytic Kindergarten in Berlin could be observed that aggression of children may dissolve through an intensive work with parents groups.

### *b. The concept of identity*

If aggression is the starting point of the Dynamic Psychiatric concept of man, then identity is its central core. The human being is regarded holistically in its body, mind and soul, multi-dimensionally in its needs, interests, capabilities and talents, in its healthy and ill aspects, and also in its human possibilities and potentials. Identity determines the momentary wholeness of the personality. Identity is at the same time the mental-spiritual power which integrates the person’s multi-dimensionality.

Identity is rooted in the unconscious of the human being. The unconscious constitutes the basis for human health and illness because particularly the early interpersonally made experiences have structure-building consequences. The unconscious is called the ‘dynamic core of identity development’ (AMMON 1979) and is the place of human possibilities and potentials and thus includes the dimension of the future.

Identity development is understood as a constant life-long process from birth to death. „Identity is the lasting element of a personality and at the same time it is not lasting. Identity is a process, a constant search, a constant development.“ (AMMON 1986, p. 93)

Identity developments can always be considered as borderline experiences of the individual connected with the experience of anxiety. Anxiety belongs profoundly to human existence and has a central meaning as destructive anxiety, abandonment anxiety and identity anxiety. Going through identity crises is considered as equivalent to the creative process, that means that the most important creative achievement of a human being is the development towards his/her own identity. The creative process of identity development can unfold only in the framework of a mainly constructive group milieu.

Identity therefore is created and extended not only in the early primary group but in all groups later in life in which life-historically significant processes take place.

### *c. The concept of the group*

In Dynamic Psychiatry, the group is always analyzed and assessed with regard to the development and change of a person's identity which is unseparably connected to an interpersonal network of other persons. "The person develops his / her identity within the group. The group context integrates the person, and the identity differentiates the person out of the group." (AMMON 1982, p. 38)

Social energy is the psychic energy which is created through interpersonal contacts and represents the

... mediator between the individual and the group. Social energy is the power which mobilizes and supports the structure, dynamics and process of identity and group. By means of the identity of each individual, group processes and group discussions are initiated, contacts within the group are established and this way social energy is created. (AMMON et al. 1981, p. 5)

In the conceptualized unity of psychic and social energy it is formulated what happens between human beings, what is a human relationship and what makes a person an active and human being creating his/her own life.

This way, identity is the structural result of group-dynamic experiences of an individual, particularly in its earliest life groups. All identity functions are considered as "group dependent, that means that the development of the identity structure – including the primary and organic functions – is related to the life-historically experienced group-dynamic events of a person" (AMMON 1981, p. 5).

Another element of the concept of group is the unconscious in its meaning for the group process and, vice versa, the meaning of the group for the unconscious. In each group situation, unconscious processes come into force which are articulated in a person's behavior – in synergistic connection with the con-

sciousness. Corresponding to the concept of identity it is also characteristic for a group to be in continuous development and in a constant process as long as it has a common goal.

## The first postulate of the Dynamic Psychiatric concept of health

### *The inseparability of identity, group, and society*

As we pointed out above, we can formulate as the first basic postulate of the Dynamic Psychiatric concept of health: the inseparability of person and relationship, of identity and group and therefore also of identity and society with its multitude of groups communicating with each other.

However, with this postulate we do not consider every form of group and group experience as conducive to development and identity of a person.

## The second postulate of the Dynamic Psychiatric concept of health

### *The gliding spectrum of constructive, destructive, and deficient and thus the inseparability of healthy and ill*

A person can become healthy in groups, but he can also become ill in groups, her / his identity can unfold constructively but also be hindered or formed destructively. Instead of a dichotomy of 'constructive and destructive' or 'ill and healthy', Dynamic Psychiatry postulates that identity and group is placed on a gliding spectrum of constructive, destructive, and deficient.

The quality of interpersonal contacts and group-dynamic areas on a gliding spectrum can be *constructive* (i.e. conducive to contact and development), *destructive* (i.e. destruction of contact and arresting development), and *deficient* (i.e., without contact and without development), and is equivalent to the quality of the personality development on the spectrum between healthy and ill.

A mainly destructively developed identity can be understood as a personality being arrested in its development with various degrees of physical and psychic illness. An example for a destructive group could be a bureaucratic group paralyzed by over-institutionalization which uses all forces of its members in order to prevent that something constructive happens. Deficient groups are groups with a lack of identity which often appear invisible and passively

adapted towards outside. Similarly, the individual who is mainly deficiently developed appears over-adapted and indifferent, without having an own point of view.

## Consequences for the Dynamic-Psychiatric concept of health

### *a. The constructive aggression as basis of identity and group development*

Based on the discussion above, following substantial consequences for the Dynamic Psychiatric health concept can be derived.

On the basis of the concept of constructive aggression, aggression can be understood as the activity which is oriented towards human beings and also towards things in the world. Being healthy means the active interest in and the active creation of one's living world. Besides that, constructive aggression constitutes the basis for later contact capability of the person through curiousness and interest in other human beings and early secure attachment constellations. Health and the capability to establish and to maintain human relationships therefore cannot to be separated from each other.

### *b. Identity and health*

In relation to the concept of identity, health means to live as many different multi-dimensionally developed personality traits and capabilities as possible and to integrate them into the total personality of a person. The holistic concept implies the dialectic inseparability of health and illness. Being ill does not mean the loss of health but is always one of the human possibilities as well. Each person has healthy as well as ill aspects of her / his identity while there are gliding transitions between both aspects. Being healthy does not always mean freedom of symptoms but to develop a creative style of life despite existing restrictions caused by illness symptoms.

From a structural point of view, a healthy personality can be understood as an open system which is flexibly demarcated towards inside and outside and dynamically regulated. To be healthy in this sense means to have a differentiated, integrated and well-regulated personality system with mainly constructively developed identity functions, for example the already mentioned constructive aggression, anxiety, demarcation, narcissism, sexuality, and contact capability. Furthermore, identity implies to having a clear point of view, accepting developmental challenges, realizing own limitations, taking over responsibility for oneself, for one's own health, and for others.



Phenomenologically, this means for example concerning anxiety, to be ready to face borderline situations in one's life, to endure anxiety connected to these borderline situations and possibly to ask for and to accept social support from other persons. Health, therefore, means to seek actively for help in conflict and crisis situations in a person's life. In other words, to seek for therapeutic help is understood as an expression of health!

An essential aspect of identity is furthermore the openness of the identity border towards inside to the unconscious, that means to the world of feelings, fantasies, memories and dreams. In this sense, a healthy person has a well regulated relationship to the dynamics and contents of his/her unconscious. This way, our health concept is not oriented to functioning and behavior but psychodynamically oriented.

Health means a constant further development. Health is a process-related concept since the identity is considered as a permanently developing process. The human being is able to develop further his potentials even in old age. A person is able – through repairing social-energetic experiences – to compensate structural deficits, to resolve arrested developments, to awaken so far unused potentials, and to expand and structurally differentiate his/her personality.

### *c. Group and health*

Groups can be described – as already pointed out above – to what extent a social-energetic exchange is possible and if this exchange will have constructive, destructive or deficient consequences for the identity development of a person. In the case of mainly constructive group dynamics, we will find the development of mainly constructive social-energetic exchange processes between identity and group, manifested in a constructive identity structure.

Health is inseparably connected with the possibility of repairing and health-promotive developments. Being healthy means the capability of a person to surround herself with supportive relationships and not to get stuck in pathogenic contacts and groups in the sense of pathological repetition and compulsion. Being healthy implies contact and group capability, the capability to resolve conflicts with other persons, and to endure borderline processes in life.

In healthy groups, the members are connected to each other in a reciprocal regulative, conscious and unconscious contact. Healthy groups are able to give space for creative processes as well as for conflict dynamics and are able to solve them. Therefore, temporary destructive dynamics and exchange processes are possible. However, destructive and deficient dynamics and processes

should not permanently arrest development, moreover it should be possible to overcome them by an active and solution-oriented attitude of the group members.

Healthy groups are in exchange with other groups, integrate scape-goats instead of excluding them. Healthy groups establish their specific identity in the course of their development and thus their specific group unconscious. Lively groups are being in permanent change and give space for processes of identity growth. A healthy group remains capable for further development as well as a society.

At his point, we want to emphasize again that the concept of health in Dynamic Psychiatry does not refer only to the individual but also to groups and processes in society which are able to integrate isolated groups (such as the marginalized group of the gypsies or of the mentally ill) into the society and not to exclude them.

## Consequences of the concept of health for a psychotherapeutic approach

Through the above mentioned considerations, it becomes apparent that Dynamic Psychiatric psychotherapy has always to be an identity therapy. This can be reached by social-energetic group processes in which identity claims and identity promotion are made possible. The matter is to help a person or a group to become open again for development and change processes. For this purpose, Dynamic Psychiatry has developed and integrated a range of verbal and non-verbal therapy methods which will be presented in several papers at this congress. Decisive for the treatment success is always that the experiences made in the various therapeutic groups will be integrated (see graphic 5).

In the framework of a Dynamic Psychiatric identity psychotherapy, this means, as the following graphic shows,

- the reactivation of healthy identity structures,
- the integration of dissociated identity structures,
- the transformation of arrested, destructive parts into constructive identity structures, repeat and repair of deficient identity, and
- the development of human potentials

in a framework of a constructive, group-dynamic, social-energetic, verbal and nonverbal field of relationships.

Such a treatment concept has to work with the unconscious of the personality in order to achieve not only momentary improvements of a person's condition but to reach more profound changes of the personality. There is no claim to 'total healing' of the personality but rather to open up individuals to other persons and to use the interpersonal energy exchange processes among them for further developmental steps and goals in a regulative way. Also coping strategies, for example coping with symptoms of a chronic disease, can be considered as part of a health or recovery process towards a better quality of life and activation of creative arrangements in one's living field.

Finally, it becomes apparent that the therapist or the therapeutic team needs to be ready to encounter processes of identity claims and identity promotion and to be open for supervision. The therapists need to be willing to put themselves as a person into question, to admit own limitations, to develop a positive attitude towards the unconscious and to get touched by their patients. They need to make themselves available as real persons to their patients. In short, they need to be ready to develop a friendly, interested and open attitude and above all to strengthen their own contact and group capability.

## Das Gesundheitskonzept in der Dynamischen Psychiatrie

Ilse Burbiel, Margit Schmolke (München)

Im ersten Teil ihres Beitrags stellen die Autorinnen die neueren Konzeptionen und Diskussionen über Gesundheit in der internationalen Literatur vor, die praktische Konsequenzen für Prävention und Gesundheitsförderung sowie für Behandlung und Gesundheitspolitik haben. Einseitige defizitorientierte Konzepte werden abgelöst zugunsten von Perspektiven, die den umfassenden Kontext von Gesundheit berücksichtigen (WHO 1986) und positive Gesundheit, Resilienz- und Recovery-Konzepte (AMERING, SCHMOLKE 2007) in einem ganzheitlichen Sinne einbeziehen. Zu den zentralen salutogenetischen Faktoren gehören wichtige und förderliche zwischenmenschliche Beziehungen in der Lebenswelt eines Menschen und eine sichere Bindung in der frühen Kindheit, Faktoren, die für die psychische und physische Gesundheit von hoher Bedeutung sind. Diese ganzheitliche Perspektive mit Fokus auf die positive Gesundheit nimmt einen zentralen Stellenwert ein in dem aktuellen Institutionellen Programm der Weltgesellschaft für Psychiatrie zum Thema 'Psychiatrie für die Person', das von ihrem Präsidenten Juan MEZZICH (2005) initiiert wurde.

Das Gesundheitskonzept in der Dynamischen Psychiatrie von Günter AMMON basiert auf einem gruppensystemischen und sozialenergetischen Denken, das in einem psychoanalytischen Verständnis von Persönlichkeit und Psychotherapie verankert ist. Die Autorinnen greifen drei zentrale Konzepte der Dynamischen Psychiatrie heraus, die mit dem Gesundheitsverständnis verbunden werden: 'konstruktive Aggression', 'Gruppe' und 'Identität'.

Die im Menschen ursprünglich entwickelte konstruktive Aggression, das 'ad gredi' beinhaltet ein aktives Interesse an der Welt und die aktive Gestaltung der eigenen Lebenswelt. Aggression ist nach AMMON Trägerin der Gruppenfähigkeit und der Identitätsentwicklung. Gesundheit und die Fähigkeit, förderliche zwischenmenschliche Beziehungen aufzubauen, können daher nicht voneinander getrennt werden.

Bezogen auf die Gruppe bedeutet Gesundheit folgendes: Konstruktive Gruppendynamiken und sozialenergetische Austauschprozesse zwischen Menschen; die Fähigkeit, nicht in krankmachenden Beziehungen festgehalten zu werden im Sinne eines Wiederholungszwangs; Raum für kreative Prozesse; Konflikte lösen zu können; im Austausch mit anderen Gruppen zu stehen und Sündenböcke zu integrieren.

Im Rahmen des Identitätskonzeptes der Dynamischen Psychiatrie wird Gesundheit und Krankheit in einer dialektischen Untrennbarkeit verstanden. Gesundheit wird als das Leben von Multidimensionalität gesehen, die in die Gesamtpersönlichkeit des Menschen integriert wird. Dabei bedeutet Gesundheit nicht Freiheit von Symptomen, sondern dass der Mensch einen kreativen Lebensstil entwickelt trotz bestehender Einschränkungen und dass er in der Lage ist, sich in Krisenzeiten Hilfe von anderen Menschen einschließlich psychotherapeutische Hilfe zu holen. Zu einer konstruktiven Identitätsentwicklung gehört eine differenzierte, integrierte und gut regulierte Persönlichkeit mit einer Offenheit hin zum eigenen Unbewussten. „Identität ist das Bleibende einer Persönlichkeit und sie ist gleichzeitig nichts Bleibendes. Identität ist ein Prozess, ein fortwährendes Suchen, eine fortwährende Entwicklung.“ (AMMON 1986, S. 93)

Gesundheit stellt somit einen Entwicklungsprozess dar, in der eine Person folgende Möglichkeiten hat:

- strukturelle Defizite zu kompensieren
- festgefahrene Entwicklungen aufzulösen
- bisher ungenutzte Potenziale zu entdecken

- die eigene Persönlichkeit zu erweitern und zu differenzieren.

Die Autorinnen stellen zwei Postulate des Dynamisch-Psychiatrischen Gesundheitskonzeptes auf: 1. die Untrennbarkeit von Mensch und Beziehung, von Identität und Gruppe sowie von Identität und Gesellschaft; 2. das gleitende Spektrum von konstruktiv, destruktiv und defizitär und somit die Untrennbarkeit von gesund und krank.

Folgende Konsequenzen des Gesundheitskonzepts für die psychotherapeutische Arbeit können genannt werden:

- Dynamisch-Psychiatrische Psychotherapie ist immer eine Identitätstherapie im Rahmen eines konstruktiven, gruppodynamischen, sozialenergetischen Beziehungsfeldes.
- Verbale und nonverbale Therapiemethoden sind je nach Indikation sinnvoll miteinander zu verbinden.
- Die Erfahrungen des Einzelnen in verschiedenen therapeutischen Gruppen müssen integriert werden.
- Das Arbeiten mit dem Unbewussten der Persönlichkeit ist von zentraler Bedeutung.
- Nicht nur momentane Verbesserungen der Befindlichkeit sind wichtig, sondern tiefergehende Veränderungen der Persönlichkeit.
- Es wird kein Anspruch auf vollständige Heilung angestrebt. Es geht vielmehr um die Öffnung für Entwicklungsschritte und das Entwickeln von Zielen im Leben.
- Dem Patienten soll geholfen werden eigene Bewältigungsmöglichkeiten zu entwickeln und eine bessere Lebensqualität zu erreichen.

Der Therapeut soll bereit sein, sich Identitätsanforderungen zu stellen, sich selbst infrage zu stellen, er soll seine Grenzen kennen und eine positive Einstellung zu unbewussten Prozessen entwickeln. Er sollte sich von seinen Patienten emotional berühren lassen, sich den Patienten als reale Person zur Verfügung stellen, eine freundlich interessierte und offene Einstellung entwickeln und an seiner eigenen Kontakt- und Gruppenfähigkeit arbeiten.

## *References*

- Amering, M.; Schmolke, M. (2007): Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit. Bonn: Psychiatrie-Verlag.  
 Ammon, G. (1970): Gruppendynamik der Aggression – Beiträge zur psychoanalytischen Theorie. Berlin: Pines.

- (1979): Entwurf eines Dynamisch-Psychiatrischen Ich-Struktur-Konzepts. In: G. Ammon (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie; Bd. 1; S. 95-159. München: Reinhardt.
- (1981): Gruppendynamik der Aggression. Beiträge zur psychoanalytischen Theorie. München: Kindler.
- (1982): Methodenintegration aus der Sicht der Dynamischen Psychiatrie. In: G. Ammon (Hrsg.): Hdb. d. Dynamischen Psychiatrie; Bd. 2, S. 25-48. München: Reinhardt.
- (1986): Identität – an der Grenze von Raum und Zeit. In: G. Ammon, Der mehrdimensionale Mensch; S. 87-102. München: Pinel.
- Ammon, Günter.; Ammon, Gisela; Griepenstroh, D. (1981): Das Prinzip von Sozialenergie – gleitendes Spektrum und Regulation. In: *Dyn. Psychiat.* 14:1-15.
- Bauer, J. (2004): Das Gedächtnis des Körpers. Wie Beziehungen und Lebensstile unsere Gene steuern. München: Piper.
- Bridler, S. (2005): Den eigenen Weg zur psychischen Gesundheit finden. *Pro mente sana aktuell* 1(5):22-23.
- Hell, D. (2005): Was ist eigentlich Gesundheit? *Pro mente sana aktuell* 1(5):24-25.
- Hurrelmann, K.; Klotz, T.; Haisch, J. (2004): Einführung: Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In: K. Hurrelmann, T. Klotz, J. Haisch (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung; S. 11-19. Bern: Huber.
- Mezzich, J. E. (2005): Positive health: conceptual place, dimensions and implications. *Psychopathology* 38:177-179.
- Orley, J. (1998): Application of promotion principles. In: R. Jenkins, T. Üstün (eds.): Preventing Mental Illness: Mental Health Promotion in Primary Care; pp. 469-477. Chichester: Wiley.
- Schore, A. N. (2001): Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal* 22(1-2):7-66.
- Walsh, F. (1998): Strengthening Family Resilience. New York: Guilford.
- WHO (1986): Ottawa Charter of Health Promotion. Geneva.

Dr. phil. Dr. h.c. Dipl.-Psych. Ilse Burbiel is psychological psychotherapist, training psychoanalyst, supervisor, group psychoanalyst, Psychological and Scientific Director at the Training and Research Institute of the German Academy for Psychoanalysis, Munich; Psychological Director at the Dynamic Psychiatric Hospital Mengerschwaike, Munich.

Dr. phil. Dipl.-Psych. Margit Schmolke is psychological psychotherapist, training psychoanalyst, group psychoanalyst; co-chair, section of Group Psychotherapy Training at the Training and Research Institute of the German Academy for Psychoanalysis (DAP); co-chair, section on Preventive Psychiatry of the World Psychiatric Association (WPA).

Author's addresses:

Dr. Ilse Burbiel • Gaißacher Str. 5 • 81371 München • E-mail: ilse.burbiel@gmx.de

Dr. Margit Schmolke • Tengstr. 20 • 80798 München • E-mail: margitschmolke@aol.com

# Psychotherapy As a Means of Self-Realization Within the Norms of Modern Society

Raymond Battegay (Basel)

Important in psychotherapy is not only to concentrate on the patient's past and its influence on that person's present; it is also important to pay attention to the patient's present problems within his or her own family environment as well as to their mode of communication within professional and social life. If psychotherapists neglect human 'multidimensionality' (AMMON 1986) and corresponding individual capacities of the patient to contribute to a positive outcome of the treatment – they may end up furthering a malignant regression (BALINT 1968). In this context FREUD (1923) emphasized that in psychoanalysis the suggestive influence inevitably exercised by the therapist is diverted to the task assigned to patients to overcome their resistance and to carry forward the healing process.

Keywords: social norms, self-realization, conflicts of the past, actual life

In the 19th and at the beginning of the 20th century, i.e. at a time in which individualism prevailed, self-love was often considered as having to be replaced by modesty. Today, in a world in which human beings continually have to adapt even in democracies to computerized norms, we have learned that a life without self-love - without a certain self-consciousness and a desire for self-realization – fails to provide us with enough satisfaction and fulfilment. In the Bible it is stated, "Thou shall love thy neighbour as thyself!" This sentence assumes implicitly that only a person who is able to love him- or herself knows how to estimate another human. It is, therefore, not justified to interpret this religious command in the sense of altruism. The old sages knew that only a healthy self-love, coupled with the desire to realize oneself in a social context, can lead to the readiness that an individual looks also for the sake of others.

When Sigmund FREUD introduced his psychoanalytic theories and thoughts he wanted mainly to free neurotic individuals of their inhibitions, traumatizations, conflicts and deficiency experiences from (early) childhood. He discovered how these early experiences may hinder an individual in later life in their psychic and somatic development as well as social communications. The psychoanalytic method (free associations), he postulated, uncovers step by step the causes of the neurotic disturbances, which are reactivated in the relationship



with the psychoanalyst (transference) and worked through (FREUD 1914). Through this process the analyzed person also gets the chance to realize his or her own creative inner possibilities in a detached way and to try to achieve own ambitions by respecting the desires and wishes of the human environment. We could argue in this context that often in psychoanalysis too much emphasis is placed on clarifying the past. Alfred ADLER (1912), however, emphasized that neurotics and psychotics live according to a fixed compensatory lifeplan, with which they want to overcome their 'inferiority complex' of childhood. Via psychotherapy he wanted, therefore, to change the present 'arrangement' of the patient with the purpose of ameliorating that person's social adaptation. The American psychoanalyst Edrita FRIED (1980), in the introduction to her book 'The Courage to Change. From Insight to Self-Innovation', held a similar point of view:

The special emphasis (of psychotherapy, as an offshoot of psychoanalysis) was on the causes, and especially on the unconscious roots of the problems with which patients struggled ... The stress, then, was on insight into the past ... Today, dynamic psychotherapy values genetic insight greatly, but it is equally concerned with the traces, stamps, markings which the past has left on the present-day psychic structures (FRIED 1980)

Edrita FRIED also aims to show that the possibilities for changing personality structures and correcting ego arrests exist (1980, pp. VII-VIII).

## Shift from concentrating mainly on the past to helping the patient master the present

Some years ago a young man of 19 years came into my private practice and complained that for many months he had descended a staircase always in an obsessive-compulsive way from step to step to change the side. If he failed to do so, he had to go up the stairs again and repeat the whole procedure. I asked him about his family. He described his father as a very neurotic man with many anxieties, who had made it difficult for him to work in his small business. His mother was depressive and also suffered from multiple anxieties. His younger brother, upon finishing college, had no success in the final exam. The patient told me that, with the exception of the elder brother who had already moved from the parents' house, all family members would come again and again to him with all their problems, which exhausts him.

I then said to him, "It seems to me very opportune that you have to pay

attention to your obsessive-compulsive actions since during this time you can concentrate your entire thoughts on yourself and do not have to answer the requests for help from your family members.”

A few sessions after my intervention the patient mentioned that he no longer had to carry out his rituals, but that he still had difficulties deciding what he wanted to do, e.g. after completion of the final exam in college. After he had succeeded in passing it, it lasted a few weeks until he had made up his mind about choosing a profession and corresponding studies. I explained to him that, as he was very intelligent, he had the capacity to enable him to begin studies in many different areas of research and their practical application. I added that many persons experience anxieties when beginning studies, and there is no other alternative to taking the decision on oneself. Finally, he chose to become a nutrition specialist and to begin his studies at the Swiss Federal Technical High School in Zurich.

During his studies he had to pass three examinations. Before the first he again suffered from many anxieties and failed it, so he had to repeat it, and despite his lasting anxieties he was able to prepare for it in a more careful way than the first time. This time he was successful, and from then on he no longer had difficulties with his studies. When he later passed his final exam with a good score and one of his professors offered him a theme for elaborating a thesis to receive a doctoral degree, however, he again, in a compulsive-obsessive way, couldn't decide which of two possible subjects he should choose. I had the impression he was afraid not only of making up his mind for one of the themes for his thesis, but also of arrive at an end of his studies and thus becoming mature enough to take over the responsibility for his future and professional life. I declared that, in principle, it is not so important which theme he chooses, but that he decide and take on the risk that it may be not the good one. He then began to work on a subject concerning a method to ameliorate the preparation and by this the quality of a certain meat. He soon began receiving offers for a good professional appointment. In the meantime he has also commenced a relationship with a female student of a very well-settled family and enjoys the full trust of his girlfriend's parents and siblings.

In the case of this young man the primary goal in psychotherapy was not to concentrate on his past, but rather on his present problems in his family environment and in school.

The positive interpretation of his obsessive-compulsive ritual on the staircase helped him to feel that he is in fact not so far from an understandable behaviour

and, therefore, also enabled him to regain a normal conduct. Yet, as his further development proved, he was not entirely free from his neurotic symptoms. He had also to learn to make decisions and to bear responsibility in his life. With the help of the psychotherapist he took the final steps easier than former ones, since he wanted to obtain a healthier approach to overcoming hurdles in his life, and to be ready to accept anxieties.

Of course, I knew that his interrelations with his parents and brothers had developed from childhood on, but, as mentioned, I now concentrated more on analyzing his present interrelations with them and with other people in his professional and social environment. If psychotherapy had concentrated too much on the early childhood of the patient and his childhood development with his early relationships to family members, I wouldn't have been able to help him overcome his problems with his obsessional-compulsive behaviour. He felt these were too strongly dominated by possessive tendencies of his very neurotic parents and his younger brother as well as by the requirements of the life as an adult. In a society in which people are expected to behave 'normally' and are stigmatized if they don't open themselves up in a mature way to social contacts, or if they show a deviant behaviour, it seems to me proper to give individuals suffering from that help in recognizing the early roots of their emotional and behavioural disturbances, but also to help them change their attitudes and solve their difficulties in the framework in which they now work and live.

A look at the life history of this young man shows that in his family he was primarily unaccustomed to looking out for himself. He was conditioned always to be at the disposal of his parents and his younger brother, so that, as described, he couldn't pay enough attention to his own lot. That was due mostly to a narcissistic insufficiency, i.e., an insufficiency in his self-assertiveness. The interpretation of the therapist that his obsessive-compulsive rituals give him the chance to withdraw a least for a period of time from his family members and to look after himself allowed him to bolster his self-confidence.

The focus on his present situation within his family, therefore, gave him the chance to learn how to respect his own needs. A long-term concentration on his past would not have given him the chance to further his self-realization; rather it would have kept him within the small network of his neurotic family members. Because of their overall low self-confidence and their lack of a healthy narcissism these family members communicate with each other preponderantly by unconsciously seeking a fusion with near objects with the rest of their

narcissism, especially with the mentioned patient. They hope for a reinforcement of their feeble self-esteem but in the end cannot progress in this way, since true growth of their self-confidence could happen only if they were also ready to work through their narcissistic deficiencies together with a psychotherapist in a psychodynamic way.

### A 'cooperative project' for reducing the radius of experience

Marco CONCI (2005) in his book on the life of Harry Stack SULLIVAN and his way of dealing with patients as well as the significance of his interpersonal psychotherapy, underlines the fact that this psychotherapist considered therapy a 'cooperative project of research.' Both participants, the patient and the therapist, should work together to extend their respective radius of experience and to reach a better organization of the patient's life by considering also his or her past. SULLIVAN, however, always encouraged his patients to understand their relational capacities. He encouraged them to use their abilities to overcome their anxieties and to build up a better future in the complexity of life. Especially in analytic psychotherapy should we from the outset consider also the true actual suffering of the patient.

If we neglect human 'multidimensionality' (AMMON 1986) and the individual capacities to contribute to a positive outcome of the treatment, we may be too much concentrated on the past and not to the present state of the patient, which in turn may actually further a patient's malignant regression (BALINT 1968). With such an approach we would fail to help him go forward with his self-realization in midst of the modern normative society. Therefore, even in the first sessions it is necessary to pursue an encouraging attitude toward the patient. On the other hand, we have to make clear to the patient that, in the course of psychoanalysis, we cannot avoid elucidating unconscious links that may be difficult for him to clarify and may hinder him in realizing himself completely in society.

A female researcher of 32 years, who was very well positioned in her profession, came to me in my practice and complained about her anxieties and aggressions toward coworkers. She said that "the persons around me only think of their research and not of their human environment." She couldn't accept that. During her work day she said she sits alone in her small room without the possibility of speaking with somebody. She felt isolated and suffered from an-

xieties and aggressions. Her father is a businessman who never had time for her, who divorced her mother when she was six years old, though he had come back to her some months ago. The patient described her mother as very impulsive. The patient's brother, two years her senior, a computer specialist, is experienced by her as not interested in her. Two relatives from her mother's side were depressive.

After she had passed the university entrance exams, she studied natural sciences and received her doctoral degree after having written a thesis. Everywhere she worked she was highly estimated because of her competence, but she suffered all the same because she could not find real contacts to either male or female colleagues. Then, all of a sudden, she added that she has a boyfriend, whom she experiences as intelligent but not at all interested in philosophical or cultural matters. In principle she looked down on him and his family. When she took part at scientific congresses and had to stay alone in a hotel room, she suffered from anxieties and had to keep the light on. She had the irrational fear that ghosts would come. In the 20th session of her analytically oriented psychotherapy she reported the following dream.

*"I had a friend with red hair, who was very thin and tall, whom I experienced as not very personable. I did something he didn't like, and he got angry, presumably because I had left him. We had lived together in an apartment in a highrise. At the highest part it was divided, which was thinner than the broad lower part. I decided to flee downwards on a terrace and heard someone following me and then kept myself hidden on the terrace. He knew what I had done, ran up to our apartment, took a cardboard box full of brown spiders and threw them on me, but I couldn't go leave the terrace because the door was locked. Then I suddenly had the impression that it was not me, and I had no anxiety. But nevertheless I ran away – the door was open now – onto the street. I was conscious of the fact that he would kill me if he could catch me. And he succeeded in doing so and injured me. Yet I didn't fear him and soon awoke."*

In her associations she said that she feels distant to herself and continued, *"It was a type of man who did not please me. I felt as if it was not me in the dream. That made it easier for me to withstand the situation, but it also made me unable to feel something."* When she was asked why she entered into a relationship with such a man, she said, *"because I want to suffer. I want to be punished. Sometimes I lie with the purpose of being tortured by my bad conscience."* In her further associations, it became clear that she often lied when she was asked something by her mother.

In the case of this female researcher it is clear that she was highly narcissistically disturbed. In addition, she was strongly hindered in her social contacts to the degree that she felt dangerously persecuted by a boyfriend in the reported dream and suffered from symptoms of depersonalization. But she also experienced toward her real 'friend' no love and she developed, when near him, a grandiose self mainly because he was not interested in the higher spheres of culture and philosophy. But also at work she was unable to communicate with colleagues. This patient's symptoms proved that not only her self was insufficient because of the neglect she had experienced in her childhood by her parents and her brother, but also that her ego was fragmentation prone. She could never find enough trust in other people and suffered from psychotic anxieties whenever she was alone. This corresponds to a borderline personality, which necessitates an intensive cooperation on the part of the psychotherapist with the patient.

As KERNBERG (1975) describes it, apart from an analysis of the past causal factors, especially an active technique by the therapist is indicated to explain to the patient what outside reality truly is (reality testing) and to give her immediate interpretations of her distorted perception of persons with whom she had to relate.

This patient would have needed a long-term treatment by a single therapist. But, after 25 sessions of analytic therapy in my practice, she decided to leave Basel, since she had taken a job with a laboratory in Bern. It is typical for her that she, with her communication difficulties, could not imagine coming to me for further treatment, despite the fact that there is a distance of only 90 kilometers between these two cities. But at least she recognized that she had to seek out a psychotherapist in the other town.

## Analysis and encouragement

Especially in brief analytically oriented, but also in all other analytically oriented, psychotherapies emphasis should not be put only on the early origins of anxieties, phobias, and other neurotic symptoms. Patients very often come to us psychotherapists and psychoanalysts because they have difficulties in their present family life or in their professional situation which they are unable to solve. In these cases we cannot strive primarily to discover the early origins of their symptoms and behavioural patterns with which they are unable to adapt to the norms of their present environment. Rather, we first have to be empathic

for their suffering in the situation in which they now live and to hear about the aims they have in mind concerning their future. Often they feel that they have failed to be accepted by their spouses or by persons in their business milieu and are depressive or dysphoric-aggressive because of that. If the psychotherapist from the beginning tries in the first session to elucidate only the early roots of this incapacity to adapt to the environment he misses connecting with the patients' present suffering for which they came to him in the first place. The patients expect rightly so that a psychotherapist will see where they now stand and what can be reached by treatment.

Manfred POHLEN (2006) in his book based preponderantly on the session reports of FREUD's analysis of Ernst BLUM very sharply criticizes the psychoanalysts who came after FREUD. He states that, in his view, these psychotherapists developed partial aspects and unjustified generalizations and conceptualizations, whereas he sees the founder of psychoanalysis as having been much more open to a real dialogue with the person being analyzed. Certainly POHLEN exaggerates with such critical remarks, but nevertheless his words deserve some consideration, since we may in fact sometimes be in danger of neglecting the present problems of the patients when we fail to first be empathic to the problems for which they have come to us.

In the 21st century the norms of behaviour in the so-called civilized world are much more dominant than at the end of the 19th and the beginning of the 20th century, not the least because they are propagated by the mass media and nowadays especially by the internet.

People with problems who behave differently than persons in their environment or speak publicly of their mental or interpersonal difficulties within their family or work environment or who fail to find help in their environment are often considered as failures and unworthy of being part of a group. Others fear that such a process may occur if they don't succeed in making a successful career. Not seldom are we psychotherapists confronted with the fact that people seeking help come to us who experience others as constantly observing them critically. They live as if they always have to defend themselves in front of a tribunal. We then first have to show them in an empathic way that we understand their problems, and that we shall help them to master them.

The next step is that we draw their attention to the fact that their parents may have induced these anxieties by their opinions and attitudes. We encourage them to try, with us together, to discover these early influences. And finally we have to convince them that they have the skills to struggle to obtain a better

access to life and also in analytic psychotherapy to train themselves to pursue their aims despite their anxieties of failure. Such suggestive remarks are not contraindicated; if we consider the above-mentioned domination of society by normative behaviour patterns, such encouragement of patients is often necessary if they are to overcome their inhibitions.

FREUD himself wrote about that theme in his article 'Psychoanalyse und Libidotheorie' (psychoanalysis and the theory of libido), which appeared in the Standard Edition under the title 'Two Encyclopaedic Articles' with the subtitle 'Psycho-Analysis', "In psychoanalysis the suggestive influence which is inevitably exercised by the physician is diverted to the task assigned to the patient to overcoming his resistance, that is, of carrying forward the curative process." (1923, pp. 250-251) We may, therefore, say, that FREUD knew he had to concentrate not only on the neurotic patient's past, but also to act even by suggestive means on his motivation to change and develop himself in his social environment.

Some months ago a man of 39 years who had worked for about one year in business administration complained that he had difficulties with his boss. He had the feeling that his boss does not take him as serious as his coworkers and tends to humiliate him when colleagues are present. This man's parents divorced when he was 6 years old. He grew up with his mother and sister, who is two years younger than he. His mother had a very weak self-esteem, but he experienced her as a good mother. She was professionally active as a social educator. After a few years she married a much older man who worked at the customs office. He in turn had rather severe educational principles, and the children had to obey his orders strictly. They still had contact with their father, who represented just the opposite of the mother's second husband and who was very tolerant toward them. In school and in his professional education the patient had no difficulties with teachers or heads of department, but at the age of 28 years he had come into conflict with a direct superior.

At two further jobs he also experienced conflicts with direct superiors. Therefore, he switched jobs to the present business administration one, where he suffered from the problems mentioned. During the psychotherapy sessions he noted that, when he experiences that the chief is not taking him seriously, he regularly gets very angry. He then has difficulties withholding his aggressions toward the chief and continues to suffer at home and reports it to his wife. He, however, felt that it is not wise in the presence of a chief or another superior always to get into an emotional state and project all the mistakes on them. He



wanted to visit a psychotherapist and hoped that with my help he could elucidate the origins of his resentments, but preponderantly also gain more self-assertiveness in the presence of his superiors thereby reduce his feeling of being neglected and the resulting problems. He then began to recognize that in the business situation he transferred his image of the stepfather onto the boss and experienced all the anxiety, anger and fury that he could not express toward this man when in direct contact with him. In the analytic situation he also remembered that his mother could not defend the children against her second husband. That made this man, in the eyes of the patient, even more powerful.

In the end I began, on the one hand, repeatedly to assure him that I understood him and said, on the other hand, that he has to take on his anxiety and discuss professional matters with his boss, whose opinion he formerly accepted without contradiction even when he totally disagreed with his opinion, which made him feel uneasy and aggressive.

After my proposal to have the courage to express his/him views of a problem in the business meetings, he reported in the psychotherapy sessions that he didn't yet dare to proceed this way toward his boss. Some few sessions later he told me that he now was far enough to express his view in the business meetings on some economic matter. In further psychotherapy he said that apparently his boss now showed an attitude of respect toward him. Also he had the impression that the boss had now charged him with tasks linked with a higher responsibility. In the 21st psychotherapy session, which was throughout lead according to analytic criteria, he mentioned that he had developed a new method for attracting new clients and had garnered a verbal recognition by his superior. The next session he began with the remark that he was enjoying a very good time in his job, since now the boss had given him the possibility of discussing problems with him freely and because he is now treated by him as an equal. One could see in his face that the patient felt much more confident in himself and had more pleasure in his professional activity.

Of course, the length of this man's psychotherapy is not yet very long, and relapses in his insecurity may still occur, but it seems now that at least a basis for a better self-trust has been established on which he can experience more success in his professional life. Not so much resolved, however, is his private life. His wife and he get along with each other well, but he leaves all the decisions to her. I asked him whether he doesn't think that also at home he should develop more courage and occasionally take the initiative to contribute to a decision. The patient agreed, but I did not have the impression that he

would really dare to take up an active part in the decision-making for, let's say, a vacation plan. I don't know how long this analytically oriented psychotherapy will last; but I think that decisive steps have been taken in the strengthening of the patient's self, and I am optimistic that he will soon find a way also to take a responsible role within his marriage.

This man was certainly neurotic and had never overcome the fact that during his childhood his permissive father was replaced by a very authoritarian, much older man. In addition, his mother, who was perhaps too soft with her children, during their further education was no longer of prime importance to the patient since her severe second husband lived in the same house. He and his sister were, therefore, confronted with much more rigid behaviour norms than before. This factor represented a conflict in the patient that resulted in the development of a severe super-ego which he projected even as an adult on the norms of his work situation and superiors who represent it. My role as an analytically oriented psychotherapist consisted not only in elucidating the above-mentioned unconscious process: Since from childhood on he had been accustomed to following his neurotic patterns of submissive behaviour toward persons of a higher social position, I saw it also as my task to encourage him to overcome his anxieties and to take a more active role in front of his boss and other superiors. That he finally was able to master his resistance against assuming such a responsibility in a milieu with authoritarian norms shows that in psychoanalytic psychotherapy it is also necessary to help the patients gain a better self-assertiveness.

## Self-realization and social intergration

Whereas at the beginning of psychoanalysis (end of the 19th, beginning of the 20th century), i. e., a time in which individualism was being cultivated and people lived in more 'inner-directed' societies, (RIESMAN, 1950) publicly expressed self-love was often considered something to be overcome.

Today, in a world in which adaptation to computer-dependent norms is expected and societies are more and more becoming 'other-directed', we have learned that a life without parallel 'inner-direction' doesn't give the human beings enough satisfaction and fulfilment, and often only an insufficient possibility for self-realization. In a world in which large parts of mankind live in mega-towns in which people living there constantly have to pay attention to the opinion of the others, psychotherapy cannot demand that people continually

put them selves in the background. According to FREUD (1916/1917, pp. 106-112) in our office we have to offer patients a degree of freedom (free associations) in which they feel themselves accepted whatever they may utter. In addition, as mentioned, we have to help them not only to obtain an insight into inhibitions originating in their childhood, but in our other-directive world we must especially try, despite their anxiety-provoking super-ego projections, norm-oriented human environments, and authoritarian superiors and bosses, to persuade the patients to make use of their own creative ideas and capacities for persuading others.

In modern psychotherapy and psychoanalysis to me it more than ever seems important to maintain a bipolar aim: to further in the patients an insight into formerly unconscious complexes, but also to understand their present situation and to encourage them to fight against their own inhibitions in encounters with others and especially with bosses, who may tend to devalue their co-workers and maintain too strongly normative opinions and procedures.

## Psychotherapie als ein Mittel zur Selbstverwirklichung in den Normen der modernen Gesellschaft

Raymond Battegay (Basel)

In der Welt der Gegenwart, in der sich der Mensch sogar in den Demokratien stets computerisierten Normen anzupassen hat, gibt ihm ein Leben ohne eine Möglichkeit zur Selbstverwirklichung nicht genügend Befriedigung und Erfüllung. In jeder Psychotherapie, auch in einer Psychoanalyse, ist es deshalb wichtig, sich nicht nur auf die Vergangenheit eines behandelten Individuums und deren Auswirkungen auf dieses zu konzentrieren. Es ist ebenso indiziert, den aktuellen Problemen in der familiären Umgebung als auch der Art seiner Kommunikation im beruflichen und sozialen Leben Beachtung zu schenken. Wie H. St. SULLIVAN (CONCI 2005) in seiner 'Interpersonellen Psychotherapie' betont, sollte der Psychotherapeut seine Patienten stets dahin führen, dass sie ihre rationalen Fähigkeiten verstehen. Vernachlässigt der Psychotherapeut / Psychoanalytiker, die menschliche 'Multidimensionalität' (AMMON 1986) und die damit zusammenhängenden individuellen Fähigkeiten der Patienten zu einem guten Ausgang der Behandlung zu fördern, kann er bei diesen zu einer malignen Regression (BALINT 1968) beitragen. Es ist auch seine Aufgabe, die

Patienten zu ermutigen, mit ihm zusammen zu versuchen, ihre Kräfte im Kampf für einen erweiterten Zugang zum Leben zu benützen und ihr Ziel, die Selbstverwirklichung, trotz ihrer Versagensängste, weiter zu verfolgen. In diesem Kontext wird auf FREUD (1923) verwiesen, der betonte, dass (auch) in der Psychoanalyse der suggestive Einfluss, welcher unausweichlich durch den Arzt (Psychotherapeuten) ausgeübt wird, abgelenkt ist auf die dem Patienten übertragene Aufgabe, seinen Widerstand zu überkommen und den kurativen Prozess fortzusetzen.

### *Literatur*

- Adler, A. (1912): Über den nervösen Charakter. Wiesbaden: Bergmann.
- Ammon, G. (1986): Der multidimensionale Mensch. München: Pinel.
- Balint, M. (1968): The Basic Fault. Therapeutic Aspects of Regression. London: Tavistock.
- Conci, M. (2005): Sullivan neu entdecken. Leben und Werk Harry Stack Sullivans und seine Bedeutung für Psychiatrie. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Freud, S. (1914/1958): Remembering, Repeating and Working-Through. SE 12; pp. 145-156. London: Hogarth.
- (1916/1917/1963): Introductory Lectures on Psychoanalysis. SE 15; pp. 106-112. London: Hogarth
- (1923/1955): Two Encyclopaedia Articles. SE 18; pp. 235-259. London: Hogarth
- Fried, E. (1980): The Courage to Change. From Insight to Self-Innovation. New York: Brunner, Mazel.
- Kernberg, O. F. (1975): Internal World and External Reality. Object Relations Theory Applied. New York, London: Aronson.
- Pohlen, M. (2006): Freuds Analyse. Die Sitzungsprotokolle Ernst Blums. Reinbek: Rowohlt.
- Riesman, D. (1950): The Lonely Crowd. New Haven, London: Yale University Press.

Professor Raymond Battegay is Chairman of Psychiatry emeritus at the University of Basel and former Chief of the Psychiatric Outpatient Department at the University Hospital Basel/Switzerland.

Author's address: Prof. Raymond Battegay • Private Practice • Delsbergerallee 65 • 4053 Basel • Switzerland

# Hypnosis in fMRI

Jerzy W. Aleksandrowicz, Marek Binder, Andrzej Urbanik (Krakow)

The authors present a study, in which the activity of the central nervous system during hypnosis and suggested analgesia were imaged with fMRI. 14 volunteers were examined four times under various experimental conditions and once in the resting state with fMRI. The differences of contrast between measurements in the consecutive phases of the experiment were analysed. Decreases of activity of regions, known for contributing to pain reception were found, probably as an effect of analgesic suggestion. Hypnotic induction was correlated with increasing activity of the L-orbit frontal gyrus. Concentration of attention was linked with activity increase within inferior parietal lobule, occipital middle/superior gyri, in the left hemisphere in orbital frontal gyri and insula/frontal operculum.

Keywords: central nervous system activity, fMRI, analgesic suggestion, hypnosis, nociceptive stimulation, pain reception

The explanation of the phenomenon, named hypnosis, oscillate between the search for specificity of the neurophysiologic processes (based on the idea that hypnosis is as special, 'third state of consciousness', different from waking and sleep) and specificity of interaction between persons engaged. Noticing the significance of the interactive processes, its supports a hypothesis, that hypnosis is a special kind of social relationship which arises between the hypnotised and the hypnotist. The key issue of this specificity appears to be played by the concentration of attention. (WEITZENHOFFER 1989; ALEKSANDROWICZ 1996; WOLBERG 1975).

Suggestion, being responsible for the appearance of various spectacular 'hypnotic' phenomena, have some in common with hypnosis. But, even though the emergence of hypnosis can be provoked by the verbal suggestions that concentrate subject's attention, and focusing of attention causes an increased susceptibility to suggestion (suggestibility), suggestion and hypnosis appear to be phenomena of a different quality. (WEITZENHOFFER 1989; WOLBERG 1975; RAINVILLE 2002).

Theories regarding hypnosis as a specific state of brain's neurophysiologic processes were not confirmed in research performed in the second half of the last century (WEITZENHOFFER 1989; CHERTOK 1969). In spite of these results, a conviction of existence a 'specific psychic process' persisted. Recently, by

applying the PET and fMRI methods attempts have been made to verify this hypothesis.

The publications describing these studies (RAINVILLE et al. 1999, DERBYSHIRE et al. 2004), were mainly concerned with the modification of specific activity, e.g. pain perception, auditory stimuli perception visual stimuli, etc. (RAINVILLE 2002; FAYMONVILLE et al. 2000; BLOOM 2005).

Our studies aimed at searching the traces of change the brain activation correlated with the hypnosis and with the suggestions reception – at this case analgesic suggestion – as well as confirming the observation that the subjective reduction of pain perception is accompanied by functional changes on the neuronal level. (ALEKSANDROWICZ, BINDER, URBANIK 2007)

## Material and Methods

Functional imaging of the brain is based on the measurement of relative differences between brain activity observed during the rest state and the active state. Functional imaging of the hypnosis would require induction and disappearance of intense hypnosis in very short time intervals, but this is practically impossible. Thus we decided to use, like RAINVILLE, the pain stimulation (pricking of the palm) as a experimental manipulation.

So, four sessions consisted of two active phases, that means pricking the right palm with a sharpened piece of wood; preceded by, intertwined and followed by the rest conditions. Each phase lasted for 30 sec. During the fifth session the active condition was focusing of attention; the rest condition was de-focussing of attention (e.g. free associations).

Every subject underwent five experimental sessions in a fixed order:

Session 1. Pain stimulation (palm pricking);

Session 2. Pain stimulation preceded by a suggestion of analgesia;

Session 3. Pain stimulation preceded by hypnosis induction;

Session 4. Pain stimulation preceded by a suggestion of analgesia during state of hypnosis;

Session 5. Focusing and de-focusing of attention, in an alternate fashion.

Functional images were acquired using a gradient-echo echoplanar sequence sensitive to blood oxygenation level dependent (BOLD) contrast, with following parameters: TR=3000 ms, TE=60 ms, FOV= 28x21 cm, matrix 96x96, 1 NEX. During each functional scanning session 50 sets of 10 contiguous, 9-mm-thick axial images were acquired parallel to the anterior-posterior

commissure plane. High-resolution anatomical images were acquired in the same locations as the functional images.

Statistical analysis of the data was done using SPM2 and MarsBaR software. ROI analysis used a 2-way ANOVA design with the independent factors of hypnotic state and verbal analgesic suggestion, and the percent BOLD signal change as the dependent variable.

Results of whole-brain activity and in the particular regions of interest (ROI) were analysed. They are: anterior cingulate gyrus (ACG), insula, thalamus, primary somatosensory cortex (post-central gyrus), secondary somatosensory cortex (S2) – the regions where one could expect changes evoked by the pain stimulation – and up to the results of whole-brain activity analysis also orbito-frontal region.

The differences between the level of activity in the first session and that of the second were considered as informative on the influence of the suggestion of analgesia, whereas the differences between the first and third session, were informative of the reaction of hypnotic induction. The difference between the level of activity in the first and fourth session was regarded as additional information on the effect of suggestion (which, due to a higher susceptibility to suggestion in hypnosis, could be stronger than during the second session) and on the effect of hypnosis itself. Differences between the second and fourth session were expected to reveal also the effects of hypnotic state.

14 participants took part in the study – 7 females and 7 males, 13 persons in the age 21-26 years old and 1 person (male) 68 years old. Majority of them were students of the 4<sup>th</sup> and 5<sup>th</sup> year of medicine, who were broadening their knowledge in the scientific study group organized by the Department of Psychotherapy.

All participants had experienced hypnosis many times and themselves had induced the hypnotic state on others.

Checking the susceptibility to hypnosis induced by the experimenter preceded the studies. In all these trials, the reaction of inducing hypnosis was evaluated by the participants as being similar to their previous experiences ('deep' state of hypnosis).

Placing the participant in the MRI apparatus gantry commenced the experiment. The headphones and microphone were tested. The first session included application of pain stimuli (pricking the right palm), the second session – the same conditions, but preceded by a verbal suggestion: "And now the right palm will stop perceiving the pricking. As though, it is placed in a thick glove,

through which the needle cannot penetrate. It is so thick, that the needle's pressure or touch will not be felt".

Induction of hypnosis began after dimming the lights in the scanner room, followed by having the subject being focused on the point of light, as well as on the voice of the person conducting the procedure – which was heard in participants' headphones - and on the suggestion of the change in shape, colour and placement of the light-point. Following the information that there was a change of perceptiveness, it was recommended that the participant closes her/his eyes and breathes deeply, in a rhythm modified by the person conducting the procedure. At this moment the lights in the room were turned on.

Following the suggestion of disappearance of all the other stimuli (especially the noise generated by the MR scanner) except for the hypnotist's voice; heaviness and then loosening of the left, and then the right arm, was suggested. In all the experiments, a non-verbal confirmation of these suggestions was obtained.

After another suggestion: "And now you will remain for a few minutes in silence, loosening, resting, gathering strength. You will remain in a state of hypnosis, intense focusing of attention, although you will not hear my voice", another registration of the reaction to pain was made. Then contact was generated, suggesting the participant remains further in a state of hypnosis and not feels pain during the next phase of the experiment (the text of the suggestion of analgesia was identical as previously).

After ending the hypnotic procedure the participants were directed to close their eyes once again, and then on the signal aired through the microphone by the experimenter, alternately to disperse their attention and to gather their attention on an earlier chosen task. They had chosen different tasks (imagined picture, mathematical operations, etc.).

Directly after the experiment, the participants gave an account of their subjective experiences, describing them in details. These accounts were recorded on audio-tape and then the level of pain receptiveness, reactions towards the suggestions of analgesia introduced before hypnotic induction and during hypnosis, hypnosis intensiveness as well as concentration of attention, type of task on which they concentrated their attention – were all determined. Owing to its significant variety (when evaluating the pain perception in the first phase of the experiment) a seven-degree scale was considered to be necessary and a five-degree scale was taken for all the other experiences studied.

In most of the persons, there was a significant reaction towards the first suggestion of analgesia (before induction of hypnosis), as well as to the second



analogous suggestion, during hypnosis. The lowering of pain perception after the suggestion of analgesia during hypnosis was more significant, than that following the analogous suggestion before inducing hypnosis. Some of those studied informed of reduced pain perception during the pricking of the palm following induction of hypnosis (session 3), even though there was no suggestion of analgesia.

## Results

### *1. Brain activity correlated with the hypnotic state.*

The analysis of contrasts in the selected ROIs comparing pain stimulation during hypnotic state and the pain stimulation in the beginning of the experiment (difference between session 1 and session 3) revealed significant decrease of pain-related activations within the following areas: insula, bilaterally, secondary somatosensory cortex (S2), left hemisphere, and within the left postcentral gyrus (primary somatosensory cortex, S1). We did not observe any differences in the intensity of activation when we compared results of subjects which rated the deepness of their hypnotic state as high and those which rated it as low.

The whole-brain analyses for this contrast revealed activation within the orbitofrontal cortex both in the right and the left hemisphere, as well as the middle occipital gyrus, negative results were obtained for the left hemispheric superior temporal gyrus and the postcentral gyrus. (fig. 1).

Comparison of the whole-brain activity associated with the pain stimulation after analgesic suggestion during hypnosis (session 4) with the effects of pain stimulation after analgesic suggestion only (session 2) revealed an increase of activity in bilateral orbitofrontal regions and a decrease within left postcentral region (S1) and the left S2 cortex (fig. 2).

The voxels that survived the inclusive masking procedure performed on the results of both comparisons (i.e. session 3 – session 1 and session 4 – session 2) were located only in the left orbitofrontal region (fig. 3). We consider this effect as specifically correlated with the hypnotic state.

In almost all subjects (11 on the left and 9 in the right hemisphere) applying pain stimulation (i. e. session 1) was correlated with the decrease of activity within the bilateral orbitofrontal cortex when compared to other sessions. For example, the comparison of activity observed during session 1 and during ses-

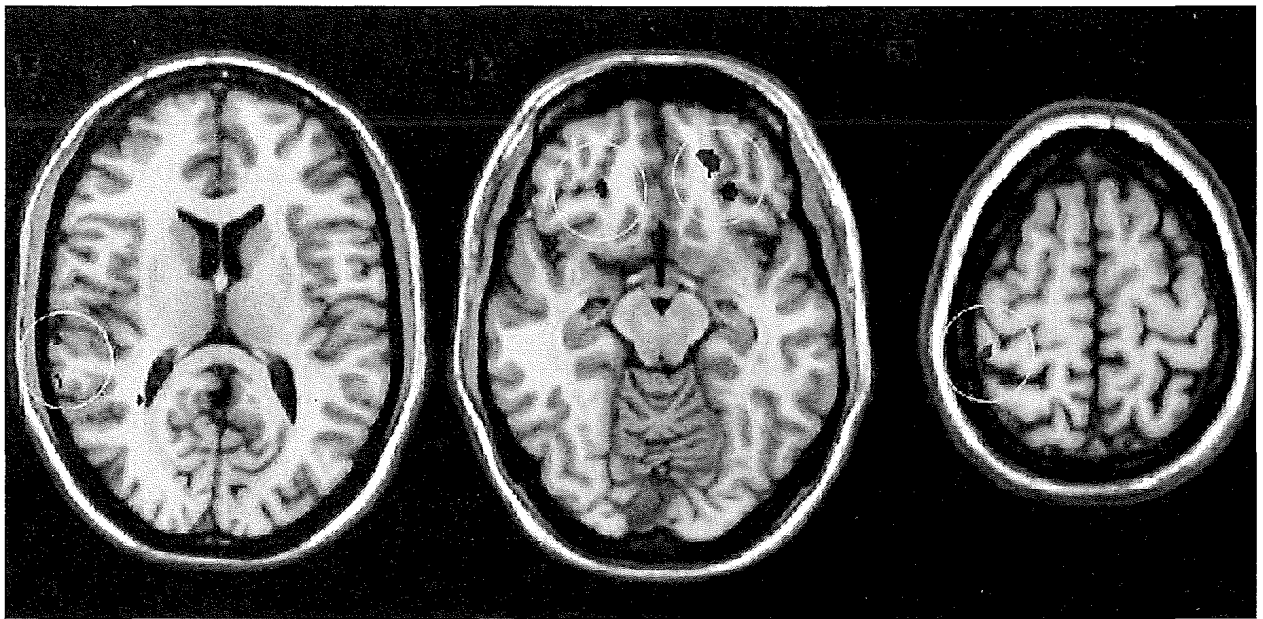


Fig. 1

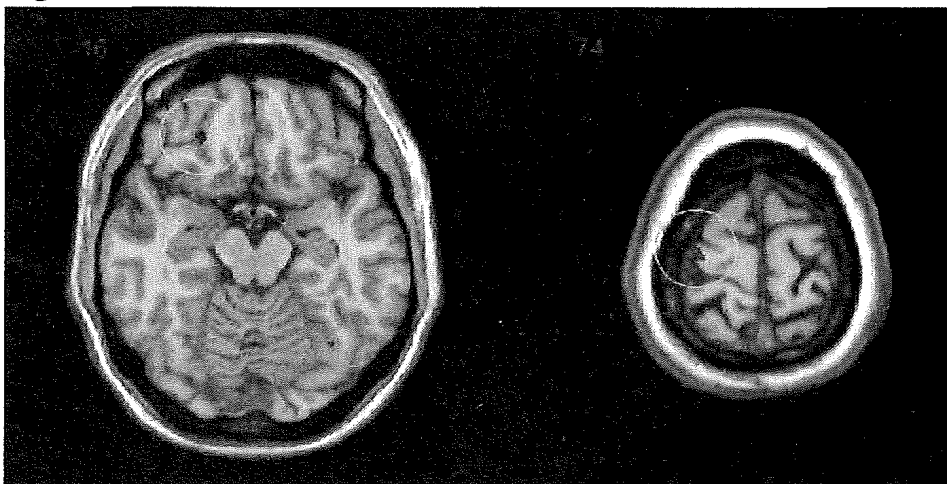


Fig. 2

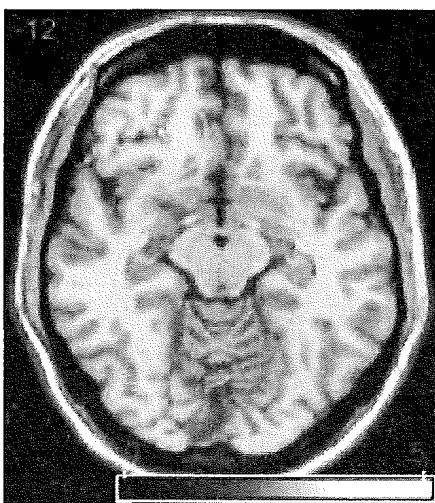


Fig. 3: the results of both comparisons (session 3 – session 1 and session 4 – session 2)

sion 3 (pain stimulation during hypnotic state) revealed an increase of activity during session 3 in this region in both hemispheres for most of subjects, irrespective of the subjective ratings of the deepness of the hypnotic state. Bilateral increase was observed in 9 from 15 subjects.

The whole-brain comparison of activity acquired during session 4 (pain stimulation after analgesic suggestion in hypnotic state, likely associated with the deepened hypnosis) with that acquired during session 2 (pain stimulation after analgesic suggestion, before hypnotic induction) revealed several significant differen-

ces. They were observed in left orbitofrontal cortex and middle frontal gyrus – and were manifested as an increase of activity between session 2 and session 4. The change of activity in the left orbitofrontal region was bigger than in the previous comparison of the session 1 and session 3. This increase was observed in 11 from 14 subjects.

Individual effect sizes within the left orbitofrontal region in the above mentioned comparisons are depicted in table 1.

	left orbitofrontal region (spm)		intensity of hypnosis	right orbitofrontal region (spm)	
	(3-1)	(4-2)		(3-1)	(4-2)
1	1,654129	5,10513*	3	2,818821*	2,220163
2	1,248554	1,022064	3	0,996205	-0,20901
3	0,243321	0,773539	3	0,645073	-0,10666
4	0,222239	0,289936	2	0,064248	-0,01009
5	-0,22435	-0,21583	4	0,611996*	0,077011
6	2,36484*	1,43917*	4+	1,262957*	0,79763*
7	3,86509*	-0,01490	5	5,748962	0,233295
8	-0,53412	0,391949	5	-1,18218	0,024239
9	5,35728*	2,81366*	3+	7,831519	1,911659
10	0,690351	0,021576	2	0,560335	0,147804
11	0,248023	-0,27999	4+	-0,24600	-0,18779
12	-0,49576	0,161356	5	-0,50280	-0,03444
13	-0,04681	0,53037*	3	-0,50604	-0,82385
14	-0,59752	0,184539	4	-0,00605	-0,07081

Table 1: \*statistically significant  $p < 0,05$

## 2. Brain activity correlated with the reception of analgesic suggestion

The ROI analysis revealed a trend toward a decreased thalamic activation that was observed specifically after analgesic suggestion both before and after hypnotic induction (i.e. session 2 and session 4). In the remaining ROIs decreases of activity were observed (some of them were insignificant) after analgesic suggestion during the hypnotic state only (i.e. session 4).

The whole-brain analysis contrast between session 2 (pain stimulation after analgesic suggestion) and session 1 (pain stimulation only) revealed an increase of activity within the middle frontal gyrus in the left hemisphere. Lastly, the ROI analyses revealed also an increase of activity level within the right an-

terior cingulate gyrus in the right hemisphere (R-ACG) between session 1 and session 2. This level did not change substantially during remaining sessions. In majority of subjects this increase co-occurred with the reduced pain sensation.



Fig. 4: Comparison of the whole-brain activity associated with the pain stimulation (session 1) with the effects of pain stimulation after analgesic suggestion (session 2)

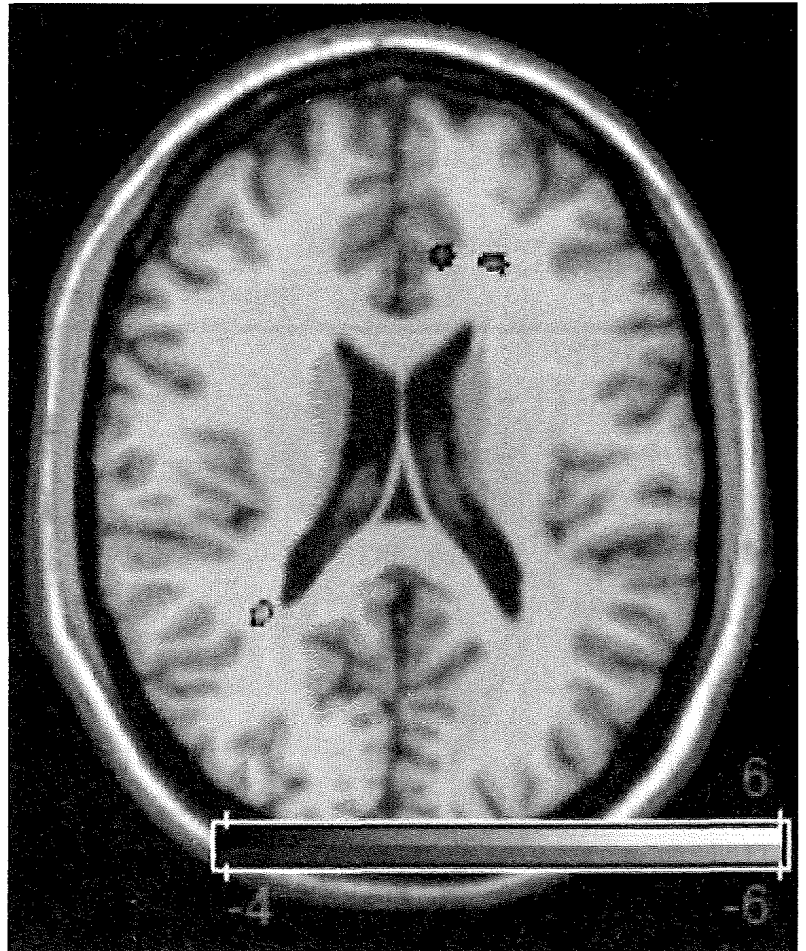


Fig. 5

### 3. Differences between focusing and de-focusing of attention.

The effects of alternate focusing and de-focusing of attention were observed principally in the inferior parietal lobule, and within the regions of angular, and middle and superior occipital gyri (bilaterally). In the anterior parts of the brain some activity was observed within orbitofrontal gyri and Rolandic operculum in the left hemisphere. Despite considerable inter-subject variability, most of the subjects displayed also activity within the right insula and the left S2. Those pilot data needs supplementary research.

### Commentary on the results

The pilot studies confirms, that reactions evoked by pain stimulation are modified by the suggestion of analgesia, but also by the induction of hypnosis itself.

The results of these studies were presented in other publications (URBANIK, ALEKSANDROWICZ et al. 2005; URBANIK, KOZUB et al. 2005; ALEKSANDROWICZ, URBANIK, BINDER 2006).

In the Pierre RAINVILLE (2002) study, (he used PET in a group of 10 volunteers and the left palm of the participants was exposed to warm or hot water), the most vivid changes were observed in the anterior cingulate gyrus (ACG) and in the thalamus. The results of the experiments were correlated with the level of relaxation and absorption in the course of hypnosis. Also DERBYSHIRE et al. used the fMRI technique reveal significant changes in the insula and the ACC, the thalamus as well as the prefrontal and parietal cortex (DERBYSHIRE et al. 2004).

It appears that correlation analysis in the study of RAINVILLE points rather to a relationship between the activities of certain areas (e.g. ACG) with the reaction to the suggestion of analgesia, rather than with the very state of hypnosis itself. Heightened activity connected with a reaction towards suggestion noted in these areas is also seen in our observations.

Results of our study cannot give definite answer to question whether a specific activity of the anterior cingulate gyrus, especially in the right hemisphere, is the result of either suggestion, or with the analgesia, that is the contents of the suggestion. The important point is that the reception of active verbal suggestion is an active process and not only a passive reaction of the subject. This however requires further research, especially the answer to the question whether the described phenomena are present along with every suggestion or only the suggestion of analgesia. They also emphasize the point that the effect of the analgesic suggestion cannot be reduced to decreased pain-evoked activity nor that it is identical with the effect of hypnosis.

Perhaps analgesia, noted as caused by hypnotic induction, is the effect of 'hidden' suggestion of analgesia, related to the participants' expectation that being hypnotised will reduce perception of pain caused during the experiment or of adaptation to pain.

As concern higher activity in the orbitofrontal gyrus (bilaterally, but more significant in the left hemisphere) related with the state of hypnosis – activity in this area cannot be explained solely by pain stimulation (its effect was rather the lowered basic activity in the left hemisphere). This allows us to formulate a hypothesis that in the functional state of the brain during hypnotic induction, besides a modification of the signal of pain, a specific type of activity appears.

It seems interesting that an activity in a similar area (however lower) was

also noted in any voluntary concentration of attention. This could confirm the conviction that hypnosis as a state of specifically intense concentration of attention on the second – hypnotising – person (definition of the British Royal Society, 1955 (WEITZENHOFFER 1989)). It seems reasonable to consider such a state as a specific ‘functional state’ of the central nervous system. This concept was not fully confirmed in our pilot study. The discrepancy of the measurement effects of focusing versus de-focusing of attention, may result from the variety of the tasks, however.

The problem of interpretation of fMRI brain activity changes is also related to methodological difficulties. They are caused, amongst others, by technological conditions. For example: even though the horizontal position and limiting the space in the tunnel of the fMRI apparatus may be beneficial for relaxation and concentration of attention, the noises of the machinery – especially their variability, just like e.g. awaiting for the pain stimuli, can distract the subject’s attention from the suggested task. The probability of experiencing tension in the experimental situation and the possible defence mechanism used, make also interpretation of the relation between variables such as hypnosis, suggestion, analgesia, etc. and the noted functional state of the brain very difficult.

## Conclusions

- Changes of activity in areas correlated with pain reception are the effect of suggestion, whose essence is analgesia and they are based on lowering of the activity evoked by the pain stimuli (especially in the thalamus, on the left side).
- The influence of suggestion (and precisely – the reception of its contents) could be connected with the heightened activity of certain areas of the brain, especially the right hemisphere anterior cingulate gyrus (R-ACG).
- The induction of hypnosis is correlated with the higher activity in the orbitofrontal areas, especially in the left hemisphere.

## Summary

The aim of the study was imaging of the central nervous system activity with fMRI method during hypnosis as well as confirmation of the observations linking subjective effects of suggested analgesia with the functional changes on the neurophysiological level.

### *Material and Method*

14 volunteers (7 female, 7 male) were examined with fMRI in the resting state and then five times during experiment. Four experimental conditions were associated with this stimulation: only nociceptive stimulation (pricking of the right hand), after analgesic suggestion, after hypnotic induction and after consecutive analgesic suggestion in hypnosis. In the fifth condition, concentration of attention was an experimental condition, while the control condition was distraction of attention (e.g. free associations). The contrast differences between measurements in the consecutive phases of the experiment were analysed.

### *Results*

Decreases of activity of regions known for contributing to pain reception were found, probably as an effect of analgesic suggestion. This effect was seen especially in the area of L-thalamus. Suggestion (more precisely – the reception of its content) was related mainly to the R-ACG area activity growth. Hypnotic induction was correlated with increasing activity of the L-orbitofrontal gyrus.

Concentration of attention was linked with activity increase within inferior parietal lobule, occipital middle/superior gyri; in the left hemisphere in orbital frontal gyri and insula/frontal operculum.

### *Conclusions*

Both hypnosis and reception of analgesic suggestion are linked with increasing activity in particular brain areas, whereas the effect of analgesic suggestion demonstrates in fMRI mainly by diminishing of reaction on painful stimuli.

## Hypnose unter funktioneller Magnetresonanztomografie

Das Ziel der Studie war zum einen die Darstellung der Aktivitäten des zentralen Nervensystems mittels funktioneller Magnetresonanztomografie während Hypnose. Zum anderen die Darstellung von subjektiv erlebten Effekten bei Schmerzsuggestio auf der neurophysiologischen Ebene. Bei 14 Probanden wurde einmal in entspanntem Zustand und fünfmal unter experimentellen Bedingungen Magnetresonanztomografien durchgeführt. Die Differenz der Bild-

kontraste zwischen den Messungen unter den verschiedenen Bedingungen wurde analysiert. Als Ergebnisse fand sich ein Absinken der Aktivität in den Hirnregionen, die für die Schmerzwahrnehmung verantwortlich sind, als ein Effekt der Analgesiesuggestion. Bei einer Versuchsanordnung mit erhöhter Konzentration fand sich eine erhöhte Aktivität in einigen Hirnarealen.

### Literature

- Aleksandrowicz, J. W. (1996): Hypnosis - a State or a Relationship? Hypnosis International Monographs 2; pp. 177-183. Munich.
- Aleksandrowicz, J. W.; Binder, M.; Urbanik, A. (2007): Hypnosis and analgesic suggestions in fMRI. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy* 9(3):25-33.
- Aleksandrowicz, J. W.; Urbanik, A.; Binder, M.. (2006): Obrazowanie czynności mózgu funkcjonalnym rezonansem magnetycznym w czasie stymulacji bólowej modyfikowanej sugestiami analgezji w hipnozie. *Psychiatr. Pol.* 5:969-983.
- Bloom, P. B. (2005): Advances in Neuroscience Relevant to Clinical Hypnosis: A clinician's perspective. *Hypnos.* 32(1):17-24.
- Chertok, L. (ed.) (1969): Psychophysiological Mechanisms of Hypnosis. Berlin: Springer.
- Derbyshire, S. W. G.; Whalley, M. G.; Stenger, V. A.; Oakley, D. A. (2004): Cerebral activation during hypnotically induced and imagined pain. *NeuroImage* 23:392-4014.
- Faymonville, M. E.; Laureys, S.; Degueldre, C.; Del Fiore, G.; Luxen, A.; Franck, G.; Lamy, M.; Marquet, P. (2000): Neural Mechanisms of Antinociceptive Effects of Hypnosis. *Anesthesiology* 92:1257-1267.
- Rainville, P. (2002): Brain mechanisms of pain affect and pain modulation. *Curr. Opin Neuobiol.* 12(2):195-204.
- Rainville, P.; Hofbauer, R. K.; Paus, T.; Duncan, G. H.; Bushnell, M. C.; Price, D. D. (1999): Cerebral Mechanisms of Hypnotic Induction and Suggestion. *J. of Cogn. Neurosci.* 11(1):110-125.
- Urbanik, A.; Aleksandrowicz, J.; Binder, M.; Chrzan, R.; Sobiecka, B.; Kozub, J., (2005): The fMR imaging study of hypnotic suggestion during pain stimulation. *European Radiology.* Vol.15, Supp.1.
- Urbanik, A.; Kozub, J.; Sobiecka, B.; Binder, M.; Aleksandrowicz, J. (2005): Application of fMRI in hypnotic suggestion during pain stimulation. 22 Ann. Meeting, Basle; str. 205.
- Weitzenhoffer, A. M. (1989): The practice of Hypnotism. New York: Wiley.
- Wolberg, L. R. (1975): Hipnoza. Warszawa: PWN.
- Jerzy W. Aleksandrowicz: Chair of Psychotherapy CM; Jagiellonian University (UJ) – Marek Binder: Psychophysiology Unit Institute of Psychology UJ – Andrzej Urbanik: Chair of Radiology CM UJ
- Author's adress:  
 Prof. Jerzy W. Aleksandrowicz • Chair of Psychotherapy CM UJ • ul. Lenartowicza 14 • 31138  
 Krakow, Poland • e-mail: mzaleksa@cyf-kr.edu.pl



# Psychoanalytic Theatre Therapy – Catharsis, Self Realisation and Creativity

Ingeborg Urspruch (München)

Psychoanalytic theatre therapy is a non-verbal method of therapy. Depending on Günter Ammon's Dynamic Psychiatry the author sees theatre therapy as a milieu therapeutic instrument, which can be used for and integrated in psychoanalytic group- or single-person-psychotherapy, where the patients have the possibility to analyze and treat their experiences in the parallel running verbal therapy. During the creative process of trying different roles of a literary play, there is a chance for the patient to develop unconscious fantasies, wishes and feelings, healthy as well as ill parts of the personality in a playful way and to make them visible on stage.

Keywords: theatre therapy, self-realisation, catharsis, creativity

Theatre, as a means of expression like dancing, music and art, is as old as mankind and has already been used in early medicine. The author has been practising therapeutic theatre since 1979 as a senior consultant in the Hospital Mengerschwaige (Munich) and since more than 25 years in her outpatient practice. Theatre therapy is a nonverbal method of therapy. Depending on Günter AMMON's Dynamic Psychiatry the author sees theatre therapy as a milieu therapeutic instrument, which can be used for and integrated in psychoanalytic group- or single-person-psychotherapy, where the patients have the possibility to analyze and treat their experiences in the parallel running verbal therapy. During the creative process of trying different roles of a literary play, there is a chance for the patient to develop unconscious fantasies, wishes and feelings, healthy as well as ill parts of the personality in a playful way and to make them visible on stage.

After the troubles of the way of forming the play, the patient is living in the role on stage as whole person and living himself inside the role out of the unconscious. Only when it becomes possible for the patient as artist in a creative process to make the role alive on stage so that in the moment of playing the

---

Lecture held at the 15th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry (WADP) / XXVIII. International Symposium of the Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP), St. Petersburg, Russia, May 15-18, 2007.

actor and the role are one, then he gives rise to a cathartic effect for the audience and for himself.

The psychoanalytic theatre therapy as well as the dance-, music- and art-therapy is one of the non-verbal therapy methods of the Dynamic Psychiatry. It is practised since 1979 with patients of the Dynamic Psychiatric Hospital Mengerschwaike (Munich). For outpatients, I am practising theatre therapy for more than 25 years as a milieu therapeutic expansion of the mostly verbal individual and group therapy in which the experiences made in theatre therapy can be deepened and reflected therapeutically. In the psychoanalytic theatre therapy, literary theatre plays are directed by the theatre group itself and will always be performed on stage, either intern or in public.

Theatre is as old as mankind. Oskar EBERLE, who looked into original theatre of the natural people still being alive, wrote,

Actually, original theatre is an art, which encloses all the possibilities of the gifted body and is the most primitive and at the same time the most varied and in any case the oldest of arts of mankind. Therefore, up until today it is the most human and most touching form of art. The immortal art. (EBERLE 1954, p. 19).



Bild 1: „Ein Engel kommt nach Babylon“ von F. Dürrenmatt

theatre's structure of today with the basic elements like stage, actor and spectator originated in the 5<sup>th</sup> century (b.c.) in the Greek theatre of Athens. Here the tragedies came into being, which maintain up until today. They offered the possibility to the people to go through their lives emotionally and mentally by the reflections from the stage. This is where ARISTOTELES emphasized the meaning of catharsis for the members of the audience; he understood that it was the effect of the tragedies to cause misery and trembling to be relieved of these emotions. Jacob Levy MO-

During the cultic time, original theatre elements were part of rituals and ceremonies, causing the experience of transcendence, which was always connected with the desire for changes of the human being, the nature or the cosmos. In the original theatre there was not like today for us a separation between the actor and the members of the audience. The

RENO (1890-1974), one founder of the analytic group psychotherapy, the improvised theatre and of the psychodrama was emphasizing the cathartic meaning of playing theatre for the actor as a therapeutic effect.

In theatre, there is good and bad, joy and sorrow, hatred and undoing, love and death, passion and anxiety, mourning and triumph, separation and appeasement, jealousy, irony, sarcasm, belief, relief and change. Therefore all that life of a human being contains. The actor, as well as the patient from the theatre therapy can go through and express all these feelings on stage.

In his famous 'speech about the actor', Max REINHARDT (1873-1943) talked at the Columbia University in New York about the richness of experiences of the theatre and said:

Within us, we all carry the possibilities for all passions, for all destinies and all forms of life. 'Nothing human is strange to us.' Would it not be so, we could not understand the others, neither in life nor in art. But the passing on, the education and the individual experiences only can stimulate very few of the seeds of life within us. The others are slowly wasting away and will die. A normal human being only experiences once in his life the supreme happiness of love, once the jubilation of freedom, once the full hatred, once he will bury in deep pain a beloved person and once at the end he will die himself. But this is not enough for us with all our original abilities to love, to hate, to jubilate, and to suffer. (REINHARDT 1957, p. 11).

And imagine now how much psychic ill persons are limited in their abilities for experiencing. But they have all the abilities for expressing and experiencing within themselves – it is the aim of the theatre therapy to enfold these qualities.

The theatre group chooses its own plays and must identify itself with the meaning. In all of the theatre plays, which were written from the Antique up until today, all the essential parts of human relationships and conflict situations



Bild 2: „Lysistrate“ von Aristophanes (Chor der Frauen)

have been performed. By this, the theatre definitely has a therapeutic effect. The members of the audience and the actor identify themselves with the roles on stage and come into a discussion about the results of the theatre play. The therapeutic value of the theatre is and was the logical consequence.

The role, which the patient is performing on stage, is found through the unconscious identification with the various parts of the personality. Already the

world famous Russian actor, director and founder of the Moscow Art Theatre Konstantin S. STANISLAVSKY (1863-1938) has recognized, that the actor is playing out of his subconscious. He called his method 'the art of experiencing'.

So, with full right, his theatre was called 'psychological theatre'.

This is now the therapeutic quality of the theatre therapy: The patient can find in his role experiences made in the past, he can express present matters and he can try out to come into the future. It is like the playing child, showing his inner world by trying to take over different roles with different identifications, which helps to find individual identity and personality development. In the same way, the patient can stimulate in theatre therapy the identifications and conflicts of the childhood hidden in the subconscious and he can search for new identifications.

So, the patient can express in his role his healthy parts of personality as well as his conflicts and the ill parts of personality. It is very important that the role, the group, the stage and the therapeutic leader provide a fundamental, balancing and protecting environment for everything the patient is doing. The theatre therapy especially suits those patients, who are not (or not enough) able to express themselves verbally. So, patients with the diagnosis of neurotic diseases, borderline-patients, addicts, patients with psychosomatic diseases as well as patients with a primary psychotic structure can participate in theatre therapy, but not before a therapeutic stabilisation and never during the phase of an open psychotic reaction.

The theatre group usually counts between 12 to 15 members. It is a half-open group; patients can participate for several weeks or months or for the entire time of their treatment. The group should be as heterogeneous as possible, which leads to vivid intercommunication. The theatre group meets once or twice a week for two to three hours. This provides the time, which is needed to unfold even the unconscious playing. One or more psychoanalysts and milieu therapists lead the group. All of the patients as well as the therapists are theatre amateurs.

It is important for the theatre therapist to have the ability to visualize his own experiences, the ability for creativity and to have group dynamic and milieu therapeutic experiences. The group dynamic and therapeutic leaders should produce a vivid and balancing atmosphere; without this there would be no way for the actors to develop fantasy and creativity.

The balancing contact is of special importance to carry the feelings of anxie-

ty, which the performance on stage is causing.

The directing of a theatre play and the phase of the role-finding is leading to an intensive, group dynamic process, which also is a process for the identity of the single one depending on which role was chosen and how he succeeded to deal with playing, directing, choice of costumes, the stage set and the development of new ideas for the various tasks of the organisation. Frustrations, narcissistic insults, rivalry and jealousy can be coped with through therapeutic help. Further, all the experiences made can be reflected and discussed, regarding the background of the patient's life history, in the accompanying verbal group- and individual therapy.

During the whole time of directing there is a constant discussion about the meaning and expression of the theatre play. This is a very intensive, emotional and mental process, the reflection of the historical origin, of the author or poet, the relationship to the present situation of the society as well as the personal situation of each of the individual patients.

In the beginning each patient can try out different roles. A patient of theatre therapy can do what a professional actor can not do: putting away his role anytime if he has gone through and recognized the ill sides of the personality and has overcome these processes with therapeutic help. He can begin with a new role. For a patient, especially for a new member, 'free play', meaning the free improvisation of own ideas or requested scenes, can be used to get involved in the play. This mostly brings up humor and pleasure in acting. To help and stimulate contact, common milieu therapeutic undertakings like visiting a theatre, or looking for costumes and requisites on flea markets just like it was done already by STANISLAVSKY in Moscow.

From the varieties of the action field of the theatre group each patient can use the healthy abilities as well as qualities and talents of his personality. Also, Especially there is the possibility to cope with the ill parts of their personality. We often experience during the analytic therapeutic process, that traumatic experiences or unconscious fears, urges, emotions or conflicts have to stay repressed for a long time. The often still instable ego of the patient during the therapeutic process is threatened to decompensate if all the feelings would be accepted. Theatre therapy, like the complete art-therapy as well, opens the possibility to the patient to go through such threatening experiences in his role – but outside of his ego. Hans MÜLLER-BRAUNSCHWEIG writes about this: "Internalised objects and the burden of the relating object-relationships can be coped with by moving to another place and will therefore lose at least partially

their threatening character.” (1984, pp.136) Further he emphasizes that with an artwork coming into being – here like the theatre play – an intensive exchange can be started. He writes: “This shows up especially clear in artistic work. The art-work becomes a kind of partner with whom he can have an intensive emotional exchange – because during the creative process he develops a self-determined life.” (1984, pp.136)

During the process when a picture, a role or a theatre play is coming into being the artist as well as the patient is in constant emotional contact with his work. MÜLLER-BRAUNSCHWEIG writes:

Just because of this ... that it is an own creation closely connected to the own personality it can be managed and realized as not being threatening. This characteristic enables the object to fill up narcissistic deficits in the personality. The artist at work is experiencing himself as ‘intact’, as ‘complete’; so to say he can work on his own perfection. The completed work again is reflecting back to him and he can identify himself with his work. Also, the complete work can bring the recognition of his environment which is leading to narcissistic supply and new chances for communication” (1984, pp.137).

I would like to explain this to you by a case-example.

Mrs. C. (37 years old) reports about her role in GOETHE’s Faust I:

*“When we began to work with GOETHE’s Faust, I could never have imagined that I would play the role of the Mephisto. But after a longer period of trying and giving out different roles I was surprised that the group thought I was capable of this role. So, I accepted spontaneously and with great pleasure. I am still fascinated by the feeling I had when I slipped into the costumes and the role. Me, who always has been conform and more obsequious, always trying not to attract too much attention – suddenly was able to go into scene, to be cynical and mocking, arrogant and scheming even pushing Faust and Gretchen into misfortune, having a light ‘so what?’ on the lips. In a sovereign way I was able to bounce off Faust’s accusations that I did not protect Gretchen from prison and death.*

*Actually, I felt like confronting my accusing father by screaming: ‘She is not at all the first one.’ Actually my father demanded of me to be a ‘good daughter’ supporting her needy mother. My mother understood quite well how to show that she was the most unhappy person and a victim of difficult circumstances. This way she was mobilizing all of my strength to help her and was degrading my person down to a nothing. Even as a grown-up, one single phone call of my mother caused day-long lasting feelings of guilt and depressions.*

*In the hopeless fight for recognition from my parents I once answered with:*

*'You are the ones, who put me into this world – not me.'* This was punished to be an outrageous behaviour. To Faust I said: *'Did we impose on you, or did you impose on us?'* And I could stay unchallenged in this scene. Faust's accusations are bouncing off me. In my role as the *'Master of Darkness'* I finally could live up for myself by even receiving applause! Me, who always wanted to be good, human, social and willing to make sacrifices while I was repressing my bad, inhuman, un- and a-social, rivalling and dominating sides, which I also hid for a long time from my therapy group.

*At the end in my life it is important that I can take the freedom to be my own self. This is possible through the theatre group with all the experiences and interests, which filled up the inner emptiness coming from my childhood.*

*Mephisto is, so to say, free because what more could happen than to be thrown out of heaven by 'God Father'? He doesn't need to demand an explanation to anybody. And that is just what I always found the worst: to be egoistic, to go through life with self-confidence. Playing the role of Mephisto cleared my way to free myself from being obsequious and from the feelings of guilt."*

This example shows the cathartic effect of the theatre therapy if it is part of the processes including reflection and integration. Here, the contemporary companion of STANISLAVSKY, the Russian psychologist, medic and philosopher Vladimir N. ILJINE (1890-1974) was practicing in Moscow and later in his exile in Paris his *'Therapeutic Theatre'* known as a therapy-method. He wrote in a letter to STANISLAVSKY:

My method has two basic keystones: Dionysius and Apollo, the cathartic release and the freedom, which we win through the fruits of serious working and discipline, the free play and the absolute exercises. If already the one or the other thing is not possible for the actor, how is it for the psychic ill one whose abilities for perception, expression and moving are restricted or completely lost? (ILJINE 1982, p. 319)

It is in particular the creativity, which is encouraged by the theatre therapy. The development and enfolding of creativity depends on the person's surroundings he lives in - and in this process on the interpersonal exchange with the others. In creative and vivid groups and families there is a supporting, tolerant contact with the ability to cope with conflicts; this is what AMMON calls the social energetic field. So, according to AMMON, creativity is an interpersonal happening and is one of the central ego-functions everyone has. "Creativity always concerns the whole human being and is changing it" (AMMON 1982, p. 725).



Bild 3: „Lysistrate“ von Aristophanes (Chor der Männer)

The person is going through the process of change, which is given by the role of the theatre play. Through his role he is some other person, in who he is empathizing with the life, the thinking and feeling of the person he is playing in the theatre. He must find the artistic figure, which was given by the author or poet and is filled by his own inner feelings and experiences of his

own subconscious. The character of the role is an artistic character, and at the same time for the actor as well as for the patient it is a process of finding one's self. Another contemporary companion of STANISLAVSKY, Nicolai JEWREINOW (1879-1953), one of the greatest Russian theatre authors and initiators, defined the term 'theatre therapy'. He supported the meaning, that the human beings can be healed if they experience a process of change. He mentioned that the theatre, which is relying on the process of changing and the catharsis, known since ARISTOTELES and MORENO, has the strongest effect here. In 1920 in Petrograd JEWREINOW appealed to all medics and stage working persons to benefit from the theatre by using this healing method.

Here the special meaning of the theatre therapy is that the patient does not have an object, which he can create and change, like the sculptor or the artist. In the theatre role, the patient as a holistic being, physically, spiritually and mentally, is the object of his creation. And this always happens in an active process of interactions with the entire group, which is promoting the patient's change by protecting and supporting him.

Max REINHARDT looked at the basic needs of a human being as well. He writes:

The art of acting came into being during the early childhood of a human being. When put into a short time of being among a heavy crowded fullness of most different human beings, who are close and yet so far away to him – he has the irresistible pleasure to change – in the play of his fantasies from one figure into the other and from one effect to the other. His inborn, but never stimulated possibilities are enfolding their wings and carry him far beyond his recognition into the center of completely strange secrets. He is going through all the delights of changes, all extasies of passion, the whole incomprehensible life in a dream. (REINHARDT 1957, p. 23)





Bild 4: „Faust I“ von J. W. von Goethe

In his role a patient is some other one and at the same time he is himself. On stage he can surpass himself and he can try out what else he maybe could be in his life. This way he can find his own reality on stage and his dream and out of his dream a new reality can come to the stage and to his life. In the art of poetry and dream, stage and dream are corresponding to

each other in many ways. “Mankind is dreaming in the poets”, HEBBEL says.

Like visualising dreams the unconscious visions and fantasies on an inner screen, the theatre stage can be used as an outer mirror. The directing of a theatre play can be compared to a group-dream. So, this way the theatre work enables – like the dream – the direct approach to the unconscious.

## Psychoanalytische Theatertherapie – Katharsis, Selbstfindung und Kreativität

Ingeborg Urspruch (München)

Die Psychoanalytische Theatertherapie ist wie Tanz-, Musik- und Maltherapie eine nonverbale Therapiemethode der Dynamischen Psychiatrie. Sie wird stationär seit 1979 in der dynamisch-psychiatrischen Klinik Menterschwaige (München) durchgeführt. Ambulant praktiziert die Autorin Theatertherapie seit über 25 Jahren als milieutherapeutische Erweiterung vorwiegend verbaler analytischer Gruppen- und Einzelpsychotherapie, in der regelmäßig die Erfahrungen aus der Theatertherapie vertiefend reflektiert und therapeutisch bearbeitet werden.

In der Psychoanalytischen Theatertherapie werden literarische Theaterstücke von der Gruppe inszeniert und immer intern oder öffentlich aufgeführt.

Theater ist so alt, wie die Menschheit. Oskar EBERLE, der ursprüngliches Theater bei heute noch lebenden Naturvölkern untersuchte, schreibt:

Eigentliches Urtheater ist die in den eigenen Leib eingeformte, alle Möglichkeiten des beseelten Körpers umfassende Kunst: die primitivste und zugleich

vielfältigste, jedenfalls die älteste Kunst der Menschheit. Darum heute noch die menschlichste und ergreifendste Kunst. Die unsterbliche Kunst. (EBERLE 1954, S. 19)

Ursprüngliche Theaterelemente waren in kultischer Zeit Teil von Ritualen und Zeremonien, die ein transzendierendes Erleben bewirkten, das immer mit einer Wandlung oder dem magischen Wunsch nach Verwandlung von Mensch, Natur oder Kosmos verbunden war. Im ursprünglichen Theater gab es keine Trennung von Schauspielern und Publikum, wie wir es heute kennen. Die heutige Form des Theaters mit den Grundelementen Bühne, Schauspieler und Zuschauer entstand im 5. Jahrhundert (v. Chr.) im frühen griechischen Theater in Athen. Hier entstanden auch die uns bis heute noch erhaltenen Tragödien, die dem Volk die Möglichkeit gaben, sich und ihr Leben in der Spiegelung auf der Bühne emotional und rational immer wieder zu durchleben und zu durchdenken.

Hier prägte ARISTOTELES den Begriff der Katharsis für den Zuschauer und verstand darunter die Wirkung der Tragödien, beim Zuschauer Jammer und Schaudern auszulösen und ihn von eben diesen Affekten zu befreien. Jacob Levy MORENO (1890-1974), ein Begründer der analytischen Gruppenpsychotherapie, des Stegreiftheaters und des Psychodramas betonte die kathartische Bedeutung des Theaterspielens für den Schauspieler als therapeutische Wirkung.

Im Theater gibt es Gut und Böse, Freude und Leid, Hass und Verderben, Liebe und Tod, Leidenschaft und Angst, Trauer und Triumph, Trennung und Versöhnung, Eifersucht, Ironie, Sarkasmus, Glaube, Erlösung, Vernichtung und Verwandlung. Damit alles, was das Leben des Menschen ausmacht.

Der Schauspieler bzw. in der Theatertherapie der Patient kann all diese Gefühle auf der Bühne zum Ausdruck bringen und durchleben. Er kann seine Verzweiflung zeigen, seine Sehnsüchte in einer Rolle finden und seine Aggressionen als Bösewicht auf der Bühne ausleben.

In seiner berühmten 'Rede über den Schauspieler' an der Columbia Universität in New York sagt Max REINHARDT (1873-1943) über den Erlebnisreichtum des Theaters:

Wir alle tragen die Möglichkeiten zu allen Leidenschaften, zu allen Schicksalen und zu allen Lebensformen in uns. 'Nichts Menschliches ist uns fremd.' Wäre es nicht so, wir könnten andere Menschen nicht verstehen, weder im Leben, noch in der Kunst. Aber Vererbung, Erziehung, individuelle Erlebnisse befruchten und entwickeln nur wenige von den tausend Keimen in uns. Die anderen verkümmern allmählich und sterben ab.

Der normale Mensch empfindet gewöhnlich einmal im Leben die ganze Se-

ligkeit der Liebe, einmal den Jubel der Freiheit, er hasst einmal gründlich, er begräbt einmal mit tiefem Schmerz ein geliebtes Wesen und stirbt am Ende einmal selbst. Das ist zu wenig für die uns eingeborenen Fähigkeiten zu lieben, zu hassen, zu jubeln, zu leiden. (REINHARDT 1957, S. 11f.)

Und wie erst sind die Erlebnisfähigkeiten beim psychisch Kranken eingeschränkt. Doch er trägt Erlebnis- und Ausdrucksmöglichkeiten in sich, die es in der Theatertherapie zur Entfaltung zu bringen gilt.

Die Theatergruppe sucht sich das Theaterstück selbst aus; sie muss sich mit Inhalt und Aussage identifizieren können. In all den Theaterstücken, die seit der Antike bis heute geschrieben worden sind, sind alle wesentlichen Bereiche menschlicher Beziehungs- und Konfliktkonstellationen zur Darstellung gebracht worden. Damit hat das Theater per se therapeutische Wirkung im weitesten Sinne. Der Zuschauer und der Schauspieler identifizieren sich mit den Rollen auf der Bühne und setzen sich mit der im Theaterstück gefundenen Lösung auseinander. Das Theater therapeutisch zu nutzen war und ist daher eine logische Konsequenz.

In der Rolle, die der Patient auf der Bühne spielt, findet er sich durch unbewusste Identifikation in vielen Persönlichkeitsanteilen selbst. Schon der weltweit bekannte russische Schauspieler, Regisseur und Theaterleiter Konstantin Sergejewitsch STANISLAWSKI (1863-1938), der Begründer des Moskauer Künstlertheaters, erkannte, dass der Schauspieler aus dem Unbewussten heraus spielt und nannte seine Methode die 'Kunst des Erlebens'. Sein Theater trug zu Recht die Bezeichnung 'psychologisches Theater'.

Und das ist die therapeutische Möglichkeit in der Theatertherapie: Der Patient kann in der Vergangenheit Erlebtes in der Rolle wieder finden, er kann Gegenwärtiges in Szene setzen und Zukünftiges ausprobieren. Wie ein Kind im Spiel seine innere Welt in Szene setzt und durch Übernahme von Rollen verschiedene Identifikationen ausprobiert und so zu seiner individuellen Identitäts- und Persönlichkeitsentwicklung findet, kann der Patient in der Theatertherapie die in der Kindheit entwickelten Identifikationen und Konflikte, die unbewusst verinnerlicht sind, wieder lebendig werden lassen und neue Identifikationen suchen.

Der Patient kann in der Rolle so seine gesunden Persönlichkeitsanteile, wie auch seine kranken, konflikthaftern Seiten ausleben und sichtbar machen. Wichtig dabei ist, dass für alles, was der Patient in der Theatertherapie auf die Bühne bringt, die Rolle, die Gruppe, der therapeutische Leiter und die Bühne eine tragende und auffangende Begrenzung darstellen, die ihm Schutz geben.

Die Theatertherapie ist für Patienten besonders geeignet, die sich verbal nicht oder nicht ausreichend verständlich machen können. Diagnostisch können neurotisch kranke Patienten daran teilnehmen, Borderline-Patienten, Suchtpatienten, psychosomatisch Kranke und auch Patienten mit primär psychotischer Struktur – diese jedoch erst nach einer gewissen therapeutischen Stabilisierung, keinesfalls während einer offen psychotischen Reaktion.

Die Theatertherapiegruppe:

- hat in der Regel 12 bis 15 Mitglieder, die Zahl der Mitglieder ist jedoch nicht festgelegt,
- ist eine halboffene Gruppe, Patienten können mehrere Wochen oder Monate teilnehmen, oder während ihrer gesamten Behandlungszeit,
- sollte möglichst heterogen zusammengesetzt sein, wodurch per se ein lebendiges Miteinander entstehen kann,
- versammelt sich ein- bis mehrmals wöchentlich für etwa drei Stunden, um ausreichend Zeit zur Verfügung zu haben, sich auch unbewusst im Spiel zu entfalten,
- wird von einem oder mehreren Psychoanalytikern und Milieuthérapeuten geleitet.
- Die Patienten sind allesamt schauspielerische Laien, wie auch die Therapeuten.

Wichtig für den Theatertherapeuten ist seine eigene bildhafte Erlebnisfähigkeit, kreativ-künstlerische Gestaltungsfähigkeit und gruppodynamische und milieuthérapeutische Erfahrung.

In der Gruppe sollte immer wieder unter therapeutischer und gruppodynamischer Leitung eine lebendige und tragende Atmosphäre hergestellt werden, ohne die schauspielerische Fantasie und Kreativität nicht entstehen kann.

Tragender Kontakt ist besonders wichtig, um die Angst, sich in der Gruppe und zuletzt auf der Bühne zu zeigen, aufzufangen.

Über die Inszenierung des Theaterstückes und die Rollenfindung entwickelt sich ein intensiver gruppodynamischer Prozess und ein Identitätsprozess für jeden einzelnen Patienten, je nachdem, welche Rolle er übernimmt, wie ihm das Rollenspiel gelingt und welche Fähigkeiten er bei der Inszenierung, dem Gestalten der Kostüme, des Bühnenbildes und den vielfältigen organisatorischen Aufgaben einsetzen oder neu entdecken und entwickeln kann. Frustrationen, narzisstische Kränkungen, Rivalität und Eifersucht, die bei der Theaterins-

zenierung und Rollenfindung häufig auftreten, müssen mit Hilfe der Therapeuten bewältigt werden. Das Erlebte wird darüber hinaus in der begleitenden verbalen Gruppen- und Einzelpsychotherapie reflektiert und auf dem Hintergrund der Lebensgeschichte des Patienten therapeutisch bearbeitet.

Während der gesamten Inszenierung des Theaterstückes dreht sich die Diskussion immer wieder um Inhalt und Aussage des Stückes. Dies ist ein intensiver emotionaler und geistiger Prozess, in dem die historische Entstehung, die Person des Autors oder Dichters, die Beziehung zur augenblicklichen gesellschaftlichen Situation, wie auch zur persönlichen Situation jedes einzelnen Patienten beleuchtet wird.

Jeder Patient kann zu Beginn jede von ihm gewünschte Rolle ausprobieren. Was der Schauspieler in der Regel nicht kann, ist für den Patienten in der Theatertherapie möglich: Er kann jederzeit seine Rolle ablegen, wenn er durch sie kranke Seiten ausgelebt, erkannt, therapeutisch bearbeitet und überwunden hat. Mit einer neuen Rolle kann er neu beginnen.

Um ins Spiel hinein zu finden, besonders für neue Mitglieder, kann das 'freie Spiel', das heißt freie Improvisation selbst erdachter oder vorgeschlagener Szenen eingesetzt werden. Hierbei entsteht meist von selbst spielerischer Humor und damit Freude am Spiel.

Kontakt fördernd und anregend sind auch gemeinsame milieutheraeutische Unternehmungen, wie Theaterbesuche oder Bummeln über Flohmärkte, um Kostüme und Requisiten zu finden, wie es schon STANISLAWSKI in Moskau praktizierte.

Im vielfältigen Betätigungsfeld der Theatergruppe kann jeder Patient so gesunde Fähigkeiten, Begabungen und Talente einsetzen.

Ebenso gibt es in besonderem Maße die Möglichkeit, kranke Seiten zu bewältigen. Im analytischen Therapieprozess erleben wir nicht selten, dass stark traumatische Erfahrungen oder Angst besetzte unbewusste Inhalte, Strebungen, Affekte oder Konflikte lange Zeit verdrängt bleiben müssen, da sie für das im laufenden therapeutischen Prozess noch brüchige Selbst oder Ich des Patienten bedrohlich sein können und der Patient beim Zulassen eine Dekompensation oder Ablehnung befürchtet.

Die Theatertherapie, wie auch insgesamt Kunsttherapie eröffnet dem Patienten die Möglichkeiten derartige unbewusst bedrohlich erlebte Affekte oder Konflikte im Theaterstück in einer Rolle – damit außerhalb des Selbst – zuzulassen. Hans MÜLLER-BRAUNSCHWEIG (1964) schreibt dazu: „Internalisierte Objekte und die dazugehörenden belastenden Objektbeziehungen können

durch Verschiebung auf ein Ersatzgebiet beherrscht werden und verlieren – zumindest partiell – ihren bedrohlichen Charakter.“ (S. 136) Weiter führt er aus, dass mit dem entstehenden Kunstwerk – hier die Rolle oder das Theaterstück – gleichzeitig ein intensiver Austausch möglich ist. Er schreibt:

Besonders deutlich wird das an der künstlerischen Tätigkeit. Das entstehende Kunstwerk wird zu einer Art Partner, mit dem ein intensiver Gefühlsaustausch möglich ist, da es während des Gestaltungsprozesses selbstständiges Leben gewinnt. (MÜLLER-BRAUNSCHWEIG 1984, S. 136)

Im Prozess der Entstehung eines Bildes, einer Rolle oder eines Theaterstückes steht der Künstler oder Patient also, da es ein selbstgeschaffenes Objekt ist, mit ihm in ständig engem emotionalen Kontakt. MÜLLER-BRAUNSCHWEIG schreibt:

Eben dadurch, dass es selbst geschaffen und eng mit der eigenen Persönlichkeit verbunden ist, kann es als beherrschbar und nicht als beängstigend erlebt werden. Diese Eigenart macht es dem entstehenden Werk auch möglich, narzisstische Lücken der Persönlichkeit auszufüllen. Der Schaffende erlebt sich im Werk als 'heil', als 'ganz', er kann sozusagen an seiner eigenen Perfektion arbeiten. Das fertige Werk wirkt dann wieder auf ihn selbst zurück, er kann sich mit ihm identifizieren. Das fertige Werk kann schließlich auch Anerkennung von Seiten der Umgebung bringen und wiederum zu narzisstischer Zufuhr sowie, auf indirektem Weg, zu neuen Kommunikationsmöglichkeiten führen“ (1984, S. 137).

Ich möchte dies durch eine Fallvignette verdeutlichen. Frau C. (37 J.) schreibt zu ihrer Rolle als Mephisto in GOETHE'S Faust I:

*„Als wir begannen, Faust zu inszenieren, konnte ich mir nicht vorstellen, dass ich einmal den Mephisto spielen würde. Doch als es nach längerem Ausprobieren um die Rollenverteilung ging, stellte ich mit Erstaunen fest, dass die Gruppe mir diese Rolle zutraute. Ich habe sie sofort und mit größtem Vergnügen übernommen.*

*Was mich bis heute fasziniert, ist die spontane Veränderung, die mit mir in dem Moment geschah, in dem ich mich verkleidete und in die Rolle hineinschlüpfte. Ich, die ich immer angepasst und eher unterwürfig war, stets darauf bedacht, nicht unangenehm aufzufallen, konnte mich plötzlich in Szene setzen, zynisch, spöttisch, arrogant und intrigant sein, Faust und Gretchen ins Unglück stürzen mit einem lockeren 'Na und?' auf den Lippen.*

*Ich konnte souverän meine Fäden ziehen und Fausts Vorwürfe, Gretchen nicht vor dem Kerker und dem Tode bewahrt zu haben, am Ende an mir abprallen lassen.*

*Eigentlich fühle ich mich so, als ob ich meinem mir Vorwürfe machenden Vater entgegenschleudere: 'Sie ist die erste nicht.' Tatsächlich forderte mein*

Vater von mir, eine 'gute Tochter' zu sein, die ihre bedürftige Mutter unterstütze.

Meine Mutter verstand es, sich als unglücklichsten Menschen und Opfer widrigster Umstände so in Szene zu setzen, dass ich alle Kräfte mobilisierte, sie zu unterstützen, ihr zu helfen und mich selbst dabei zu einem unbedeutenden Nichts herabwürdigte. Selbst als ich schon erwachsen war, versetzte mich ein einziger Telefonanruf von ihr in tagelange mit Schuldgefühlen beladene Depressionen.

Dem aussichtslosen Kampf um Anerkennung mit meinen Eltern setzte ich einmal entgegen: 'Ihr habt mich in die Welt gesetzt, nicht ich.' Was als Unverschämtheit meinerseits geahndet wurde.

Zu Faust sage ich: 'Drängen wir uns dir auf, oder du dich uns?' Und ich kann in dieser Szene unangefochten bleiben. Fausts Beschuldigungen prallen an mir ab. Ich, die ich immer gut, menschlich, sozial, opferbereit sein wollte und meine schlechten, unmenschlichen, un- und asozialen, rivalisierenden, beherrschenden Seiten unterdrückt, verdrängt und auch lange Zeit in der Therapie verschwiegen habe, kann mich als 'Herr der Finsternis' endlich ausleben und bekomme noch dazu Applaus!

Letztlich geht es in meinem Leben darum, mir die Freiheit zu nehmen, ich selbst zu sein, nachdem ich die innere Leere, die ich von zu Hause mit ins Leben nahm, vor allem auch durch die Theatergruppe ausfüllen konnte mit Interessen, Erlebnissen und Erfahrungen.

Mephisto ist so gesehen frei, denn was kann noch Schlimmeres passieren als von 'Gottvater' aus dem Himmel geworfen zu werden? Er schuldet niemandem Rechenschaft. Und genau das schien mir immer das böseste überhaupt zu sein: Egoistisch, an mich denkend, selbstbewusst handelnd durchs Leben zu gehen. Das Spielen der Mephisto-Rolle hat mir den Weg gebahnt, mich von Unterwürfigkeit und Schuldgefühlen zu befreien.“

Die Fallvignette zeigt auch, dass die Theatertherapie kathartisch wirkt, jedoch eingebunden in ein prozesshaftes Geschehen, das gleichzeitig Reflexion und Integration beinhaltet. Hierzu schreibt – auch ein Zeitgenosse STANISLAWSKIS – der russische Psychologe, Mediziner und Philosoph Vladimir Nikolajewitsch ILJINE (1890-1974), der in jener Zeit in Moskau und später im seinen Exil in Paris seine heute als 'Therapeutisches Theater' bekannte Therapiemethode praktizierte in einem Brief an STANISLAWSKI:

Meine Methode hat zwei Grundpfeiler: Dionysius und Apollon, die kathartische Befreiung und die Freiheit, die wir als Frucht ernster Arbeit und Diszipli-

nierung gewinnen, das improvisierte Spiel und die vollkommene Übung. Ist schon beim Schauspieler das eine ohne das andere nicht möglich, wie erst beim seelisch Kranken, dessen Fähigkeiten wahrzunehmen, sich auszudrücken, sich zu bewegen, eingeschränkt oder gänzlich verloren gegangen sind? (ILJINE 1982, S. 319)

In besonderem Maße wird in der Theatertherapie Kreativität gefördert. Die Entwicklung und Entfaltung von Kreativität ist verbunden mit dem den Menschen umgebenden Milieu, in dem er lebt und in welchem er mit anderen in prozesshaft-interpersonellem Austausch steht. In kreativ-lebendigen Gruppen und Familien besteht ein tragender, toleranter, aber auch konfliktfähiger Kontakt, was AMMON als sozialenergetisches Feld bezeichnet. Kreativität ist so nach AMMON ein interpersonelles Geschehen und eine zentrale Ich-Funktion, die jeder Mensch besitzt. „Kreativität betrifft immer den ganzen Menschen und verändert ihn.“ (AMMON 1982, S. 725)

Der Verwandlungsprozess, den die Rolle im Theaterstück vorgibt, wird vom Patienten durchlebt. Durch die Rolle wird er ein anderer, in dem er sich in das Leben, Denken und Fühlen des Menschen hineinversetzt, den er im Theaterstück spielt. Er muss die vom Autor oder Dichter vorgegebene künstlerische Gestalt finden, beseelt durch sein eigenes inneres Erleben, das er durch unbewusste Identifikation hineingibt. Die Rollengestalt ist eine künstlerische Gestalt, sie zu beleben ist Selbstdarstellung und Selbstfindung des Patienten.

Ein weiterer Zeitgenosse Stanislawskis, Nikolai Jewreinow (1879-1953), einer der größten russischen Theaterautoren und -initiatoren, definierte den Begriff 'Theatertherapie'. Er vertrat die Ansicht, dass die Menschen gesund werden, wenn ihr Leben eine Verwandlung erfährt. Er war der Meinung, dass das Theater, das so ganz auf den Verwandlungsprozess setzt und die seit ARISTOTELES und MORENO vertraute Katharsis, hier am stärksten wirksam sein könnte.

Im Petrograd des Jahres 1920 erging JEWREINOWS Aufruf an alle Ärzte und Bühnenschaffenden, sich das Theater als Heilungsmethode zunutze zu machen.

Bedeutsam ist dabei in der Theatertherapie, dass der Patient keinen Gegenstand, wie der Maler und Bildhauer hat, den er verwandelnd gestaltet. In der Theaterrolle ist der Patient selbst ganzheitlich – körperlich, seelisch und geistig – der Gegenstand seiner Gestaltung. Und immer geschieht dies im lebendigen Interaktionsprozess in der ganzen Gruppe, durch den der Patient in seiner Verwandlung gefördert, geschützt und getragen wird.

Auch Max REINHARDT sieht die Verwandlung als Grundbedürfnis des Menschen an. Er schreibt:

In der frühen Kindheit des Menschen ist die Schauspielkunst entstanden. Der



Mensch, in ein kurzes Dasein gesetzt, in eine dichtgedrängte Fülle verschiedenartigster Menschen, die ihm so nah und doch so unfassbar fern sind, hat eine unwiderstehliche Lust, sich im Spiel seiner Fantasie von einer Gestalt in die andere, von einem Affekt in den anderen zu stürzen. Die ihm eingeborenen, aber vom Leben nicht befruchteten Möglichkeiten entfalten dabei ihre dunklen Schwingen und tragen ihn weit über sein Wissen hinaus in den Mittelpunkt wildfremder Geschehnisse. Er erlebt alle Entzückungen der Verwandlung, alle Ekstasen der Leidenschaft, das ganze unbegreifliche Leben im Traum. (REINHARDT 1957, S. 23)

In der Rolle ist der Patient ein anderer und gleichzeitig er selbst. Auf der Bühne kann er als anderer über sich hinauswachsen und ausprobieren, was er im Leben vielleicht sein könnte.

So findet er auf der Bühne seine Wirklichkeit und seinen Traum und aus dem Traum kann auf der Bühne und im Leben eine neue Wirklichkeit werden.

Dichtkunst und Traum, Bühne und Traum, entsprechen sich in vieler Hinsicht. „In den Dichtern träumt die Menschheit“, sagt HEBBEL.

Ähnlich wie Träume unbewusste Visionen und Fantasien auf einer inneren Leinwand sichtbar machen, kann die Bühne des Theaters als äußerer Spiegel genutzt werden. Die Inszenierung eines Theaterstückes ist einem Gruppen Traum vergleichbar. Die Theaterarbeit ermöglicht so – wie der Traum – unmittelbaren Zugang zum Unbewussten.

## Zusammenfassung

Die Psychoanalytische Theatertherapie ist seit 1979 eine integrierte nonverbale Therapiemethode im vielfältigen stationären Behandlungsspektrum der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaike. Seit über 25 Jahren hat die Autorin diese Methode ambulant fortgeführt als milieutherapeutische Erweiterung überwiegend verbaler Einzel- und Gruppenpsychotherapie.

Das Theater bietet die ganze Spannbreite menschlicher Emotionen, zwischenmenschlicher Beziehungen, Konflikte und unzählige Beispiele individueller Schicksale, Entwicklungs- und Veränderungsprozesse. Durch unbewusste Identifikation durchleben Zuschauer und Schauspieler das Geschehen auf der Bühne in einem emotionalen, läuternden und verändernden Prozess. Für diesen Prozess prägte ARISTOTELES den Begriff der Katharsis für den Zuschauer und Jacob Levy MORENO (1890-1974) erkannte die kathartische Wirkung des Theaterspiels für den Schauspieler.

In seiner berühmten ‘Rede über den Schauspieler’ sagt Max REINHARDT (1873-1943):

Wir alle tragen die Möglichkeiten zu allen Leidenschaften, zu allen Schicksalen und zu allen Lebensformen in uns. 'Nichts Menschliches ist uns fremd'. Wäre es nicht so, wir könnten andere Menschen nicht verstehen, weder im Leben noch in der Kunst. Aber Vererbung, Erziehung, individuelle Erlebnisse befruchten und entwickeln nur wenige von tausend Keimen in uns. Die anderen verkümmern allmählich und sterben ab. (REINHARDT 1957, S. 11)

Dies trifft in besonderem Maße für unsere Patienten zu, die im Entwicklungsprozess vieler Bereiche ihrer Persönlichkeit destruktiv gestört oder defizitär behindert wurden.

In der Rolle, die der Patient auf der Bühne spielt, findet er sich durch unbewusste Identifikation in vielen Persönlichkeitsanteilen selbst. Schon der weltweit bekannte russische Schauspieler, Regisseur, Begründer und Leiter des Moskauer Künstlertheaters Konstantin Sergejewitsch STANISLAWSKI (1863-1938) erkannte, dass der Schauspieler aus dem Unbewussten heraus spielt und nannte seine Methode die 'Kunst des Erlebens'. Sein Theater trug zu Recht die Bezeichnung 'Psychologisches Theater'.

Und das ist die therapeutische Möglichkeit in der Theatertherapie: Der Patient kann in der Vergangenheit Erlebtes in der Rolle wieder finden, er kann Gegenwärtiges in Szene setzen und Zukünftiges ausprobieren. Wie ein Kind im Spiel seine innere Welt in Szene setzt und durch Übernahme von Rollen verschiedene Identifikationen ausprobiert und so zu seiner individuellen Identitäts- und Persönlichkeitsentwicklung findet, kann der Patient in der Theatertherapie die in der Kindheit entwickelten Identifikationen und Konflikte, die unbewusst verinnerlicht sind, wieder lebendig werden lassen und neue Identifikationen suchen. Der Patient kann in der Rolle so seine gesunden Persönlichkeitsanteile, wie auch seine kranken, konflikthaften Seiten ausleben und sichtbar machen. Wichtig dabei ist, dass für alles, was der Patient in der Theatertherapie auf die Bühne bringt, die Rolle, die Gruppe, der therapeutische Leiter und die Bühne eine tragende und auffangende Begrenzung darstellen, die ihm Schutz geben.

Die Autorin betont die therapeutische Bedeutung der Gruppe als sozialenergetisches Feld. In der Theatergruppe entwickelt sich über die Inszenierung des Theaterstückes und den Prozess der Rollenfindung, dem sehr viel Raum gegeben wird, ein intensiver gruppodynamischer Prozess und ein Identitätsprozess für jeden einzelnen Patienten je nachdem, welche Rolle er übernimmt, wie ihm das Rollenspiel gelingt, welche Fähigkeiten und Möglichkeiten er hier einsetzen, neu entdecken oder entfalten kann. In der Gruppe sollte immer wieder unter therapeutischer und gruppodynamischer Leitung eine lebendige und tra-

gende Atmosphäre hergestellt werden, ohne die schauspielerische Fantasie und Kreativität nicht entstehen kann. Tragender Kontakt und Vertrauen sind besonders wichtig, um die Ängste, sich in der Gruppe und zuletzt auf der Bühne zu zeigen, aufzufangen. Frustrationen, narzisstische Kränkungen, Rivalität und Eifersucht treten im Rahmen der Theaterinszenierung und Rollenfindung besonders häufig auf und müssen mit Hilfe des leitenden Therapeuten bewältigt werden. Beim fortgeschrittenen Identifikationsprozess der Gruppe mit dem Theaterstück und des Einzelnen mit seiner Rolle, wird häufig das Theaterstück auf der unbewussten Gruppenebene agiert, wodurch unbewusste Erlebnisbereiche unmittelbar zugänglich werden. Das Erlebte wird darüber hinaus in der begleitenden analytischen Einzel- oder Gruppenpsychotherapie vertiefend reflektiert und auf dem Hintergrund der Lebensgeschichte des Patienten therapeutisch bearbeitet. Während der Inszenierung des Theaterstückes dreht sich die Diskussion in der Gruppe immer wieder um Inhalt und Aussage des Stückes. Das ist ein intensiver emotionaler und geistiger Prozess, in dem die historische Entstehung, die Person des Autors oder Dichters, die Beziehung zur augenblicklichen gesellschaftlichen Situation wie auch zur persönlichen Situation jedes einzelnen Patienten beleuchtet wird.

Im analytischen Therapieprozess erleben wir nicht selten, dass stark traumatische Erfahrungen oder Angst besetzte unbewusste Inhalte, Strebungen, Affekte oder Konflikte lange Zeit verdrängt bleiben müssen, da sie für das im laufenden therapeutischen Prozess noch brüchige Selbst oder Ich des Patienten bedrohlich sein können und der Patient beim Zulassen eine Dekompensation oder Ablehnung befürchtet.

Die Theatertherapie, wie auch insgesamt Kunsttherapie eröffnet dem Patienten die Möglichkeit derartige unbewusst bedrohlich erlebte Affekte oder Konflikte im Theaterstück in einer Rolle – damit außerhalb des Selbst – zuzulassen. Hans MÜLLER-BRAUNSCHWEIG schreibt dazu: „Internalisierte Objekte und die dazugehörenden belastenden Objektbeziehungen können durch Verschiebung auf ein Ersatzgebiet beherrscht werden und verlieren – zumindest partiell – ihren bedrohlichen Charakter.“ (1984, S. 136) Weiter führt er aus, dass mit dem entstehenden Kunstwerk – hier die Rolle oder das Theaterstück – gleichzeitig ein intensiver Austausch möglich ist. Er schreibt:

Besonders deutlich wird das an der künstlerischen Tätigkeit. Das entstehende Kunstwerk wird zu einer Art Partner, mit dem ein intensiver Gefühlsaustausch möglich ist, da es während des Gestaltungsprozesses selbstständiges Leben gewinnt. (MÜLLER-BRAUNSCHWEIG 1984, S. 136)

Im Prozess der Entstehung eines Bildes, einer Rolle oder eines Theaterstückes steht der Künstler oder Patient also, da es ein selbstgeschaffenes Objekt ist, mit ihm in ständig engem emotionalen Kontakt.

Eben dadurch, dass es selbst geschaffen und eng mit der eigenen Persönlichkeit verbunden ist, kann es als beherrschbar und nicht als beängstigend erlebt werden. Diese Eigenart macht es dem entstehenden Werk auch möglich, narzisstische Lücken der Persönlichkeit auszufüllen. Der Schaffende erlebt sich im Werk als 'heil', als 'ganz', er kann sozusagen an seiner eigenen Perfektion arbeiten. Das fertige Werk wirkt dann wieder auf ihn selbst zurück, er kann sich mit ihm identifizieren. Das fertige Werk kann schließlich auch Anerkennung von Seiten der Umgebung bringen und wiederum zu narzisstischer Zufuhr sowie, auf indirektem Weg, zu neuen Kommunikationsmöglichkeiten führen. (MÜLLER-BRAUNSCHWEIG 1984, S. 137)

Dies wird von der Autorin in einer Fallvignette verdeutlicht, in der eine Patientin in der Rolle des Mephisto in GOETHE'S Faust schuldgefühlbeladene aggressive Impulse, die sie im therapeutischen Prozess lange Zeit verdrängt hatte, als 'Herr der Finsternis' mit großer Freude auf der Bühne ausspielen konnte. Das Spielen der Mephisto-Rolle hat ihr den Weg gebahnt, sich von Anpasstheit bis hin zur Unterwürfigkeit und von Schuldgefühlen zu befreien. Die Fallvignette zeigt auch, dass die Theatertherapie kathartisch wirkt, jedoch eingebunden in ein prozesshaftes Geschehen, das gleichzeitig Reflexion und Integration beinhaltet.

Im besonderen Maße wird in der Theatertherapie Kreativität gefördert. Die Entwicklung und Entfaltung von Kreativität ist verbunden mit dem den Menschen umgebenden Milieu, in dem er lebt und in welchem er mit anderen in prozesshaft-interpersonellem Austausch lebt. In kreativ-lebendigen Gruppen und Familien besteht ein tragender, toleranter, aber auch konfliktfähiger Kontakt, was AMMON als sozialenergetisches Feld bezeichnet. Kreativität ist so nach AMMON ein interpersonelles Geschehen und eine zentrale Ich-Funktion, die jeder Mensch besitzt. „Kreativität betrifft immer den ganzen Menschen und verändert ihn.“ (AMMON 1982, S. 725)

Der Verwandlungsprozess, den die Rolle im Theaterstück vorgibt, wird vom Patienten durchlebt. Durch die Rolle wird er ein anderer, in dem er sich in das Leben, Denken und Fühlen des Menschen hineinversetzt, den er im Theaterstück spielt. Er muss die vom Autor oder Dichter vorgegebene künstlerische Gestalt finden, beseelt durch sein eigenes inneres Erleben, das er durch unbewusste Identifikation hineingibt. Die Rollengestalt ist eine künstlerische Gestalt, sie zu beleben ist Selbstdarstellung und Selbstfindung des Patienten. Bedeutsam ist dabei in der Theatertherapie, dass der Patient keinen Gegenstand,

wie der Maler und Bildhauer hat, den er verwandelnd gestaltet. In der Theaterrolle ist der Patient selbst ganzheitlich – körperlich, seelisch und geistig – der Gegenstand seiner Gestaltung. Und immer geschieht dies im lebendigen Interaktionsprozess in der ganzen Gruppe, durch den der Patient in seiner Verwandlung gefördert, geschützt und getragen wird.

In der Rolle ist der Patient ein anderer und gleichzeitig er selbst. Auf der Bühne kann er als anderer über sich hinauswachsen und ausprobieren, was er im Leben vielleicht sein könnte.

So findet er auf der Bühne seine Wirklichkeit und seinen Traum und aus dem Traum kann auf der Bühne und im Leben eine neue Wirklichkeit werden. Ähnlich wie Träume die unbewussten Visionen und Fantasien auf einer inneren Leinwand sichtbar machen, kann die Bühne des Theaters als äußerer Spiegel genutzt werden. Die Inszenierung eines Theaterstückes ist einem Gruppen Traum vergleichbar. Die Theaterarbeit ermöglicht so, wie der Traum, unmittelbaren Zugang zum Unbewussten.

## *References*

- Ammon, G. (1982): Kreativität als Grenz- und Identitätsgeschehen. In: G. Ammon (Hg.) *Handb. d. Dynam. Psychiatrie*; Bd. 2, S. 714-735. München: Reinhardt.
- Eberle, O. (1954): *Cenalora. Leben, Glaube, Tanz und Theater der Urvölker*. Freiburg: Olten.
- Iljine, V. N. (1982): Das Therapeutische Theater. In: H. Petzold (Hg.): *Dramatische Therapie*; S. 88-109. Stuttgart: Hippokrates.
- Müller-Braunschweig, H. (1984): Aspekte einer psychoanalytischen Kreativitätstheorie. In: H. Kraft (Hg.): *Psychoanalyse, Kunst und Kreativität heute*; S. 122-145. Köln: Du Mont.
- Reinhardt, M. (1957): *Rede über den Schauspieler*. Wien: Waldheim-Eberle.
- Stanislawski, K. S. (1984): *Die Arbeit des Schauspielers an sich selbst*. Berlin: deb.
- Ingeborg Urspruch is Psychiatrist, Neurologist, Psychoanalyst, and Theatre Therapist, Training Analyst of the Training and Research Institute of the Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP), Vice-President of the DAP, President of the Deutsche Gesellschaft für Dynamische Psychiatrie (DGDP).
- Author's address  
Ingeborg Urspruch • Fraunhoferstr. 25 • 80469 München

# Chronic Fatigue Syndrome (CFS): Psychodynamic and Psychotherapeutic Aspects – A Case Study

Gabriele von Bülow (Berlin)

The case study is about a 40 years old male patient 'being too tired to be depressive'. Etiological background are neurotic guilt feelings concerning the death of his brother as well as severe early attachment and developmental trauma. The lack of emotional presence of the mother led to a social-energetic deficit of the patient, who hardly felt up to the challenges of life. His ability to contact was fundamentally disturbed: contact to himself, towards his feelings and needs (alexithymia), to people and things. By getting more and more receptive to the supply of social energy of an emotional present therapist and by developing his ability for ego demarcation the level of energy within the patient – his alertness – could increase.

Keywords: affect mirroring, anxiety, energy, identity, mentalizing disorder

## 1. Symptoms and diagnostic considerations

Mr. D., a man in his forties, came to me three years ago for further out-patient treatment, following 3½ months of in-patient psychotherapeutic treatment.

Complaints / symptoms described by the patient at the beginning of his analytical psychotherapy:

- He said he was suffering from extreme, continuous fatigue and exhaustion, and stated that he had no energy, and hardly any fun in life;
- he felt congestion in his head and suffered from back pains;
- he had severe problems concentrating, which was accompanied by awareness deficits and decreased memory capability;
- he could not listen well; speaking on the telephone was the most difficult for him;
- he felt overwhelmed by everything, every minor detail of everyday life: tying his shoelaces or looking for something in an unfamiliar store were difficult tasks to accomplish;
- interpersonal contacts overexerted him, as did – and primarily so – group situations;

- he could not hold a thought, nothing but confused fragments would flit through his mind;
- he felt time was racing by and that he was unable to put it to good use;
- he reported that people often said he had no feelings;
- he did not sense his feelings and needs, or only barely sensed them;
- he was not able to take a decision;
- he said he had no objectives (except the one to start a family);
- he perceived everything around him as if in a haze – this had made him unable to commit to a relationship, and had cost him three relationships in five years, among them the one with the mother of his 6 year old son;
- “I do 20% of things, and everything else just simply happens. I do not stand behind what I do, regardless of what it is. Everything is utterly remote. When I completed my university studies with a good academic performance, I wasn’t a part of that.”

Years of severe sleep disorder had improved in the course of his hospital stay, but he was using alcohol as a soporific.

His diagnosis in the clinic was:

- severe depressive episode without psychotic symptoms (ICD 10: F 32.2)

The personality tests performed at the beginning of the outpatient therapy (Gießen-Test) and after two years of psychotherapy (Beck Depression Inventory) revealed that the depression was rather less intense in its manifestations, at low and medium severity. The primary symptom of chronic exhaustion and fatigue completely determined the patient’s subjective experience, “I am too tired to be depressed.”

In the meantime, he will sometimes be in a depressed, melancholy mood, but he is able to clearly differentiate this from his chronic fatigue condition. The Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF, Association of the Scientific Medical Societies in Germany) link CFS with the ICD-10 diagnosis of neurasthenia in their ‘Leitlinien somatoforme Störungen 8’ (Guidelines to Somatoform Disorders no. 8):

CFS, which is nearly identical to neurasthenia in its diagnosis, is defined as severe and long-lasting exhaustion for which no physical cause can be found and which cannot be cured in any significant way by rest or relaxation. Incidental criteria [...] are a series of further symptoms, such as, for example, the inability to concentrate and decreased memory capability, swollen lymph nodes, and

muscle pain. [...] 50% to 80% of the patients suffering from neurasthenia / CFS are diagnosed with a mental illness, which may have either occurred previously or at the time neurasthenia / CFS is established. Demarcating this illness from depressive disorders can be very difficult, since a fatigue syndrome is usually also accompanied by depressive moods. In cases of doubt, both diagnoses should be made. (HENNINGSEN et al. 2002, pp. 54; author's translation).

Despite his complaints, Mr. D. is and was able to meet the professional challenges; he faces as an engineer, albeit only, until recently, at great effort.

I gave him the diagnosis: Chronic fatigue syndrome and relapsing depressive disorder, current episode moderate (F33.10) with depressive neurosis structure.

## 2. Psychodynamic genesis

The Guidelines note on the etiology of this disorder, “the symptoms often appear following a physical illness (for example, viral infection) or following particular strain as a result of stress. Epidemiological studies have shown that viral infections are not the cause of chronic fatigue.” The patient reported that his complaints had abruptly and massively surfaced when, 13 years ago, he learned of his younger brother's severe illness that eventually caused his death; on the other hand, he said he had more or less felt the way he did for his entire life.

### 2.1 *Dynamics in the primary group*

#### 2.1.1 **Transgenerational background**

Both of Mr. D.'s parents had suffered war traumas during childhood, accompanied by situations of emotional deprivation, neither of which they had coped with in any way. This resulted in the parents exhibiting a lack of emotion, an inability to enter into contact with others, as well as communication deficits in general.

#### 2.1.2 **Internalized relationship experiences**

Unconsciously, the patient was bearing the psychological strain of his parents in emotional terms. This fact and the uncertain attachment to his parents are reflected in his dreams, in which he is completely overwhelmed by the task of holding everything together, loses his companions, or has too many packages to carry that he constantly drops. His early childhood experience is that personal contact is strenuous, and this feeling is deeply routed within him. Mr. D.



states that little was spoken in his home, and that whatever was said certainly did not have to do with feelings, which were viewed to be destructive and threatening. When his mother's only brother committed suicide in a psychiatric clinic (Mr. D. was 12 years old at the time), she had 'simply carried on bravely and did not mourn at all'. The father (a self-employed engineer) worked long hours and spent little time with his children. The atmosphere in the family was characterized by his father's high performance ethic. He never spoke about feelings. As a consequence, when Mr. D.'s brother died ten years ago, the father simply 'clammed up' and never spoke of him again. The mother was not very available emotionally. Today, Mr. D. experiences her as being somewhat cold, unaffectionate, helpless, and overwhelmed by him; she is unable to empathize with him.

We can proceed from the assumption that during his childhood, Mr. D.'s emotional experience was mirrored deficiently by the attachment persons. The patient did not experience any sensitive affect mirroring, one that would have perceived who he was and represented him. It is for this reason that he was unable to introspectively gain access to his own emotional conditions and needs, so that he did not learn to differentiate between them or to regulate them. They remained undefined, confusing and even threatening. This means that he was unable to develop a capability to act and control events. Above all, the development of psychological ego boundaries, which could only be drawn in a very rudimentary manner, was impacted as a result of the intersubjectivity in affect regulation having failed in his early childhood. The failure of affect regulation in turn resulted in early childhood traumatization by excessive arousal, against which Mr. D. developed the defense of an alexithymic emotional barrier. According to Peter FONAGY (FONAGY et al. 2004), Mr. D. suffers from a mentalizing disorder, which means he is unable to give *meaning* and *importance* to his own actions and those of other people on the basis of intentional mental states and processes (such as feelings, desires, needs, and convictions). This type of deficiency, in terms of mentalization, inhibits the patients' capacities of exploration, resulting in distinctive deficiencies in his experience and identity, thus causing the patient to have no sense of orientation. As a result, since the emotional-motivational basis of a personality, which dynamizes and energizes any healthy person, was almost entirely lacking in this patient, he was suffering from a striking lack of mental and physical energy. Already as a child, he had experienced fatigue, haziness, isolation, and a vague sense of sadness.

### 2.1.3 Oedipal conflicts and rivalry among brothers

Mr. D.'s relationship with his father exhibits a very distinct neurotic oedipal conflict level. Already as a little boy, Mr. D. was afraid of a 'stilt walker' in whom it is easy to recognize the father, placed in an 'elevated' position in this image. By contrast, Mr. D. very much enjoyed it when he was the 'sole responsible captain' on his father's sailboat a few years ago. He is (once again) working in his father's firm – but his fatigue is not directly connected to his father's physical presence. Even when, for several years, he was working in another firm, his fatigue continued and had the same intensity. A year ago, a relatively happy work accident happened. Mr. D. could have prevented it had he only followed his own perception and assessment of the situation. However, he did not trust himself to make a decision, to assume responsibility, and thus take his father's position. In our sessions, we worked out that this was out of fear of revenge for his oedipal desires to replace his father and, simultaneously, out of a fear of loss, of having to surrender the position of the protected child.

Mr. D. said that his fatigue protects him from taking over his now aging father's firm, or, respectively, to think about what *he* really *wants* (after all, he enjoys working in his profession). As a child, he frequently quarreled with his brother, who was three years younger. Mr. D. stated that he had felt him to be in his way a little and was annoyed by him. On the other hand, the patient also experienced loving, supportive attention when his brother had brought him into his soccer team shortly before his death. We understand the abrupt onset of CFS, which occurred while he was being informed by telephone of the fact that his brother had been diagnosed with a tumor, as a self-punishment resulting from Mr. D.'s unconscious feelings of guilt towards his brother. In having these feelings, he reacted to suppressed infantile death wishes that had harbored towards his rival for maternal attention. On the other hand, however, the CFS is a massive reaction to the object loss suffered by the patient – he states that it is too painful for him to look at his brother's photograph.

### 2.2 *Ego structure*

Ego functions in accordance with the 'Ich-Struktur-Test nach Ammon' (ISTA; Ego Structure Test according to Ammon) (s. FABIAN 1995):

- *a g g r e s s i o n*: highly deficient aggression. This is expressed in Mr. D. by his lack of needs, interests, and objectives, in his passive seclusion from people and objects, and in his avoidance of competitive situations and conflicts.

- **E g o d e m a r c a t i o n**: highly destructive (= rigid) demarcation – He often tries to do everything himself to ensure that he is left alone and does not have to talk to anyone – and out of an exaggerated perfectionism compounded by a highly deficient demarcation between himself and the outside world.

*“I am always ready to do good, and so I say ‘yes’ before I have thought it over”.*

- **A n x i e t y**: low constructive anxiety; the deficient anxiety predominates, in other words the fear of fear itself – i.e. the fear to sense the identity anxiety that any person who lives a creative and active life will encounter on a very existential level over and over again. ( KÜTEMEYER 2002 even postulates CFS to be a manifestation of the somatized anxiety neurosis).
- **N a r c i s s i s m**: low constructive narcissism, increased deficient narcissism. His low sense of self-esteem constantly makes Mr. D. dependent on external narcissistic influx; on the other hand, his isolation and his inability to enter into social contact prohibit him from accepting social energy (AMMON 1986).
- **S e x u a l i t y**: within the standard range. Sexuality represents a liberated area for Mr. D. in which he can sense himself and is able to intensively experience physical intimacy and warmth. At the same time, sexuality can assume an addictive-symbiotic character for him (this is the way the patient himself has described it), and must overcompensate for all the other things he feels are lacking in his life.

### 3. The psychotherapeutic process – some facets and snapshots

Setting: analytical psychotherapy, mostly seated, twice a week.

#### *3.1 Affective development*

A few months into his therapy, Mr. D. begins a relationship with a very young woman—who is the same age as his mother was at the time he was born!—who is living together with another man. He cannot remember to have ever loved his mother. He is happy to sense that the relationship is beginning to trigger feelings in him. He states that his fatigue—almost—vanished when he spent time with his girlfriend (however, this did not last very long). Everything

else hardly affected him, she was “the big, fat exception”. He notices that he is suppressing his sadness at not being able to see her on a daily basis and begins to sense this briefly.

Some time later he begins to be annoyed about his father’s overly considerate paternalism and senses slight instances of disappointed anger at his girlfriend who abandons him time and again while placing constant demands on him.

### **The parents’ evening, 2½ hours in which Mr. D. was not tired and exhausted**

After 1½ years of therapy, Mr. D. mentions 2½ hours during which, for the first time, he was *not* tired and exhausted despite finding himself in a group situation. He had been to a parents’ evening, sitting in his son’s classroom in his seat, and had even taken part in the discussion; actually enjoying it all a bit. He said that it had been important to him to represent his son’s concerns.

I tell him, “that is the entire secret, the essence of life: to be in contact with others, to be in a relationship with something or with someone that is important to you, that is or who is meaningful for you. This has woken you up, given you a personal presence and made you come alive.” He is visibly moved, and tears well up in his eyes. There is a sense of close contact existing between us. At the beginning of the session he had considered coming in for therapy sessions only once a week, which I had refused. Ten days later he describes his despair, sadness, and shock at realizing, as a result of something his son had said, that he no longer remembered their recent sailboat outing. He cries, and I am able to sense him very strongly. I am mirroring this to him, stating that I am very moved, touched by him. I tell him that I feel great esteem and respect for him because he is facing this pain. Mr. D. looks at me in disbelief, he cannot understand any of that, says he wasn’t feeling any of what I am feeling, but *I* can sense him, I reply, which means that his feelings are there in the room between us, that he is allowing me to establish resonance with him emotionally. That is something he understands.

### *3.2 ‘The unbelievable week’ – a breakthrough after almost three years of psychotherapy: demarcation and contact*

The patient’s development took a leap forwards during the therapist’s unscheduled two week absence due to personal projects (I was moving); nonetheless,

we remained in contact during this time in brief telephone conversations and also had one session. Prior to this I had distanced myself from him by asserting my *own* needs when we were arranging a date for a session. When he reproached me for not understanding his needs, I had responded, "I do understand you very well, but on this point, our interests just diverge!" And that was the week Mr. D. felt 'impressively well'. While he had previously found contacts with people to be something that completely overwhelmed him, he discovered the pleasure of entering into contact with new people, even with several people at a time, and to enjoy himself. He reported on a joint project, "I was sure of myself for the first time in my life, I was able to look at things and judge them calmly and discuss them! I really enjoyed myself."

Following a positive experience at a party he reported, "I woke up Sunday morning and felt great. I didn't have a hangover although I had had quite a few drinks and little sleep! *I felt energy flowing through me!!!*"

(On the subject of 'drinking', it is to be noted that he had already regulated his drinking alcohol almost two years ago and that his sleeping patterns had stabilized in the meantime.)

### *3.3 Present status (following three years of psychotherapy)*

That 'wonderful week' proved to be a sustainable turning point. Naturally, there are setbacks, or there will be days on which the CFS catches up with Mr. D. again. However, the constant emotional 'zero line' (as Mr. D. refers to it) is replaced by an 'up and down' in which he senses himself and realizes that he is *alive!* On the other hand, this also means that he is coming into more immediate contact with his feelings of anxiety and despair, that he is depressed and painfully experiences his loneliness. He notices that his chronic fatigue is (was) essentially a way for him to not have to sense this loneliness. He is beginning to sense a constructive sense of anger, in terms of self-demarkation, every once in a while, which helps him to conquer his own internal space.

The long-standing ambivalence in the relationship with his psychotherapist, ranging between attachment and resistance against establishing any contact, is increasingly being replaced by a friendly version of a maternal imago allowing and even supporting his separation from his former, dead life.

#### 4. Discussion: What was helpful for Mr. D.'s development during the psychotherapeutic process?

- Empathetic understanding of how the patient became who he is, and of his being the way he is. This strengthens the therapeutic alliance and gives the patient a sense of relief (A large part of the suffering experienced by CFS patients is caused by their environment utterly failing to understand what they are going through!).
- Empathetic affect mirroring in order to promote the differentiated self-perception of the patient's feelings.
- Showing interest in him, for what he does, also his work. He came into closer contact with a project and could identify more strongly with it, which gave him a greater sense of presence
- and he became awake. This also has to do with *boundaries*, in that *one* event from the general course of events is defined and given significance.
- Having interests, objectives, an identity of one's own will motivate anyone, it will give them energy, a sense of presence and will make them come awake!
- The 'wonderful week' was possible because the patient identified with my ability to differentiate myself from him, and because I was actually absent during this stage of the therapy. The patient had internalized the relationship with the therapist in her capacity as a good maternal-paternal object. He realized that he was not as dependent as he had always assumed to be on the permanent attention from a woman (girlfriend / therapist), and could give himself a new direction towards other people and the world.
- The relationship with his girlfriend, which was rich in emotional experience, was helpful as a transitional object from the mother to the therapist, and he was able to project his desires and anxieties onto it.
- The progress he had made, but forgotten, was recalled 'memory talk' so as to develop his memory.
- Patience, patience, patience – both on the part of the therapist and on that of the patient! Progress can only be achieved in the long term, in the course of a modified psychoanalytic or, respectively, psychodynamic therapy!

## Chronic Fatigue Syndrome (CFS): psychodynamische und psychotherapeutische Aspekte. Eine Fallstudie

Gabriele von Bülow (Berlin)

### 1. Symptomatik und Überlegungen zur Diagnostik

Herr D., ein Mann in den Vierzigern, kam vor drei Jahren nach drei Monaten stationärer psychotherapeutischer Behandlung zu mir in ambulante Weiterbehandlung.

Vom Patienten geschilderte(s) Beschwerdebild / Symptomatik zu Beginn der analytischen Psychotherapie (u. a.):

- extreme, ständige Müdigkeit und Erschöpfung, Energielosigkeit, 'habe kaum Spaß',
- starke Konzentrations-, Merk- und Erinnerungsstörungen,
- er könne schlecht zuhören; Telefonieren sei am schwierigsten,
- er fühle sich von allem, jeder Kleinigkeit des täglichen Lebens überfordert: es falle ihm schon schwer, sich die Schnürsenkel zu binden oder in einem unbekanntem Geschäft etwas zu suchen,
- zwischenmenschliche Kontakte überanstrengten ihn, vor allem Gruppensituationen,
- spüre seine Gefühle und Bedürfnisse nicht oder kaum, könne sich nicht entscheiden,
- habe keine Ziele (außer dem einen, eine Familie zu gründen),
- er nehme alles um sich herum wie durch einen Schleier war – dies habe ihn beziehungsunfähig gemacht, ihn in fünf Jahren drei Beziehungen gekostet, u.a. die zur Mutter seines 6-jährigen Sohnes,
- „ich mache 20% und der Rest passiert einfach. Ich stehe nicht hinter dem, was ich mache, egal, was es ist. Alles ist total weit weg. Ich war nicht dabei, als ich mein Studium mit einer guten Leistung abgeschlossen habe.“

Jahrelange starke Schlafstörungen hatten sich durch den Klinikaufenthalt gebessert; allerdings benutze er nun Alkohol als Einschlafmittel.

In der Klinik lautete seine Diagnose:

- schwere depressive Episode ohne psychotische Symptomatik (ICD 10: F 32.2)

In Persönlichkeitstests zu Beginn (Gießen-Test) und nach zwei Jahren Psychotherapie (Beck Depressionsfragebogen) zeigten sich eher leichtere und mittelschwere Ausprägungen der Depression. Im subjektiven Erleben des Patienten herrschte völlig die Hauptsymptomatik chronischer Erschöpfung und Müdigkeit vor:

- „Ich bin zu müde, um depressiv zu sein.“

Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften AWMF verknüpft in ihrer „Leitlinie Somatoforme Störungen 8“ (HENNINGSEN et al. 2002) das CFS mit der ICD 10-Diagnose Neurasthenie:

Das CFS wird, diagnostisch der Neurasthenie nahezu identisch, als schwere und langdauernde Erschöpfung definiert, für die keine körperliche Ursache gefunden werden kann und die nicht deutlich durch Schonung oder Ruhe zu beheben ist. Nebenkriterien ... sind eine Reihe von weiteren Symptomen, wie z. B. Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Lymphknotenschwellungen und Muskelschmerzen. (S. 54)

Eine frühere oder gegenwärtige psychische Erkrankung findet sich bei 50-80% der Patienten mit Neurasthenie / CFS: Speziell die Abgrenzung gegenüber einer depressiven Störung kann sich als schwierig erweisen, da ein Erschöpfungssyndrom in der Regel auch mit depressiver Verstimmung einhergeht. In Zweifelsfällen sollten beide Diagnosen gestellt werden. (S. 55)

Trotz seiner Beschwerden war und ist Herr D. in der Lage, seinen beruflichen Anforderungen als Ingenieur, wenn auch bis vor kurzem unter größten Mühen, nachzugehen. Ich gab ihm die Diagnose:

Chronic Fatigue Syndrome und rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F33.10) bei depressiver Neurosenstruktur.

## 2. Psychodynamische Genese

Zur Ätiologie bemerkt die Leitlinie:

Das Krankheitsbild tritt häufig im Anschluss an eine körperliche Erkrankung (z. B. Virusinfekt) oder nach besonderer Belastung durch Stress auf. Durch epidemiologische Studien konnte nachgewiesen werden, dass Virusinfekte nicht ursächlich für die Entstehung chronifizierter Erschöpfung sind.“ (HENNINGSEN et al. 2002, S. 53)

Seine Beschwerden seien, so der Patient, in dieser massiven Ausprägung, schlagartig aufgetreten, als er vor 13 Jahren von der schweren, schließlich zum Tode führenden Erkrankung seines jüngeren Bruders erfuhr; andererseits habe er sich, mehr oder weniger, sein ganzes Leben schon so gefühlt.



## **2.1 Primärgruppendynamik**

### **2.1.1 Transgenerationaler Hintergrund**

Beide Eltern erlitten – unverarbeitete – Kriegstraumata und emotionale Mangelsituationen in der Kindheit, die bei ihnen zu Gefühls- und Kontaktarmut und Kommunikationsdefiziten führten.

### **2.1.2 Verinnerlichte Beziehungserfahrungen**

Der Patient trug, unbewusst, emotional die psychischen Belastungen der Eltern. Sein frühkindliches Erleben, dass menschlicher Kontakt anstrengend ist, ist tief in ihm verwurzelt. In seinem Elternhaus sei wenig gesprochen worden, schon gar nicht über Gefühle, die als zerstörerisch und bedrohlich erschienen. Der Vater (selbständiger Ingenieur) habe sehr wenig Zeit mit den Kindern verbracht. Die Atmosphäre war vom hohen Leistungsethos des Vaters geprägt. Die Mutter stand emotional wenig zur Verfügung. Heute erlebe er sie als relativ kühl, unherzlich, hilflos und von ihm überfordert; sie könne sich nicht in ihn hineinversetzen.

Wir können davon ausgehen, dass die Spiegelung seines kindlichen emotionalen Erlebens durch die Bindungspersonen defizitär war. Der Patient erlebte keine feinfühlig Affektspiegelung, in der er wahrgenommen und repräsentiert worden wäre. So konnte er keinen introspektiven Zugang zu seinen eigenen emotionalen Zuständen und Bedürfnissen entwickeln, lernte nicht, sie zu differenzieren und zu regulieren. Von dem Versagen der Intersubjektivität der frühen Affektregulation war vor allem der Aufbau der psychischen Ich-Grenzen betroffen, der nur sehr rudimentär stattfinden konnte. Das Versagen der Affektregulation führte zu einer frühen Traumatisierung durch übermäßiges Arousal, zu deren Abwehr Herr D. eine alexithyme Gefühlsblockade entwickelte.

Im Sinne Peter FONAGYS (FONAGY et al. 2004) leidet Herr D. unter einer Mentalisierungsstörung, i. e. der Störung der Fähigkeit, den Handlungen des Selbst und denen anderer Menschen auf der Grundlage intentionaler mentaler Zustände und Prozesse (wie Gefühle, Wünsche, Bedürfnisse und Überzeugungen) Sinn und Bedeutung zu verleihen. Die defizitäre Mentalisierung behinderte seine Explorationsfähigkeit, so dass es zu den ausgeprägten Erfahrungs- und Identitätsdefiziten und der Orientierungslosigkeit des Patienten kam.

Da die, im gesunden Fall, dynamisierende und energetisierende emotional-

motivationale Basis der Persönlichkeit fast völlig fehlte, kam es zu dem eklatanten Mangel an psychisch-körperlicher Energie. Müdigkeit, Vernebeltheit, Isoliertheit und diffuse Traurigkeit habe er schon als Kind erlebt.

### 2.1.3 Ödipale und Bruderrivalitätskonflikte

In der Beziehung zum Vater wird eine stark ausgeprägte neurotisch ödipale Konfliktebene deutlich: Er arbeitet (wieder) in dem Büro seines Vaters, wobei seine Müdigkeit nicht direkt mit der physischen Präsenz seines Vaters zusammen hängt: Auch als er für Jahre in einem anderen Büro arbeitete, blieb das Ausmaß der Müdigkeit genauso bestehen. Vor einem Jahr passierte ein, glimpflich abgelaufener, Unfall, den er hätte verhindern können, wenn er seiner eigenen Wahrnehmung und Einschätzung gefolgt wäre. Er traute sich aber nicht, eine Entscheidung zu treffen, Verantwortung zu übernehmen und damit die Position des Vaters einzunehmen – wie wir herausarbeiteten, aus Angst vor Rache für seine ödipalen Wünsche, den Vater abzusetzen und zugleich aus Verlustangst, der Angst, die Position des behüteten Kindes aufzugeben. Herr D.: Die Müdigkeit schütze ihn davor, das Büro des – alt werdenden – Vaters zu übernehmen, resp. sich Gedanken darüber zu machen, was er wirklich will (sein Beruf macht ihm an sich Spaß).

Mit seinem drei Jahre jüngeren Bruder habe er sich als Kind viel gekloppt. Er sei ihm ein bisschen im Weg gewesen und habe ihn genervt. Andererseits habe der Patient auch eine liebevoll-fürsorgliche Zuwendung erfahren, als dieser ihn, noch kurze Zeit vor seinem Tod, in seine Fußballmannschaft aufnahm.

Das schlagartige Einsetzen des CFSs während der telefonischen Benachrichtigung von der Tumorerkrankung des Bruders verstehen wir als Selbstbestrafung aufgrund von unbewussten Schuldgefühlen dem Bruder gegenüber, mit diesen reagiert er auf verdrängte infantile Todeswünsche gegenüber dem Rivalen um die mütterliche Zuwendung; andererseits aber auch als massive Reaktion auf den Objektverlust.

## 2.3 Ich-Struktur

Ich-Funktionen nach ISTA (Ich-Struktur-Test nach Ammon) (s. hierzu FABIAN 1995):

**A g g r e s s i o n**: hohe defizitäre Aggression. Sie drückt sich bei Herrn D. im Fehlen von Bedürfnissen, Interessen und Zielen, in seiner passiven Zurückgezogenheit von Menschen und Dingen aus, im Vermeiden von Konkurrenz- und

Konfliktsituationen.

**Ich - Abgrenzung**: hohe destruktive (= starre) Abgrenzung.

- Er versucht häufig, alles allein zu machen, damit er seine Ruhe habe, nicht reden müsse, und aus übertriebenem Perfektionismus, und
- hohe defizitäre Abgrenzung nach außen: „Ich bin zu gut für diese Welt und sag dann ja, bevor ich nachdenke.“

**Angst**: niedrige konstruktive Angst; es überwiegt die defizitäre, die nicht gespürte Angst, die Angst vor der Angst – vor der Identitätsangst, der ein Mensch, der ein kreatives und lebendiges Leben lebt, immer wieder existentiell begegnet. (KÜTEMAYER 2003, hält das CFS sogar generell für eine Manifestation der somatisierten Angstneurose).

**Narzissmus**: niedriger konstruktiver, erhöhter defizitärer Narzissmus. Seine geringe Selbstwertschätzung macht Herrn D. ständig abhängig von äußerer narzisstischer Zufuhr; andererseits verhindern seine Isoliertheit und Kontaktstörungen die Annahme von Sozialenergie (s. hierzu AMMON 1986).

**Sexualität**: im Normbereich. Die Sexualität stellt für Herrn D. ein befreites Gebiet dar, wo er sich selber spüren, intensiv körperliche Nähe und Wärme erfahren kann. Gleichzeitig nimmt sie süchtig-symbiotischen Charakter an, muss allen sonst erlebten Mangel überkompensieren.

### 3. Der psychotherapeutische Prozess – einige Facetten und Momentaufnahmen

Setting: analytische Psychotherapie, meistens im Sitzen, in der Regel zweimal pro Woche.

#### 3.1 Nachholende Affektentwicklung

Nach 1½ Jahren Therapie berichtet Herr D. über seine Verzweiflung, Traurigkeit und Erschrecken, dass er an Äußerungen seines Sohnes gemerkt hat, dass er keine Erinnerung mehr daran hatte, kürzlich mit ihm gesehelt zu sein. Er weint, ist sehr spürbar, was ich ihm widerspiegeln: Ich sei sehr berührt von ihm. Ich hätte große Achtung und Respekt vor ihm, dass er sich diesem Schmerz stelle. Herr D. fragt nach, er kann das gar nicht verstehen, er empfinde das gar nicht – aber *ich* kann ihn spüren, was heißt, dass seine Gefühle hier im Raum zwischen uns da sind, dass er mir erlaubt, emotional mit ihm in Resonanz zu treten. Das kann er nachvollziehen.

### 3.2 'Die unglaubliche Woche' – ein Durchbruch nach fast drei Jahren Psychotherapie: Abgrenzung und Kontakt

Zu einem qualitativen Sprung in der Entwicklung des Patienten kam es während einer außerplanmäßigen zweiwöchigen Abwesenheit der Therapeutin aufgrund eigener persönlicher Anliegen (ich zog um); gleichzeitig wurde der Kontakt zwischen uns durch kurze Telefonate und eine Sitzung aufrechterhalten. Schon zuvor hatte ich mich ihm gegenüber abgegrenzt durch die Durchsetzung eigener Bedürfnisse hinsichtlich einer Terminabsprache. In dieser Woche ging es Herrn D. 'beeindruckend gut'. Während er früher Kontakte mit Menschen als ihn völlig überfordernd empfunden hatte, machte es ihm nun Freude, Kontakte, auch mit neuen und mehreren Menschen, aufzunehmen und sich gut zu unterhalten. Über eine gemeinsame Aktion berichtete er: „Ich war mir – zum ersten Mal in meinem Leben – meiner Sache sicher, konnte mir alles in Ruhe angucken und beurteilen und mich darüber unterhalten! Hat richtig Spaß gemacht.“

Nach einer positiv erlebten Party „bin ich Sonntag früh aufgewacht und fühlte mich prima. Hatte keinen Kater, obwohl ich einiges getrunken und wenig Schlaf hatte! Ich verspürte Energie!!!“

### 3.3 Heutiger Stand (nach drei Jahren Psychotherapie)

Die 'wunderbare Woche' erwies sich als eine nachhaltige Wende. Natürlich kommen immer wieder Einbrüche, Tage, an denen ihn sein CFS einholt. Aber die gefühlsmäßige 'Nulllinie' (D.) ist abgelöst durch ein Up-and-Down, in dem er sich spürt – er l e b t ! Was aber auch heißt, dass er zwischenzeitlich immer deutlicher in Kontakt kommt mit Gefühlen von Angst, Verzweiflung, Depressiertsein, schmerzvollem Erleben seines Alleinseins. Er bemerkt, dass seine chronische Müdigkeit wesentlich dazu da ist, diese Einsamkeit nicht zu spüren. Immer mehr beginnt er auch, eine konstruktive Abgrenzungswut zu spüren, die ihm hilft, seinen eigenen inneren Raum zu erobern.

Die lang anhaltende Ambivalenz in der Beziehung zur Psychotherapeutin – zwischen Anhänglichkeit und Kontaktabwehr – weicht zunehmend einer freundlich getönten Imago eines mütterlichen Menschen, der die Trennung von seinem alten toten Leben erlaubt und unterstützt.

#### 4. Diskussion: Was war hilfreich für seine Entwicklung während des psychotherapeutischen Prozesses?

- Empathisches Verstehen des Geworden-Seins, des So-Seins des Patienten festigt das therapeutische Bündnis, bringt Erleichterung (CFS-Patienten leiden stark unter dem völligen Unverständnis ihrer Umgebung!),
- empathische Affektspiegelung zur Unterstützung der differenzierten Eigenwahrnehmung der Gefühle des Patienten,
- Interesse zeigen für ihn, sein Tun, auch seine Arbeit; er kam mehr in Kontakt zu einem Projekt, konnte sich mehr mit ihm identifizieren, das machte ihn präsenter und wacher.
- Auch dies hat etwas mit *G r e n z e n* zu tun: aus dem Fluss der Geschehnisse *e i n* Ereignis als bedeutsam herauszuheben.
- Interesse, Ziele, Identität zu haben motiviert, gibt Energie, machet präsent und wach!
- Fortschritte, die bei ihm in Vergessenheit geraten waren, wieder in Erinnerung rufen: 'm e m o r y t a l k' für nachholende Gedächtnisentwicklung
- Geduld, Geduld, Geduld – auf Seiten des Therapeuten u n d des Patienten! Fortschritte sind nur möglich in einer – (modifizierten) psychoanalytischen resp. psychodynamischen – langdauernden Therapie.

#### References

- Ammon, G. (1986): Der mehrdimensionale Mensch. Berlin: Pöhl.
- Fabian, E. (1995): Glossar der Grundbegriffe der Dynamischen Psychiatrie. München: .
- Fonagy, P.; Gergely, G.; Jurist, E. L.; Target, M. (2004): Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Henningsen, P.; Hartkamp, N.; Loew, T.; Sack, M.; Scheidt, C.E.; Rudolf, G. (2002): Somatoforme Störungen. Leitlinien und Quellentexte. Stuttgart: Schattauer.
- Kütemeyer, M. (2002): Das chronische Müdigkeitssyndrom: eine Form der somatisierten Angstneurose. In: P. A. Berg (Hg.): Chronisches Müdigkeits- und Fibromyalgiesyndrom; S. 77-87. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Gabriele von Bülow, Dipl.-Psych., M. A., Psychological Psychotherapist, Training- and Controlpsychoanalyst (DAP) at the Training and Research Centre of the German Academy for Psychoanalysis in Berlin
- Author's address:  
Gabriele von Bülow • Schillerstr. 27 • 10625 Berlin • E-mail: G.v.Buelow@t-online.de

# Die Bedeutung des Tanzes für das Erleben von Glück

Barbara Engelhardt (Berlin)

The development and experience of happiness through the Human Structural Dance will be described with the theory of creativity by Günter AMMON, with references to happiness in the Ancient world and with examples from a self-experience group for Human Structural Dance. The Human Structural Dance enables the human being to an extension of the identity by creative processes and with that to a creative-productive life development as a source of happiness. This text wants to illustrate how the dancer falls into a creative specific consciousness state on a nonverbal level through constructive social energetic and groupdynamic processes within a protecting group. The integration of these multidimensional boundary-experiences leads to a conscious-widening which will be connected to intensive experiences of happiness.

Keywords: Human Structural Dance, creativity, unconsciousness, social energy, groupdynamic, identity.

Ich möchte mit einem Zitat des französischen Philosophen ALAIN (1868-1951) beginnen: „Man behauptet, dass uns das Glück immer fliehe. Für das fertig gelieferte Glück trifft das zu. [...] Dafür enttäuscht aber das Glück, das man sich selber erobert, auch nie.“ (ALAIN 1982, S. 120) Mit dem Zitat wird deutlich, dass Glück entsteht, wenn der Mensch tätig wird, er sich in etwas einlässt und Neues erobert, d. h. in umfassendem Sinne Begegnungen zulässt.

Der Humanstrukturelle Tanz hat eine große Bedeutung für das Erleben von Glück, weil er eine tiefgehende Begegnung mit sich selbst und dem Unbewussten ermöglicht und kreative Potenziale frei setzt. Dadurch werden existentielle Fragen nach dem Sinn und Ziel des Lebens, nach einem glücklichen Leben im Sinne einer authentischen, schöpferischen Lebensgestaltung aufgeworfen. Diese Fragen beschäftigen die Menschen schon seit Jahrtausenden.

Für die Philosophie der Antike ist die Bedeutung eines selbstverantwortlichen, freiheitlichen Handelns innerhalb einer Gruppe (der Polis) auf der Basis einer gesunden Seele (dem wahren Selbst) von großer Bedeutung für ein glückliches Leben. Dies sind Aspekte, die in übertragenem Sinne auch AMMON als zentral für eine authentische, selbstschöpferische Lebensführung und damit als Quelle des Glücks ansah.

ARISTOTELES spricht von Glück als einem Leben in der 'Verflochtenheit', d. h. der Verflochtenheit des Menschen mit der Welt. Es gibt kein individuelles

Glück, sondern nur ein Glücksempfinden im Zusammenhang mit der schöpferischen selbstverantwortlichen Bewältigung der Lebensaufgaben in der Gemeinschaft. Dabei soll der Mensch sein gesamtes eigenes Potenzial mit seinen Polaritäten ausgeschöpft, auch wenn dies zeitweise mit Unlust verbunden ist. Diese Haltung hat auch Camus eindrücklich im steinrollenden Sisyphos beschrieben.

SOKRATES versteht unter Glück, der 'eudaimonia', die wesensgerechte Entfaltung der menschlichen Anlagen. Die eudämonische Konzeption von Glück geht davon aus, dass der Mensch in Übereinstimmung mit dem 'Daimon', dem wahren inneren Selbst leben soll, weil sie zur Selbstkongruenz führt. Selbstkongruenz bedeutet, in Übereinstimmung mit den eigenen Werten fühlen und handeln zu können. Dabei entstehen intensive Glücksgefühle, die verbunden sind mit Authentizität und freiheitlichem Selbstaussdruck.

Dieser Zugang zu Selbstkongruenz und freiheitlichem Selbstaussdruck wird z. B. im Humanstrukturellen Tanz durch die Entwicklung kreativer Prozesse in Gang gesetzt. Kreativität, so wie AMMON sie versteht, ist grundlegend für das Erleben von Glück. Sie bewirkt eine Loslösung aus symbiotischen Fixierungen und führt damit zu Authentizität und Identitätserweiterung, die dem Menschen tief berührende und beglückende Erfahrungen in der Arbeit, in Liebe und Freundschaft und in der Gruppe ermöglicht. Tanz, Kreativität und Glücksempfinden gehören von daher zusammen.

Um diese Zusammenhänge zu verstehen, möchte ich im Folgenden darstellen, wie sich im Humanstrukturellen Tanz kreative Prozesse entwickeln und Glücksempfindungen auf unterschiedlichen Ebenen frei gesetzt werden. Dies möchte ich zentral anhand von AMMONS Kreativitätstheorie erläutern und mit empirischen Befunden aus meiner Tanz -Selbsterfahrungsgruppe in Berlin belegen.

## Was versteht Ammon unter Kreativität?

Unter Kreativität versteht AMMON:

etwas ganz Neues, bisher nicht Gedachtes zu denken, zu tun und zu gestalten und [...] noch völlig unbekannte Möglichkeiten aus dem unbewussten Reservoir freizulegen. Der Ursprung der Kreativität ist die fragende Neugierde, [...] grundsätzliche Denkgepflogenheiten [...] zu hinterfragen. Die Begriffe von Neugierde und Frage implizieren immer [...] den interpersonellen Charakter kreativen Geschehens. (1995, S. 140)

AMMONS Kreativitätstheorie ist Teil eines mehrdimensionalen Konzeptes einer

ganzheitlichen Sichtweise des Menschen für Diagnostik und Behandlung. Auch der Humanstrukturelle Tanz gilt als Diagnostik und Behandlungsmethode. Durch schöpferische Prozesse sollen dem Menschen Möglichkeiten eröffnet werden, zu einer positiven Veränderung der Humanstruktur, d. h. zu einer schöpferisch-konstruktiven Lebensentfaltung und damit zu Glückserleben zu kommen.

Die Humanstruktur ist die Basis der Identitätsentwicklung. Die Humanstruktur umfasst die Körperlichkeit des Menschen und unterschiedliche psychische Grundkräfte, die sogenannten zentralen Ich-Funktionen, die sich miteinander entwickeln und sich gegenseitig beeinflussen. Sie sind im unbewussten Kern der Persönlichkeit verankert. In der Ich-Funktion der Kreativität sieht AMMON eine angeborene schöpferische Kraft, die sich im Zusammenhang von Sozialenergie und Gruppe konstruktiv entfaltet. Sie kann sich auch unter ungünstigen Lebensumständen destruktiv oder defizitär entwickeln. Kreativität wird freigesetzt durch den Zugang zum Unbewussten. Dies wird durch den Humanstrukturellen Tanz möglich. Der Tanz ist die *Via Regia* zum Unbewussten.

Für AMMON ist das Unbewusste nicht ein Hort der verdrängten sexuellen Energie, sondern es ist ein vorhandenes, zum Teil verbotenes Potenzial von Kreativität. Schöpferische Leistung und damit verbundene bereichernde und beglückende Erfahrungen der Selbstverwirklichung entstehen durch Aufhebung dieses Verbotes.

Kreativität wird umgesetzt im Zusammenwirken der Ich-Funktionen der konstruktiven Aggression, der Sexualität und der Kreativität. Dabei müssen die Ich-Funktionen der Kreativität und der Aggression aufs Engste miteinander verbunden sein, um Kreativität in Aktivität umzusetzen. Hier bietet der Humanstrukturelle Tanz eine einzigartige Möglichkeit, nonverbal einen freien Zugang zu den schöpferischen Potenzialen zu finden und in Körpersprache umzuwandeln.

Eine 64-jährige Teilnehmerin der Tanzgruppe äußert sich dazu folgendermaßen: *„Man hat nur eine kurze Zeitspanne im Tanz zur Verfügung, um seine Gefühle und das, was einen bewegt, ohne Worte auszudrücken. Ich bin froh, wenn es mir gelingt, den Kopf auszuschalten, ganz loszulassen und mich nur den Bewegungen des Körpers zu überlassen und zu spüren, wie der spricht.“*

## Der Humanstrukturelle Tanz

Der Humanstrukturelle Tanz wurde Anfang der 1980iger Jahre von Günter und



Maria AMMON für Patienten entwickelt und wird seitdem in der Klinik und im Rahmen ambulanter Therapien angewendet. Neben der Humanstrukturellen Tanztherapie entstanden später auch Tanztheater- und Tanz-Selbsterfahrungsgruppen.

Der Humanstrukturelle Tanz ist eine individuelle Schöpfung des Menschen in seiner unmittelbaren Beziehung zu Körper und Geist, Seele und Gruppe und auch innerhalb von Zeit und Raum. Im Humanstrukturellen Tanz kommen die Gewordenheit des Tänzers und sein derzeitiges Sein und damit die Dimensionen von Vergangenheit und Gegenwart, aber auch seine Zukunftsentwürfe zum Ausdruck.

Nach AMMON ist der Humanstrukturelle Tanz: „Körper- und Bewegungssprache, ein Energieentwickler- und Vermittler bei der teilhabenden Gruppe und die zentrale Kraft eines sozialenergetischen und gruppenspezifischen Feldes.“ (1995, S. 344)

### *Bericht eines Mannes über seine Tanzgruppenerfahrung*

*Das stärkste Glücksgefühl empfinde ich in dem Moment, in dem ich allein in der Mitte der Gruppe stehe und voller Spannung auf den Musikbeginn warte. Ich zeige mich dann mit meinem ganzen Sein im Hier und Jetzt. Diese Minute des Wartens empfinde ich wie eine bevorstehende Geburt, wie eine Möglichkeit der Befreiung von alten Fesseln.*

*Ich war in meiner Familie massiv körperlichen und sozialen Entwertungen ausgesetzt und bin dort nicht geschützt worden. Darum habe ich zu meinem Schutz meinen Körper immer mit Kleidung bedeckt gehalten, bis zu meinem 10. Lebensjahr völlig. In der Pubertät wollte ich mehr zeigen und bin mit kurzen Hosen und Sandalen gegangen. Zu dieser Zeit war das auch mit erotischen Gefühlen verbunden. Ich wollte auch barfuß laufen. Das hat meine Mutter mit scharfen Worten kritisiert. Später habe ich es dann noch einmal heimlich versucht, aber da hat meine Großmutter mich erwischt. Körperfreundlichkeit und Erotik hatten in unserer Familie keinen Platz.*

*Als ich mir den Humanstrukturellen Tanz das erste Mal anschaute, hat mir das große Wut und Angst gemacht. Ich wurde mit Dingen konfrontiert, die mir verboten waren, nämlich mit freier Körperlichkeit und Gefühlen, die ich mir selbst versagte. So hatte ich vor jedem meiner Tänze Strafangst, aber statt dessen kamen in den anschließenden Rückmeldungen nur gute Worte. Das waren dann meine emotional korrigierenden Erfahrungen und richtige Momente*

*des tiefgehenden Glückes.*

*Beim Tanzen bewege ich mich dann ungeschützt in der Mitte der Gruppe. Das Wichtigste ist für mich, dass ich das soziale Umfeld habe, wo ich das darf und so sein kann, wie ich bin. Mit meiner Tanzkleidung lege ich äußerlich und innerlich meine Berufsrolle ab. Das Barfuss-Tanzen ist für mich heute zu einem Symbol des Ungeschützt-Seins geworden. In der Gruppe darf ich mich ungeschützt zeigen. Wenn ich tanze, dann spüre ich, dass ich alle konventionellen Zwänge und Schutzmechanismen ablege. Ein besonderes Freiheits- und Glücksgefühl bekomme ich, wenn ich Ringe an den Zehen trage und alle sehen, dass die Freiheit in der Gruppe zur Realität wird.*

Aus diesem Bericht wird spürbar, wie über den Körperausdruck schöpferisch in einem Akt der Selbstbefreiung die Heilung narzisstischer Verletzungen erfolgen und die Beziehung zu sich und anderen verändern kann, wenn ein sozialenergetisches, kreatives Feld dafür zur Verfügung steht.

Beim Tanz tritt spontaner nonverbaler Körperausdruck an die Stelle der Sprache. Es sind ursprüngliche, archaische Ausdruckformen, die den Zugang zu tieferen Schichten der Psyche ermöglichen. Verdrängtes, Fixiertes sowie noch nicht gelebte Identitätsaspekte und schöpferische Potenziale werden im Körperausdruck sichtbar und spürbar. Dieser individuelle Befreiungsakt mit ganz neuen ursprünglichen Bewegungen und Impulsen, die aus dem Unbewussten kommen, wird vom Tänzer und der Gruppe als glücklich erlebt.

Durch verbale Rückmeldungen aus der Gruppe wird das Geschehen dem Bewusstsein zugänglich gemacht und ihm eine Bedeutung verliehen. Dabei liegt der Schwerpunkt auf den konstruktiven Seiten des Tanzes. Es ist oft so, dass die Gruppe durch die Zukunftsdimensionen, die im Tanz deutlich werden, Werdensmöglichkeiten des Tänzers entdeckt und sie vermittelt. Dadurch kommt es beim Tänzer zu einem tiefen Gefühl des Angenommenseins und des Verstandenwerdens, Zutrauen in sich selbst und Hoffnung auf ein erfülltes, selbstbestimmtes und damit beglückendes Leben.

Ein Teilnehmer drückt diesen Prozess so aus: „Durch das Tanzen kann ich dem Inneren Ausdruck geben und die anderen sehen das. Damit wird das Innere zur äußeren Realität. Diffuses wird in Worte gefasst.“

Ein 35-jähriges Gruppenmitglied ergänzt: „Ich empfinde ein tiefes stilles Glück, wenn durch den Tanz die schlechte Prognose meiner Eltern aufgehoben wird und endlich das Geheime, das verschüttete Gute von mir sichtbar wird“.

## Die Bedeutung der Gruppe für das Erleben von Glück auf der Basis von Kreativität

In der aktuellen Debatte über die Voraussetzungen von Glück und Kreativität wird allgemein die große Bedeutung der Interaktion mit einem schöpferischen Umfeld anerkannt. Aber auch schon WINNICOTT (1993) und KRIES (1998) betonten u. a. die Bedeutung der Gruppe als fördernde Umwelt für die Entwicklung von Kreativität.

Für AMMON spielt die umgebende Gruppe beim Tanz eine besondere Rolle. Die Gruppe bildet für ihn in Verbindung mit Sozialenergie und Gruppendynamik die Voraussetzung für die Entstehung kreativer Prozesse.

Er geht davon aus, dass gruppendynamische Erfahrungen zentral die psychische Entwicklung des Menschen prägen. Kreative Prozesse entfalten sich in prädipaler Zeit in der Herkunftsfamilie. Sie entstehen durch Ich-Aktivitäten des Kindes in einer wohlwollend-unterstützenden Umgebung, dem 'Facilitating Environment'.

Schöpferische Aktivität entsteht also in der Kommunikation zwischen Mutter, Kind und Gruppe. Dabei ist es wichtig, dass es zu einem Austausch konstruktiver Sozialenergie kommt, eine ermutigende Familienatmosphäre herrscht, die strukturgebend ist und damit Sicherheit und Geborgenheit bietet. Mit dieser positiven Grundstimmung kann das Kind mit Abenteuerlust seine Umwelt erobern, aber auch Frustrationen und Begrenzungen ertragen lernen. Konstruktive Aktivität und Abgrenzung werden so zu emanzipatorischen Schritten aus der Symbiose hin zu wachsender Autonomie des Kindes. Die gelingende Abgrenzung aus der Ursymbiose und die Bewältigung späterer Lebensaufgaben verbunden mit der Umsetzung eigener Ziele sind die wichtigsten schöpferischen Leistungen des Menschen. Sie werden zur Basis allen kreativen Tuns überhaupt.

Der erste Schritt aus alter symbiotischer Verstrickung ist in symbolischem Sinne der Schritt des Tänzers in die Mitte der Gruppe. Er zeigt sich mit seinem Körper, seiner spezifischen Bewegung und seiner ausgewählten Musik, um sich im Prozess der Bewegung neu zu erfahren. So wie Kreativität in der Beziehung zwischen Mutter, Kind und Gruppe entsteht, so entsteht auch beim Tanz Kreativität in der nonverbalen bewussten und unbewussten Kommunikation zwischen Tänzer und Gruppe. Hierbei ist es notwendig, dass die Gruppe im Sinne des facilitating environment eine wohlwollende Unterstützung gewährt und eine schützende Gruppengrenze darstellt. Diese Haltung erfährt der

Tänzer heute wie eine Wiedergutmachung alter Verletzungen aus frühester Kindheit. Sie hilft ihm, sich zu öffnen und sich einem kreativen Bewegungsprozess zu überlassen.

So wird die konstruktive Sozialenergie in der Gruppe zur Basis des Tanzes und gleichzeitig zum Motor für neue, schöpferische Prozesse. Dabei kommt es zu einem Austausch, zu einem identitätsstärkenden und damit beglückenden Nehmen und Geben von Sozialenergie zwischen Gruppe und Tänzer. Für eine 40-jährige Frau ist der Tanz ein Akt der Hingabe: man schenke sich den Anderen und bekomme von der Gruppe Sozialenergie zurück.

Eine 69-jährige Teilnehmerin hat beim Tanz das Gefühl, dass sie so sein darf, wie sie ist. Sie dürfe wie ein ungebändigtes Kind Angst, Wut, Freude und Blockaden ausdrücken. Dann komme sie an das Unbewusste heran und nehme die bestätigende Gruppenstimmung auf, die sie beeinflusse.

### *Einleitung des kreativen Prozesses*

Der Tänzer muss ins Unbewusste eintauchen und seine verborgenen Schätze an die Oberfläche holen. Eine erste Annäherung an das Unbewusste und die Öffnung der Ich-Grenzen bewirkt die Meditation zu Beginn jeder Gruppensitzung. Dadurch kommen die Gruppenteilnehmer mit ihrer Grundstimmung in Kontakt, die zeitweilig durch das Alltagsgeschehen verdeckt ist. Die Tanzsitzung endet mit einer Meditation, um die Ich-Grenzen wieder zu schließen.

Nach der Meditation beginnt der Tanz. Der Humanstrukturelle Tanz ist freiwilliges, spontanes Tanzen ohne vorgegebenes Thema. Der Tänzer bewegt sich in der Mitte der geschlossenen Gruppe. Hierbei zeigt sich seine Beziehungsfähigkeit zur Gruppe und zur Musik, sein Ausdruck von Emotionalität und energetischer Kraft, die Flexibilität seiner Persönlichkeit und seiner Bewegungsmöglichkeiten.

### *Kreativer Prozess und kreativer Akt*

Dem Tänzer helfen Anteilnahme und freundliches Gewährenlassen der Gruppe, sich neu zu entdecken. Dies ist die Voraussetzung dafür, um im Tanz den Zugang zum Unbewussten zu finden. Wichtig ist dabei, den Körper sprechen zu lassen, dann entfaltet der Tanz seine heilende Wirkung. Je mehr der Tänzer den Willen und das analytische Denken und damit Sekundärprozesse auflösen kann, desto mehr kann er Schutzmechanismen aufgeben und sich einer frei schwebenden Aufmerksamkeit hingeben. Er gerät in einen körperlich und psy-

chisch kreativen Prozess, der mit einem spezifischen Ich-Zustand verbunden ist. Dieser Ich-Zustand ist abhängig von der schöpferischen Grundstimmung und dem Nonkonformismus der umgebenden Gruppe.

Die rechte Gehirnhälfte gerät in eine ausgeprägte Entspannung verbunden mit einem Zustand zwischen Wachen und Schlafen und einer erotisch-kreativen Gestimmtheit. Der Tänzer empfindet eine große Sensibilität für die äußere und eigene innere Vorstellungswelt. Das linkshirnige analytische Denken tritt immer weiter zurück. Die Ich-Grenzen sind weit geöffnet und die Abwehrmechanismen herabgesetzt. Die Ich-Funktionen entwickeln eine starke Beweglichkeit und Wechselwirkung.

Dieser Ich-Zustand ist eine besondere Form der Ich- und Identitätsdiffusion, die die Grenzen der bisherigen Ich-Struktur auflöst. Die dadurch entstehende große Verletzlichkeit beim Tänzer macht es notwendig, dass die Gruppe als Ganzes eine schützende Ich-Grenze für den Tänzer übernimmt.

Nach AMMON ist der kreative Akt der Kulminationspunkt eines kreativen Prozesses. Im Zustand besonderer Angeregtheit kommt es zu einer kreativen Eingebung. Alle Gedanken und Ideen fallen kaleidoskopartig zu einer Lösung zusammen.

Damit verbunden ist auch ein Bewusstwerden neuer Impulse und deren körperliche Umsetzung durch konstruktive Aggression. In der Folge kommen die Ich-Grenzen wieder in eine normale Flexibilität.

Die zuvor genannten Zusammenhänge zwischen Regression, der Bewusstwerdung des Unbewussten und Umsetzung, des Austausches von Sozialenergie und das anschließende konstruktive Feedback der umgebenden Gruppe führen zur Erweiterung der Ich-Struktur und damit letztendlich zu wachsender Freiheit und Unabhängigkeit des Tänzers. Das bedeutet, dass Glück entsteht, wenn wir das rechtshirnige primärprozesshafte Fühlen und ganzheitliche Denken bejahen und damit weiterführende Prozesse in Gang setzen.

Eine Gruppenteilnehmerin beschreibt den Zustand folgendermaßen: „Ich fühle mich im Tanz frei und geborgen und nicht zensiert; und in dem Moment wächst etwas – die Freiheit kommt ins Schwingen – und eine unbändige Freude darüber.“ Es ist das Glücksgefühl über die Freiheit neuer Gedanken, unkonventioneller Wege und befreiter Gefühle.

Ein 45-jähriger Tänzer schließt sich an: „Glück ist für mich, wenn ich aus der Wiederholungsschleife rauskomme, aus dem eingespurten Weg, aus der Angst heraus zu neuem Selbsta Ausdruck und differenzierteren Gefühlen.“

Übertragen auf den Tanzprozess bedeutet dies, dass der Tanz ohne vorgege-

benes Thema ein schöpferischer Akt aus sich heraus ist, wenn es dem Tänzer gelingt, sich der freien Assoziation hinzugeben. So wird mit dem Tanz immer wieder ein Identitätsproblem neu in Szene gesetzt und gelöst, wodurch sich die Identität weiter differenziert. Der Tänzer gerät in einen transzendenten Zustand und ist völlig losgelöst. Er ist mit der Gruppe durch Sozialenergie und selbstschöpferisch mit den tiefsten Tiefen seiner Seele verbunden. Der Tänzer kommt mit sich und seinem Unbewussten in einen kongruenten Zustand, der eine tief beglückende und heilende Wirkung hat.

### *Der Abschluss des kreativen Prozesses*

Wichtig ist die Schließung der Ich-Grenzen des Tänzers nach dem kreativen Akt. Dies geschieht dadurch, dass erstens der Tänzer seinen Tanz auf der Körperebene sichtbar abschließt und zweitens nach der Beendigung des Tanzes über sein Erleben während des Tanzes spricht. Anschließend erhält er konstruktive Rückmeldungen von der Gruppe. Dadurch kommt es zu einem Abschluss des Gesamtprozesses. Verbunden ist damit eine Gleichwertigkeit von rechts- und linkshirnigem, d. h. von analytischem und dem unbewusst schöpferisch-ganzheitlichen Denken und Erleben.

Über das positive Feedback äußern fast alle Teilnehmer, dass es anfangs schwer anzunehmen sei. Langfristig hätte es jedoch ihre Selbstwahrnehmung und Selbstbeurteilung wohltuend beeinflusst. Wichtig sei auch, dass die positive Rückmeldung nicht intellektuell abgewertet, sondern emotional angenommen werde. Nur dann könne sie eine heilende Wirkung entfalten. Das sichtbar Gewordene wird gespiegelt, um eine Diskrepanz zwischen Selbst- und Fremderleben aufzulösen, um Abgespaltenes in Worte zu fassen, um verschüttetes Potenzial frei zu setzen und Ressourcen des Tänzers deutlich zu machen.. Das Aussprechen dieser Aspekte und deren Integration trägt zu einer Erweiterung der psychischen Strukturbildung bei. Tänzer und Gruppe geben sich gegenseitig prozesshaft neue Impulse auf körperlicher, geistiger und seelischer Ebene. Die Gruppe verändert sich dadurch selbst. Sie kommt in eine schöpferische Grundstimmung und wird zu einem unerschöpflichen Quell der Inspiration und der Neuschöpfung.

### *Glück der Freiheit durch Auflösung symbiotischer Fixierungen*

Der Tanz ermöglicht es, Beziehung zu sich selbst und zu anderen, Nähe und Distanz nonverbal gestalten zu können. Durch den Körper werden für den Tän-

zer unbewusste symbiotische Wünsche oder Abgrenzungsprozesse spürbar. Im Tanz werden diese sichtbar, selbstschöpferisch umgesetzt und im feedback gespiegelt. Dies führt langfristig zur Lösung symbiotischer Fixierungen, zu Freiheit und Authentizität und zur Ich-Struktur-Erweiterung.

Eine 44-jährige Teilnehmerin berichtet, dass sie aus Angst vor Kritik seit ihrem fünften Lebensjahr nicht mehr bei traditionellen Festen mittanzen konnte. „Für mich war es ein mutiger Schritt, mich überhaupt hier beim Tanzen in der Gruppe zu zeigen. Jetzt macht es mir Freude, die Anderen anzuschauen und angesehen zu werden, mich aber auch von der Gruppe abwenden zu können und Nähe und Distanz zu jedem einzelnen spüren zu können.“

Eine weitere Mittänzerin fragt sich, inwieweit sie zu Gruppenleitern und Gruppenteilnehmern Kontakt finden wolle oder sich abgrenzen möchte. Könne sie besser auf der Geschwisterebene Beziehung haben oder zu Autoritäten oder könne sie offen und flexibel mit Beidem umgehen.

Wenn es im Tanz gelingt, die bewusste Selbstkontrolle und -kritik aufzugeben und die aufsteigenden Impulse aus dem Unbewussten fließen zu lassen, dann kommt es durch konstruktive Aggression zu einem befreienden Lösungsprozess aus symbiotischer Verklebung. Es entsteht das Glück der Freiheit zu konstruktiver und erfüllender Lebensgestaltung.

Für einen selbstkritischen Teilnehmer war es ein hilfreicher Kommentar, dass es keinen richtigen oder falschen Körperausdruck gebe, das alles zu seiner ganzen Persönlichkeit gehöre. Das mache im Tanz die Authentizität aus, die die Selbstbehauptung und Autonomie fördere und den Menschen von destruktiver Selbstkritik und Ängsten befreie.

Die damit wachsende Unabhängigkeit wirkt sich auch auf die Arbeitsfähigkeit aus. Die Erfahrung, sich beim Tanzen einem unkontrollierten und eigenständigen Prozess zu überlassen, kann im Verlauf der Zeit auch auf den Arbeitsbereich übertragen werden und führt zu mehr Sicherheit und Sachlichkeit. Durch die Expression im Tanz und deren Bestätigung durch die Gruppe entstehen Vertrauen und Zuversicht in sich selbst, so dass der Mensch in den Arbeitssituationen aus sich selbst heraus frei von Blockierungen situationsangemessen und konstruktiv tätig werden kann.

Der Humanstrukturelle Tanz hat einen Einfluss auf die Sexualität, auf das Körpergefühl und auf das männliche und weibliche Identitätsgefühl. Im Tanz kann man sich in unterschiedlichen Rollen als Frau oder Mann ausprobieren, erotisch-weibliches und archaisch-männliches, kämpferische oder weiche Gefühle ausleben und sich über den Weg der Identitätserweiterung einem andro-

gynen Fühlen und Handeln annähern, d. h. einem flexiblen Umgang von männlicher und weiblicher Bedürfnisbefriedigung in einer Person. Damit kommt es zu einer Auflösung der Rollenfixierung und zu neuen Handlungs- und Erlebensspielräumen.

Der Tänzer kann seine unbewussten oder bewussten Kleinheitsgefühle und das strenge Über-Ich überwinden oder auch seine Größenphantasien befriedigen, indem er im Tanz in unterschiedlichen Rollen spielerisch sein Ich-Ideal auslebt. Dadurch wird Kreativität zu einem Mittel, um die Kluft zwischen Ideal-Ich und Real-Ich zu überbrücken und prozesshaft schöpferisch in eine realitätsangemessene Übereinstimmung zu bringen. Dies führt zu einer Befriedung zerstörerischer Selbstkritik und Aussöhnung mit sich selbst und der Welt, was als glücklich erlebt wird.

Herr U. und Frau B. beschreiben dies folgendermaßen: durch den Tanz käme es zu einer gefühlsmäßigen Umstellung des Menschenbildes von der feindseligen zur menschenfreundlichen Einstellung. Man sehe die Menschen mit einem liebenden Blick. So komme es letztendlich zu einer Milderung des Über-Ichs, einem liebevollen Blick auf sich selbst und die Mitmenschen.

### *Ausblick*

Der Humanstrukturelle Tanz ist eine Chance für die Identitätserweiterung und damit zu tiefgehenden Glücksempfindungen. Glück ist Freiwerden von Kreativität und deren Umsetzung. Der kreative Akt im Tanz ist ein sich wiederholender und immer weiter ausgreifender Identitätsschritt aus der Symbiose heraus hin zur Ich-Autonomie. Es kommt schöpferisch zu einer Erweiterung des Lebensspektrums und Zukunftsentwurfes durch die Befreiung von alten Fixierungen. Die im Tanzprozess erfahrene Öffnung der Ich-Grenzen und die Integration konstruktiver Erfahrungen führen zur Erweiterung der Ich-Struktur und zu Selbstkongruenz.

Demnach wäre nach AMMON Glück eine Lebenshaltung, das Leben anzunehmen und bewusst zu ergreifen mit seinen positiven und negativen Anteilen. Diese Aspekte zu integrieren würde bedeuten, flexibel mit der ganzen Fülle des Lebens umzugehen und auch die Spannweite der Erfahrungen zwischen den Gegensätzen und Widersprüchen konstruktiv zu gestalten. Die Wirkung ist mehrdimensional. Der Humanstrukturelle Tanz macht es durch seine Mehrdimensionalität möglich, diese Polaritäten wahrzunehmen und zu integrieren. Auf verschiedenen Ebenen kommt es zu einer Re-Kreativierung und schöpferi-



schen Erweiterung der Persönlichkeit mit wachsender Flexibilität, Gefühlsreichtum, energetischer Kraft, konstruktiver Beziehungsfähigkeit, nonkonformistischem Handeln, Denken und Fühlen und damit verbunden einer geistig-kreativen Lebensgestaltung. Dadurch wird der Tanz zu einer unerschöpflichen Kraftquelle für das Ich und die Persönlichkeit.

Der Humanstrukturelle Tanz ist ein Lebenselixier. Mit ihm kann der Mensch sein Glück mehren und damit sich selbst und die umgebende Gruppe stärken.

## The Meaning of the Human Structural Dance for the Experience of Happiness

Barbara Engelhardt (Berlin)

The Human Structural Dance has a meaning for living of happiness, because of its meaningful encounter with itself and the unconscious which is enabled to set free creative potential. Through that existential important questions are raised regarding the meaning and goal of life, a happy life in the sense of an authentic and a productive way of living.

According to the philosophy of the Ancient world the meaning of a self determined acting within a group on the grounds of a healthy soul, of a true ego, is of great importance for a happy life. These are aspects, also regarded by AMMON in a figurative sense, which are central for an authentic, self creative way of living and with it the source of happiness. This access to authenticity and liberty based self-expression is set free by the development of creative processes through Human Structural Dance. Creativity causes a break away from symbiotic fixations and leads to selfcongruence and a widening of identity, which enables the human being to deeply satisfying and blessing experiences in work, love and relationship and within the group. Dance, creativity and happiness belong therefore together.

AMMON's theory of creativity is part of a multidimensional concept for a type of holistic medicine, relating to the fields of diagnostics and treatment. The Human Structural Dance is seen as a diagnostic means as well as a treatment.

According to AMMON creativity will be set free, when three further functions, namely 'constructive aggression', creativity, and sexuality are working hand in hand. In order to achieve this, the ego-functions of creativity and aggression have to be intertwined. Dancing offers a unique possibility to find a

nonverbal and unrestrained access to its creative potentials; the dance transforms this access into body language. Creative processes unfold in a preoedipal period. In the ideal case constructive activity and demarcation are changed to emancipatoric steps from the symbiosis to growing autonomy.

According to AMMON, the group environment plays a crucial role during the dance. The group, connected with its social energy and its group dynamics, is seen as the pre-condition for every development of a creative process. At the same time the attitude and the feedback of the group in the sense of facilitating environment causes a present-day-compensation for earliest childhood injury within the dancer.

The Human Structural Dance was developed by Günter and Maria AMMON in the beginning of the 1980s. It has been used for patients with ego-structural personality disorder, to find an access to them through body-expression on a nonverbal level.

The Human structural Dance is a persons individual creation of his or her direct relation to body, mind, emotions, and a group within a given time and space. While dancing, the persons entire development as well as his current being are expressed, which includes dimensions of past, present and future projects of the dancer. During the dance, language is replaced by a spontaneous, nonverbal and physical form of communication.

### *Dance and creative process*

The dancer moves in the center of a steady group. It is spontaneous dancing without a giving theme. The more a dancer can let go of his self-control, his critical and logical thinking and all secondary processes, the more he can give up his protective mechanisms and can indulge in an atmosphere of free floating attention. He is drawn into a process which is both physically and psychologically creative and which is linked to a specific state of self-awareness. This self-awareness depends on the creative and nonconformist environment of the dancing group. The dancer reaches a state of transcendence and he is bonded to the group via its social energy. The right hemisphere of the brain is set into a state of complete relaxation; at the same time, it is in a state between being awake and sleeping as well as tuned to an erotic and creative sentiment. The dancer is highly sensitive for the outside and the inner world of imagination. The analytical thinking of the brain's left hemisphere is losing its impact. The ego-functions are becoming increasingly flexible and start interacting which each other. This state of the self-awareness is a specific form of a diffusion of

one's self and one's identity. A high degree of vulnerability in the dancer calls for the group as a whole to take over the dancers protective ego-boundaries. The dancer reaches a level of harmony with himself and his unconscious mind, which has a deeply satisfying and healing effect.

The creative act is the apex of a creative process. An animated state of mind leads to a creative intuition. This process leads to a realisation of new impulses and, with the help of constructive aggression, to their physical performance. As a result one's ego-boundaries re-establish their normal flexibility.

These processes lead to an extension and differentiation of the ego-structure and with that to growing liberty and freedom and independence from the primeval symbiosis of the dancer. That means that happiness starts to grow once the right side of the brain, the primary process connected feeling and absolute thinking is affirmed and with that other conscious processes are being started.

It is important to re-establish the dancers ego-boundaries after the creative act. The dancer achieves this, first of all, by the visible completion of the dance on the physical level and secondly, by speaking about his dancing experience. Following his account, the group will give its feedback. So the whole process will thus be completed. After having become visible, the dance is examined in order to dissolve the discrepancy between one's own experience and that of others; it is examined in order to verbalise what had been repressed before, to release lost potential, and to call upon the dancers resources. The verbalisation of these aspects as well as their integration into the dancer's self contribute to an expansion of his psychological structure.

According to AMMON happiness would be an attitude to affirm life and reach out for it with all its positive and negative parts. To integrate these aspects would mean to treat life in its fullness and to create constructively the experiences between the opposites. The effect is multidimensional. The Human Structural Dance makes it possible by its multidimension to perceive and to integrate these polarities. On different levels, dancing starts a process of re-establishing creativity and of a creative expansion of the self. This expansion is linked to an increasing flexibility, to emotionality, to an enormous energy. It is linked to a non-conventional way of acting, thinking and feeling.

Happiness is the setting-free of creativity and its multidimensional conversion.

*Literatur*

Alain (1982): Die Pflicht glücklich zu sein, Frankfurt/Main: Suhrkamp.

Ammon, G. (1995): Der mehrdimensionale Mensch. Berlin: Pöhl.

Kries, D. von (1998): Kreativität und Aggression. In: G. Ammon (Hg.): Gruppendynamik der Kreativität; S. 52-62. Eschborn: Klotz.

Winnicott, D. W. (1993): Vom Spiel zur Kreativität. Stuttgart: Klett-Cotta.

Barbara Engelhardt ist Dipl.-Psych. und Pädagogin.

Autorenadresse:

Barbara Engelhardt • Alt-Tempelhof 47 • 12103 Berlin

## Nachrichten • News

### Bericht vom DGPPN-Kongress 2007

Im November 2007 fand der Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde in Berlin statt. Mit etwa 7.200 Besuchern war die Teilnehmerzahl um etwa tausend Teilnehmer gegenüber dem Vorjahr gestiegen und hat damit eine neue Rekordmarke erreicht.

Das Leitthema in den Jahren 2007 und 2008 war die 'Identität des Fachgebietes Psychiatrie und Psychotherapie', wobei der inhaltliche Schwerpunkt des Jahreskongresses 2007 auf die 'Psychiatrie als diagnostische Disziplin' gelegt wurde. Die Vorarbeiten von Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization, WHO) und American Psychiatric Association (APA), American Psychiatric Institute for Research and Education (APIRE), National Institutes of Health (NIH) zur Entwicklung der 11. Revision der Internationalen Krankheitsklassifikation (International Classification of Disorders, ICD-11) und der fünften Revision des 'Diagnostic and Statistical Manuals' (DSM-V) haben bereits begonnen. Aber auch die Bedeutung der bereits eingeführten 'International Classification of Function' (ICF) der WHO, wie auch anderer neuer Ansätze für eine zukünftig stärker funktional orientierte Diagnostik (und Therapie und Rehabilitation) wird weiter diskutiert werden.

Komplementär dazu stehen Impulse der Welt-Psychiatrie-Organisation (World Psychiatric Association, WPA) zu einer stärker personenorientierten Psychiatrie. Dabei stellt sich die Frage, wie künftig die diagnostische Integration biologischpsychiatrischer Befunde mit dem Entwicklungskontext, dem individuellen biographischen und kulturellen Hintergrund zu gewährleisten ist. Auch im Hinblick auf Stigmatisierung durch diagnostische Klassifikation sind noch viele Fragen offen.

Erster Kongresshöhepunkt und gut besucht war die neu gestaltete, englischsprachige Eröffnungsveranstaltung zum Thema der Revision von ICD-10 und DSM-IV. Von drei internationalen Experten der APA (D. J. Kupfer, Pittsburgh, USA), der WPA (J. Mezzich, New York, USA) und der Europäischen Psychiater-Organisation AEP (H.-J. Möller, München) wurde über aktuelle Informationen zum Stand der Entwicklung von DSM-V und ICD-11 informiert. Prof. Juan E. Mezzich betonte die Bedeutung des diesjährigen Schwerpunkts neuer Klassifikationssysteme. Sie hülften dem Medizinern in einer Zeit zunehmender Verantwortung zu bestehen. Sein Konzept der personenorientierten integrierten

ven Diagnostik umfasst eine Gesundheitsdiagnose, bezieht den Patienten mit seinen konstruktiven Fähigkeiten mit ein und dient als eine Informationsbasis für die Vorsorge, Behandlung, Rehabilitation und Gesundheitsförderung. Im Rahmen eines bio-psycho-soziokulturellen, wissenschaftlichen und humanistischen Ansatzes werden darin verschiedene deskriptive Ebenen (Kategorien, Dimensionen und Narrative) in einer strukturellen Diagnose mit verschiedenen Ebenen integriert und bezieht Behandler, Patienten und Familienangehörige in einer diagnostischen Partnerschaft mit ein.

Mit diesem Symposium sollte auch ein bewusster Schritt der Öffnung des DGPPN Kongresses für internationale Kollegen vorgenommen werden. So sprach am zweiten Kongresstag Frau Prof. Andreasen zum Thema 'The Death of Phenomenology in the US: What can be learned for DSM-V'. Darin betonte sie die Bedeutung der klassischen Psychopathologie für das Fachgebiet 'Psychiatrie und Psychotherapie'. Ein weiterer Plenarvortrag von Prof. H. J. Markowitsch (Bielefeld) widmete sich am dritten Kongresstag dem Thema 'Autobiographisches Gedächtnis'.

Im Zuge der Internationalisierung des Kongresses fand auch erstmals das 'Forum European Leaders' statt. Nach einem Einführungsvortrag von M. Muijen (WHO Regional Office Europe, Kopenhagen) diskutierten Vertreter benachbarter europäischer Fachgesellschaften im Round-Table-Format gemeinsam mit dem Publikum die europäische Perspektive des Fachgebietes 'Psychiatrie und Psychotherapie'.

Der DGPPN Kongress hat sich bereits in den vergangenen Jahren zum größten Fachkongress für Psychiatrie und Psychotherapie im deutschsprachigen Raum entwickelt, eine Entwicklung, die ohne die Mitwirkung der schweizerischen und österreichischen psychiatrischen Fachgesellschaften nicht möglich gewesen wäre. Aber auch die Mitwirkung der anderen Fachverbände und Vereinigungen im Wissenschaftlichen Komitee war für die Darstellung der Breite des Fachgebietes und damit für die wissenschaftliche Anziehungskraft des DGPPN Kongresses von Bedeutung. Neu gestaltet wurde auch den Psychiatertag, der unter dem Titel stand 'Wohin entwickelt sich die Psychiatrie?'.

Die vier Hauptthemen 'Entwicklungsperspektiven in Diagnostik und Klassifikation', 'Funktionale Diagnostik', 'Diagnostische Relevanz von Entwicklungskontext, Biographie und Kultur' sowie 'Gesellschaftsdiagnostik und Politikberatung' wurden an den folgenden Tagen in Hauptsymposien vertieft. Das Themenspektrum reichte hierbei von bildgebenden Verfahren, genetischer Forschung, interkultureller Diagnostik, Stigmatisierung, Aspekte der psychiatri-

schen und psychotherapeutischen Diagnostik von Menschen mit geistiger Behinderung, gesundheitsökonomischen Aspekte, neuen Entgeltformen, gesellschaftspolitischen Aspekten von Neuroenhancement, bis hin zur Relevanz frühkindlicher Traumata für die Behandlung psychischer Erkrankungen, zur ethischen Auseinandersetzung mit dem nationalsozialistischen Erbgesundheitsgesetz, Aspekten zur Qualitätssicherung, zur diagnostischen Relevanz von Migrationserfahrungen sowie pharmaökonomische Aspekte.

Die freien Symposien, Forschungsworkshops, Pro-Con-Debatten und State-of-the-Art-Symposien boten wie bisher die Möglichkeit, sich auch über die Hauptthemen hinausgehende Themengebiete zu informieren, wobei das gesamte Spektrum der Psychiatrie abgedeckt wurde, z. T. in mehr als 25 parallelen Sektionen. Es zeigte sich in den Beiträgen allerdings auch erneut die Dominanz universitär geprägter Forschung u. a. mit einer Vielzahl von Studien, die von der Pharmaindustrie gefördert wurden, wohingegen psychotherapeutische oder gar psychoanalytische Themen leider nur sehr am Rande vertreten waren.

Für die jungen Fachkolleginnen und Fachkollegen hat das DGPPN-Referat für Ärzte in psychiatrisch-psychotherapeutischer Weiterbildung unter Leitung von Frau Dr. I. T. Calliess wieder ein interessantes Young Psychiatrists Programm zusammengestellt, in dem es u. a. eine lockere Gesprächsrunde mit Prof. Spitzer und den Teilnehmern zum Thema 'Neurobiologie und Psychiatrie' gab.

Im Rahmen der Postersessions – es waren mehr als 500 Posterbeiträge aus allen Bereichen vertreten – präsentierte der Chefarzt der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige, Dr. E. Fabian sein Poster mit dem Titel 'Zum Umgang mit der Angst in der Psychiatrie und Psychotherapie', was mit Interesse aufgenommen wurde.

Neben dem wissenschaftlichen Programm und dem Programm der DGPPN-Akademie für Fort- und Weiterbildung waren auch Veranstaltungen wie der Pflegekongress, das Dialog-Forum oder die abendlichen Vortragsveranstaltungen in der Berliner Innenstadt sowie der Schülerkongress, der in Zusammenarbeit mit der Berliner Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung und der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie gestaltet wurde, in dem Kongressprogramm verankert. Der Schülerkongress zog auch 2007 wieder etwa 800 Schüler an. Diese Veranstaltungsformate dokumentieren die Öffnung des Kongresses nach 'außen', aber auch das große Interesse der Pflegekräfte, der Betroffenen und ihrer Angehörigen sowie der Öffentlichkeit für das Thema 'psychische Erkrankungen'. Dies dokumentiert sich

auch in dem großen Interesse von Presse, Funk und Fernsehen mit mehr als 200 akkreditierten Journalisten, die über den DGPPN Kongress 2007 berichteten.

Über seine Funktion als Plattform für wissenschaftliche Veranstaltungen oder Fortbildungsveranstaltungen hinaus ist der DGPPN Kongress auch der Kongress, wo man sich mit den Kolleginnen und Kollegen aus dem Bundesgebiet und dem Ausland trifft, bereits bestehende Kontakte pflegt und neue Kontakte aufbaut. So kam es am Rande des Kongresses zu einem Treffen von Fr. Dr. Ammon mit Prof. J. Mezzich (New York), Prof. Mundt (Heidelberg), Prof. Machleidt (Hannover), Dr. Fabian (München), Fr. Dworschak (Dachau), Dr. Hermelink (München), Dr. Berger (Berlin) und anderen, wobei ein mehr psychotherapeutisches Verständnis verschiedener Kongressthemen diskutiert wurde.

Im Jahr 2008 wird die 'Psychiatrie als therapeutische Disziplin' das Leitthema des DGPPN-Kongresses vom 26.-29. November 2008 wiederum im ICC Berlin sein

Daniel Hermelink (München)

## In Memoriam Yuri Tupitsyn (1932-2007)

Yuri Yakovlevich Tupitsyn, Professor of Psychiatry, M.D., Ph.D., died on September 4, 2007, after a long and serious illness. Most of his life, from 1962 till his death, was associated with the St. Petersburg Bekhterev Psychoneurological Research Institute where he worked as a psychotherapist, as a Senior Scientific Associate at the Department of Neuroses and Psychotherapy, later he became head of the Organizational and Methodological Department, and in his last years he was Secretary of the Dissertation Council.



Yuri Tupitsyn was born in 1932 in the city of Voronezh (Russia). Already in his childhood he manifested great eagerness to study and outstanding learning abilities. After leaving school he entered the St. Petersburg Naval Medical



Academy where he showed particular interest in psychiatry very early.

After graduating from the Academy he worked as a medical officer in the city of Rybinsk, later at the St. Petersburg State University. He was the author of over 150 scientific publications.

For many years Yuri Tupitsyn was Chief Psychotherapist of St. Petersburg and headed the psychotherapeutic services of the city. He published works about organization of specialized psychotherapeutic care for the population, optimizing the clinical examination system, and registration of efficacy of medical rehabilitation of mental and neurological patients.

For many years Yuri Tupitsyn took an active part in the collaboration of the Bekhterev Institute with the German Academy for Psychoanalysis. On the basis of a personality structure test developed at the Academy, he created an original method: 'A Mental Health Index'.

Yuri Tupitsyn was a personality and scholar remarkable for his boundless devotion to his work, high responsibility for every mission entrusted to him, excellent self-organization, and modesty.

A talented man, an outstanding pedagogue, and a brilliant orator, who will remain forever in the hearts of people who knew and loved him.

