Dynamische Psychiatrie

Begründet von
founded by
Günter Ammon

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

Dynamic Psychiatry

Vol. 38. Jahrgang
2005 • 2
Nr. 212/213

Trauma–Attachment–Personality

Gisela Finke, Thomas Bihler
Attachment Against Trauma—Report from a Congress: The WADP- and DAP-Congress on »Trauma–Attachment–Personality« in Cracow, 16-19 March 2005

Maria Ammon
Aspects of Trauma, Attachment, and Personality Development in Günter Ammon's Dynamic Psychiatry

Raymond Battegay
Birth and Intrafamily Trauma, Ambivalent Attachment. Psychic Disorders and Tensions between Groups and Nations

Ilse Burbiel
Traumatherapeutische Arbeit in der Dynamischen Psychiatrie

Andrzej Kokoszka
Trauma in an Individual History of Life

Egon Fabian
Zur Bedeutung der Identifikation in der Psychoanalyse

Gabriele von Bülow
The Role of the Therapeutic Relationship in Trauma Therapy

Ulrich Rüth
Erich Neumann (†) zum 100. Geburtstag. 'Ursprungsgeschichte des Bewusstseins' – wiedergelesen

ISSN 0012-740 X

Dynamische Psychiatrie • Dynamic Psychiatry

Internationale Zeitschrift für Psychotherapie, Psychoanalyse und Psychiatrie
38. Jahrgang 2005 • 2, Nr. 212 / 213, S. 137-288.
International Journal for Psychtherapy, Psychoanalysis, and Psychiatry
Vol. 38, 2005 • 2, nr. 212 / 213, pp. 137-288.

Inhalt / Contents

Gisela Finke, Thomas Bihler (München)
Attachment Against Trauma—Report from a Congress: The WADP- and DAP-Congress on »Trauma–Attachment–Personality« in Cracow, 16-19 March 2005 137
– (Ver-)Bindung gegen das Trauma – Kongressbericht – Zum Kongress der WADP und DAP: »Trauma – Bindung – Persönlichkeit« in Krakau, 16.-19. März 2005 143
Maria Ammon (Berlin)
Aspects of Trauma, Attachment, and Personality Development in Günter Ammon's Dynamic Psychiatry 149
– Zusammenfassung 176
Raymond Battegay (Basel, Switzerland)
Birth and Intrafamily Trauma, Ambivalent Attachment. Psychic Disorders and Tensions between Groups and Nations 191
– Geburt und innerfamiliäres Trauma, ambivalente Bindung. Psychische Störungen und Spannungen zwischen Gruppen und Nationen 207
Ilse Burbiel (München)
Traumatherapeutische Arbeit in der Dynamischen Psychiatrie 210
– Trauma Therapy in Dynamic Psychiatry 221
Andrzej Kokoszka (Warsaw, Poland)
Trauma in an Individual History of Life 226
– Trauma in einer individuellen Lebensgeschichte 240
Egon Fabian (München)
Zur Bedeutung der Identifikation in der Psychoanalyse 245
– The Importance of Identification for Psychotherapy 266
Gabriele von Bülow (Berlin)
The Role of the Therapeutic Relationship in Trauma Therapy 274
– Die Bedeutung der therapeutischen Beziehung in der Traumatherapie 282
Ulrich Rüth (München)
Erich Neumann (†) zum 100. Geburtstag. 'Ursprungsgeschichte des Bewusstseins' – wiedergelesen 285
Erratum 288
Announcements / Ankündigungen 288
Bildnachweis / Pictures 288
Impressum 288

Treating Trauma by Attachment—Report from a Congress

The WADP and DAP Congress on "Trauma–Attachment–Personality," Cracow, Poland, 16–19 March 2005

Gisela Finke and Thomas Bihler (Munich)

Rarely do topic, moment, and place dovetail as well as they did for the World Association for Dynamic Psychiatry (WADP) and the German Academy for Psychoanalysis (DAP) at their recent joint Congress, "Trauma–Association–Personality," in Cracow, Poland.

Abb. 1: Jerzy Aleksandrowicz opening the congress

Scheduled for the spring of 2005, the congress took place during the period commemorating the 60th anniversary of the collapse of Germany's fascist dictatorship, the end of World War II, and the liberation of the Auschwitz-Birkenau concentration camp near Cracow. The same political astuteness that determined the timing of the congress decided the venue as well, for it was Poland that 2 million German troops attacked on 1 September 1939, unleashing a conflict that ultimately cost the lives of 60 million people on earth. Nazi terror hit Poland particularly hard, with 6 million of the country's 35 million inhabitants—including 3 million Polish Jews—dying directly at the hands of Germans. Under the Nazi-Soviet Nonaggression Pact of 1939, Poland was divided between Germany and Russia and disappeared from the map.

By 1945, war, occupation, the decimation of the Jews, and forced resettlement had reduced the Polish population to 24 million. Under subsequent Russian occupation the country only continued to languish. Nearly every family in Poland today suffered loss or trauma of some kind as a result of the war and its aftermath.

This congress in Cracow thus became an encounter not only between scholars and therapists but also between the direct descendents of the perpetrators and their victims. Repeatedly gripped and personally moved by history, the ap-

proximately 400 invited participants and speakers received constant care from the Polish branch of the WADP during the four days they worked on the topic of traumatization and ways to overcome it in psychotherapy and psychoanalysis.

On the first day of the congress, the Polish scientist and psychoanalyst Professor Maria ORWID received the gold medal of the German Academy for Psychoanalysis (DAP) for her work with former concentration camp prisoners and their family members. Expressing her gratitude, Orwid stated she could clearly remember the day in 1975 when Günter AMMON came to Poland with a group of colleagues for the first time. She described how very frightened she had been —and then surprised as she suddenly realized that the people standing in front of her were Germans who were speaking kindly and not wearing uniforms. The ensuing mutual cooperation, she said, was unique and helped bridge the gulf between Poles and Germans. In the spirit of reconciliation during the congress, the members of the WADP executive council laid a wreath at a memorial to the victims of a former Auschwitz satellite camp. The gesture by the representatives of the WADP also extended to Oskar SCHINDLER, who has gone down in history for the exemplary civil courage and humanity he demonstrated by saving many Jews from death at the hands of the Nazis running that very installation.

Abb. 2: Honoring Maria Orwid (l.) with the gold medal of the German Academy for Psychoanalysis by Maria Ammon Foto: Monika Dworschak

Recalled so vividly during the congress, this common history helped the participants forge a deep bond that went far beyond the customary degree of contact at a scientific conference. They constantly shared their personal experiences or the transgenerational legacy of persecution and traumatization under Nazi domination. Above all, many of the German participants and speakers

who had come to Poland for the first time visited the Auschwitz and Birkenau concentration camps in small groups to remember the millions of victims.

The cohesive group dynamics became palpable in a moving plenary session. On that occasion, Maria ORWID reported on her work with victims of the Holocaust, and Modest KABANOV recounted his experience as a 14-year old in Leningrad (today, St. Petersburg) while the city was surrounded by German troops, an ordeal that took the lives of a million men, women, and children.

Abb. 3: Samuel Tyano (Tel Aviv)

In keeping with the international combination of speakers and other participants, who had come to Cracow from thirty nations, the scientific discussions at the congress centered not only on the specific traumatizations arising from twentieth-century German-Polish history but also on the social conflicts and resulting traumatizations of people in other parts of the world. Samuel TYANO (Tel Aviv) spoke from with an eye to the Palestinian–Israeli conflict when he addressed the world's pressing issue of terrorism and its traumatic impacts on the individual and society. Empirical studies that he cited persuasively showed the great mental strain that acute traumatizations caused by terrorist attacks are placing are Israeli society.

The important question of what specific contribution psychotherapists can make to solving the Middle East conflict and related social discord was explored in a panel discussion that Nathaniel MINTON (London) led on 'conflict resolution.' By nature, the inquiry raised more questions than it could readily answer. The participation of numerous scholars from eastern Europe, Russia, and the successor states to the Soviet Union all but compelled the congress to focus also on the traumatizations stemming from the frequent major changes in those countries since the collapse of their communist systems and from the challenges that such upheavals pose to psychotherapists.

Although the current social and historical aspects of the congress's subject matter received broad consideration in the presentations and discussions, the 'classical' topics of congresses attended by psychotherapists and psychiatrists

attracted due attention as well.

In the opening lecture, Maria AMMON (Berlin), Jacek BOMBA (Cracow), and Modest KABANOV (St. Petersburg) paid tribute to the conceptualization of trauma, attachment, and personality in Günter AMMON's dynamic psychiatry. Based on the concept of social energy, his understanding of mental disorders as a result of pathogenic, destructive, and deficient experience with relationships (abuse and abandonment) provided a very early description of a dynamic that can both traumatize the individual—and, conversely, foster reliable, constructive relations for his or her recovery by promoting the development of identity. The speakers explained that dynamic psychiatry's holistic approach goes beyond mere treatment of trauma by also encouraging the creative, constructive-aggressive potential of the patients and using the power of group therapy, as pointed out especially by Ilse BURBIEL (Munich). Presentations by Maria AMMON and Ilse BURBIEL detailed dynamic psychiatry's specifically outpatient, inpatient treatment concepts, which have emerged in nearly forty years of therapeutic work with early disturbed patients.

The significance that nonverbal, expressive therapies and forms of communication have for human development and existence was impressively demonstrated to the congress participants by a performance of Tristan and Isolde by the Cracow Therapy Dance Theater and by pictures that the therapy patients at the Menterschwaige clinic painted on the subject of 'expressing trauma in painting therapy.'

The complexity of the subject matter was reflected in the symposia of the precongress, which addressed the question of whether it is possible for psychoanalysis, or dynamic psychiatry, to be integrated with recent knowledge from neurobiology, attachment research, and psychotraumatology. It was never disputed that such integration is possible (or that it is occurring). Attention focused on the often absorbing question of how the knowledge and pragmatic aspects of dynamic psychiatry, attachment research, and traumatology can and should be interrelated to the benefit of patients in psychotherapy, especially those with personality disorders.

The speakers, some of whose presentations appear in this issue, broadly resisted the temptation to claim the 'prize' (LUBORSKY) solely for one particular school. Instead, the congress was marked by a climate of openness and curiosity to learn from each other and to overcome any barriers that entrenched schools of thinking might pose. Nonetheless, the congress also gave rise to controversial discussions, some of which were sparked by the different theore-

tical ideas about mental trauma and its treatment given the contrast between conventional psychoanalytic concepts and recent approaches to trauma therapy. In this regard it appears important to develop clear distinctions between early and acute traumatizations and to work out various corresponding approaches to and applications of trauma therapy.

In addition to dealing with these partly still unanswered theoretical questions about the conceptualization and treatment of trauma, the congress offered opportunity to become acquainted with the latest results of empirical research on different aspects of trauma and attachment. Karin GROSSMANN (Regensburg) stressed the importance that research on attachment has for efforts to deepen the understanding of mental health and its impairment by traumas. She cited results of empirical longitudinal studies that impressively document the transgenerational transmission of trauma in the primary attachment relationships and illustrate the protective functions of stable attachment experiences. As Shridar SHARMA (Delhi) and others pointed out in their presentations, current inquiry into disorganized attachment could serve as a particularly valuable link between the areas of traditional psychoanalytical understanding, recent concepts of trauma, and neurobiological research. Numerous contributions at the congress likewise emphasized the significance of attachment experiences as one of the key formative factors in personality development. The importance of attachment as a dimension in the origination of severe personality disorders, especially borderline disorder, was underscored in the lecture by Thomas BIHLER (Munich). Several important presentations also drew attention to the personality-shaping forces beyond attachment and trauma. Professor Malcolm PINES (London), for example, provided a discriminating analysis of shame and the influence that this 'neglected affect' in research has on the functioning of personality.

Abb. 4: K. Grossmann, E. Kiem, J. Aleksandrowicz, P. Kiem

Along with the key scientific contributions and discussions, one of the decisive components of the congress's success deserves mention: the preparation and kind, unpretentious organizational support afforded by Jerzy W. ALEKSANDROWICZ and his team. The 'Forum of Bonds and Attachment,' as I would like to call it as the rapporteur, concluded in style with a banquet in the historical setting of Wierzynek's restaurant. Located directly on the main square of Cracow's exquisite old town, itself a World Heritage Site, this venue expressed a kind of hope that culture may win out over barbarism.

We hope to be a step further in May 2007, when the next congress of the WADP and DAP takes place in St. Petersburg under the newly elected WADP president, Nicolai NEZNANOV. It will be a special period, with the Bechterev Institute in St. Petersburg celebrating its 150th anniversary in the spring of that year; and the WADP, its 25th.

(translation by David Antal)

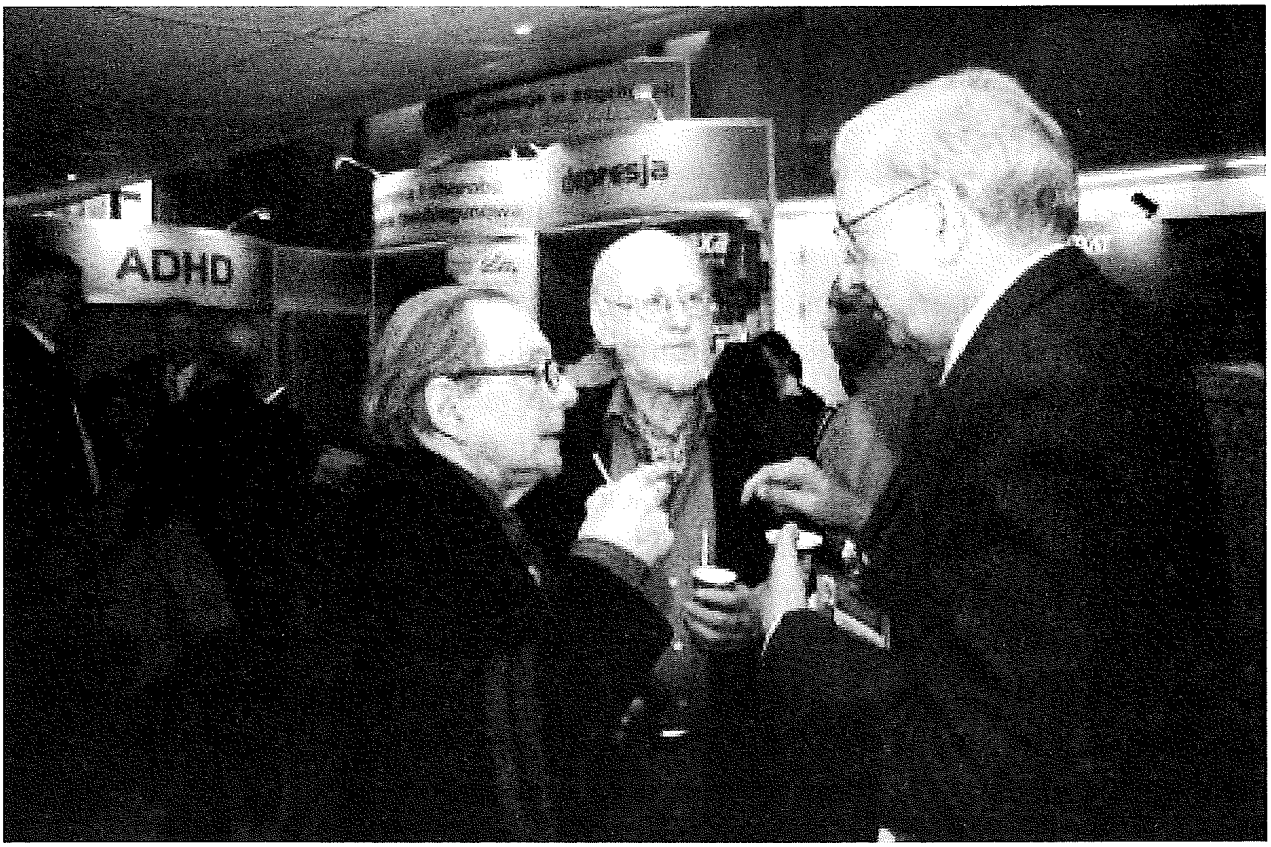

Abb. 5: Nathaniel Minton, Malcolm Pines, Shridhar Sharma

(Ver-)Bindung gegen das Trauma – Kongressbericht

Zum Kongress der WADP und DAP: »Trauma – Bindung – Persönlichkeit« in Krakau, 16.-19. März 2005

Gisela Finke, Thomas Bihler (München)

Selten mögen ein Thema, ein Ort und ein Zeitpunkt sich so entsprochen haben wie beim jüngsten Kongress der World Association for Dynamic Psychiatry (WADP) und der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) in Krakau: 'Trauma – Bindung – Persönlichkeit'.

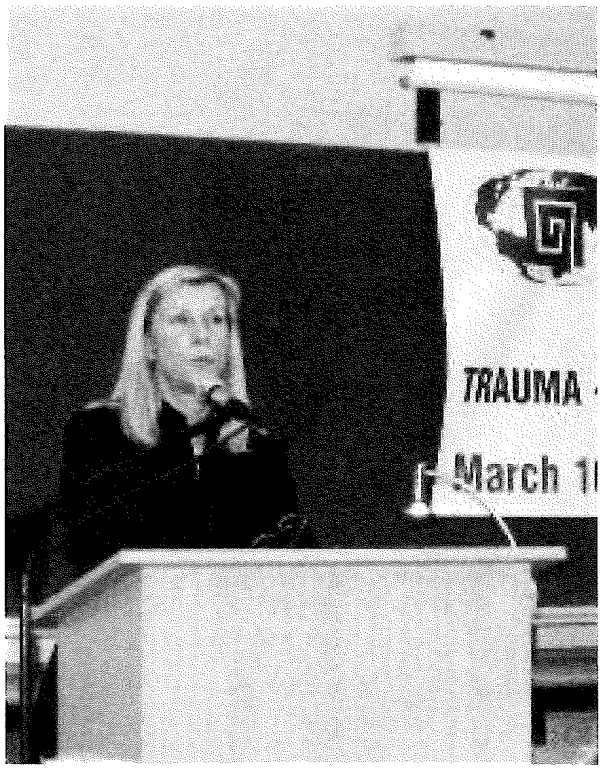

Abb. 6: M. Ammon beim Eröffnungsvortrag
Foto: Monika Dworschak

Hierzu sei Bekanntes – zur Verdeutlichung – dezidiert vorangestellt: Im Frühjahr 2005 jährte sich das Ende der faschistischen deutschen Diktatur, des 2. Weltkrieges und der Befreiung des nahe Krakau gelegenen Konzentrationslagers Auschwitz-Birkenau zum 60. Mal. Und es muss auch erwähnt werden – denn dieser Kongress war immer auch ein politisch bewusster: Am 1. September 1939 überfiel die Deutsche Wehrmacht mit einer Truppenstärke von zwei Millionen Soldaten Polen. Dies war der Beginn des 2. Weltkrieges, der insgesamt 60 Millionen Menschen das Leben kostete. Polen war besonders von der Nazi-Terrorherrschaft betroffen. Sechs seiner 35 Millionen Einwohner starben direkt durch die Deutschen, davon alleine drei Millionen Polen jüdischen Glaubens. Durch die Umsetzung des Hitler-Stalin-Pakts und die Aufteilung des Territoriums zwischen Deutschland und Russland verschwand Polen von der Landkarte.

1945 war die polnische Bevölkerung – durch Krieg und Besatzung, Ausrottung der Juden und Zwangsumsiedelungen auf 24 Millionen dezimiert, hatte danach aber weiter unter der russischen Besatzungsmacht zu leiden. Noch heute gibt es kaum eine Familie in Polen, die nicht Opfer zu beklagen hätte und in irgendeiner Weise durch die Ereignisse des Weltkrieges und seiner Folgen traumatisiert worden wäre.

Auf diesem Kongress in Krakau begegneten sich somit nicht nur Wissenschaftler und Therapeuten, sondern auch die direkten Nachkommen der früheren Täter und ihrer Opfer. Eingeladen und präsent betreut vom polnischen Zweig der WADP, arbeiteten die ca. 400 Teilnehmer und Referenten vier Tage lang zur Thematik der Traumatisierung und ihrer Überwindung in der Psychotherapie und Psychoanalyse – dabei immer wieder eingeholt und persönlich bewegt von der Geschichte.

So wurde am Eröffnungstag die polnische Wissenschaftlerin und Psychoanalytikerin Prof. Maria ORWID mit der Goldmedaille der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) geehrt für ihre Verdienste um die Arbeit mit überlebenden KZ-Häftlingen und deren Angehörigen. In ihrer Dankesrede sagte ORWID, sie könne sich noch gut an den Tag erinnern im Jahr 1975, als erstmalig Günter AMMON mit einer Gruppe von Mitarbeitern in Polen war. Sie sei sehr beängstigt gewesen – und dann überrascht: Da standen plötzlich Deutsche vor ihr, die freundlich sprachen und keine Uniformen trugen. Es sei eine einmalige Zusammenarbeit entstanden, die auch einen Beitrag dazu geleistet habe, die Gräben zwischen Polen und Deutschen zu überwinden. Im Gedenken an die Opfer und im Geiste der Versöhnung fand während des Kongresses auch eine Kranzniederlegung durch die Mitglieder des Exekutivcouncils der WADP an einem Mahnmal statt, das an ein ehemaliges Außenlager des KZ Auschwitz nahe Krakau erinnert. Das Gedenken der Repräsentanten der WADP galt dabei auch Oskar SCHINDLER, der bekanntermaßen aus eben jenem Lager zahlreiche Juden vor der Ermordung durch die Nazis rettete und damit als ein Vorbild an Zivilcourage und Menschlichkeit in die Geschichte einging.

Abb. 7: M. Orwid, M. Ammon

Die solcherart während des Kongresses lebendig gewordene gemeinsame Geschichte schuf zwischen den Teilnehmern eine tiefe (Ver-)Bindung, die weit über das bei wissenschaftlichen Tagungen übliche Maß an Kontakt hinausging.

Immer wieder tauschten sich die Teilnehmer über ihre persönlichen eigenen Erfahrungen oder das transgenerationale Erbe von Verfolgung und Traumatisierung durch die Naziherrschaft aus. Vor allem viele der deutschen Teilnehmer und Referenten, die zum ersten Mal in Polen waren, besuchten in kleinen Gruppen die Konzentrationslager von Auschwitz und Birkenau, um der Millionen Opfer zu gedenken.

Die verbindende Gruppendynamik wurde in einer bewegenden Plenarsitzung zum Greifen spürbar: Maria ORWID berichtete über ihre Arbeit mit Holocaust-Opfern, Modest KABANOV über seine Erfahrungen als 14-jähriger Jugendlicher im von der Wehrmacht eingeschlossenen damaligen Leningrad (St. Petersburg) – einer Millionen Frauen, Kindern und Männern kostete diese Einkesselung das Leben.

Entsprechend der internationalen Zusammensetzung der Referenten und Kongressteilnehmer, die aus 30 Nationen nach Krakau gekommen waren, spielten aber nicht nur die spezifischen Traumatisierungen, die aus der deutsch-polnischen Geschichte im 20. Jahrhundert entstanden sind, eine zentrale Rolle bei den wissenschaftlichen Diskussionen des Kongresses, sondern ebenso die gesellschaftlichen Konflikte und daraus resultierenden Traumatisierungen der Menschen in anderen Teilen der Welt.

So referierte zum Beispiel Samuel TYANO (Tel Aviv) aus der Sicht des palästinensisch-israelischen Konflikts über das weltweit drängende, aktuelle Thema des Terrorismus und seiner traumatischen Folgen für den Einzelnen und die Gesellschaft. Anhand empirischer Untersuchungen konnte er überzeugend darlegen, wie sehr die israelische Gesellschaft von den Akuttraumatisierungen durch terroristische Anschläge psychisch belastet wird. Der wichtigen Frage, welchen spezifischen Beitrag zur Lösung des Nahostkonflikts und verwandter gesellschaftlicher Konflikte Psychotherapeuten leisten können, widmete sich im Rahmen des Kongresses eine Paneldiskussion zum Thema 'Konfliktresolution', die von Nathaniel MINTON (London) moderiert wurde. Hier blieben naturgemäß mehr Fragen offen als fertige Antworten gegeben werden konnten. Durch die Teilnahme zahlreicher Wissenschaftler aus Osteuropa, Russland und den Nachfolgestaaten der Sowjetunion ergab sich fast zwangsläufig ein weiterer Fokus für den Kongress hinsichtlich der Traumatisierungen, die sich aus den oft radikalen Umbrüchen in diesen Ländern nach dem Zusammenbruch der kommunistischen Systeme ergeben haben und den Herausforderungen, die sich dadurch für Psychotherapeuten stellen.

Obwohl also die aktuellen gesellschaftlichen und historischen Bezüge des

Kongressthemas einen breiten Raum in den Referaten und Diskussionen einnahmen, kamen die 'klassischen' Themen eines psychotherapeutisch-psychiatrischen Fachkongresses dennoch nicht zu kurz.

In ihrem Eröffnungsvortrag würdigten Maria AMMON (Berlin), Jacek Bomba (Krakau) und Modest KABANOV (St. Petersburg) die Konzeptualizierung von Trauma, Bindung und Persönlichkeit in der Dynamischen Psychiatrie Günter AMMONS. Insbesondere mit seinem sozialenergetischen Verständnis von psychischer Erkrankung als Folge von krankmachenden, destruktiven (misshandelnden) und defizitären (verlassenden) Beziehungserfahrungen beschrieb AMMON bereits sehr früh eine Dynamik, die den Menschen traumatisieren kann – wie auch umgekehrt verlässliche, konstruktive Beziehungen zu seiner Gesundung beitragen, indem sie die Entwicklung von Identität ermöglichen. Dabei gehe das ganzheitliche Behandlungskonzept der Dynamischen Psychiatrie jedoch über die reine Traumabearbeitung hinaus, indem es auch die kreativen, konstruktiv-aggressiven Potentiale der Patienten fördere, und auch die Kraft der Gruppentherapie, wie insbesondere Ilse BURBIEL (München) ausführte, nutze. Die spezifischen ambulanten und stationären Behandlungskonzepte der Dynamischen Psychiatrie, die in fast 40 Jahren therapeutischer Arbeit mit frühgestörten Patienten entstanden sind, wurden in den Referaten von Maria AMMON und Ilse BURBIEL ausführlich dargestellt.

Abb. 8: I. Burbiel, V. Wied, A. Neznanov

Die Bedeutung der nonverbalen, expressiven Therapien und Ausdrucksformen für die menschliche Entwicklung und die menschliche Existenz wurden den Kongressteilnehmern eindrücklich nahe gebracht durch die Ausstellung von Bildern aus der Maltherapie der Patienten der Klinik Menterschwaige zum Thema 'Der Ausdruck von Trauma in der Maltherapie' und die Aufführung 'Tristan und Isolde' des Therapie-Tanztheaters Krakau.

Die Komplexität der Thematik spiegelte sich bereits in den Symposia zum Vorkongress wider: Ist die Integration von Psychoanalyse bzw. Dynamischer Psychiatrie und den neuen Erkenntnissen der Neurobiologie, Bindungsfor-

schung und Psychotraumatologie möglich? Dies war eine der zentralen Leitfragen des Kongresses. Dabei war nie strittig, dass eine solche Integration möglich ist (und geschieht), die oft spannende Frage war aber, *wie* denn Erkenntnisse und Pragmatik der Dynamischen Psychiatrie, der Bindungsforschung und der Traumatologie in der Psychotherapie zum Wohle der Patienten, hier auch vor allen der mit Persönlichkeitsstörungen, aufeinander bezogen werden sollen und können. Die Referenten, von deren Vorträgen einige in dieser Ausgabe erscheinen, wiederstanden in aller Regel der Versuchung, den 'Preis' (Luborsky) einseitig für eine bestimmte Schule reklamieren zu wollen.

Vielmehr entstand während des Kongresses ein Klima der Offenheit und Neugierde, voneinander lernen zu wollen und ein etwaiges, trennendes Schulendenken zu überwinden. Dennoch gab es im Rahmen des Kongresses auch kontroverse Diskussionen, die sich unter anderem an den unterschiedlichen theoretischen Konzeptionen des psychischen Traumas und seiner Behandlung im Spannungsfeld von herkömmlichen psychoanalytischen Konzeptionen und neueren traumatherapeutischen Konzepten entzündeten. Von Bedeutung erscheint hier, klare Differenzierungen zwischen Früh- und Akuttraumatisierungen zu entwickeln, sowie daran orientierte differentielle Indikationen für verschiedene traumatherapeutische Ansätze. Neben der Beschäftigung mit diesen, in mancher Hinsicht noch offenen, theoretischen Fragen zu Traumakonzeptionen und Behandlungskonzepten bot der Kongress aber auch Gelegenheit, neueste empirische Forschungsergebnisse zu verschiedenen Aspekten von Trauma und Bindung kennenzulernen. Die Bedeutung der Bindungsforschung für ein vertieftes

Abb. 9: G. Kress, M. Ammon eröffnen die Ausstellung mit Patientenbildern aus der Klinik Menterschwaige

Verständnis psychischer Gesundheit und deren Beeinträchtigungen durch Traumata wurde von Karin GROSSMANN (Regensburg) in ihrem Vortrag betont. Anhand der Ergebnisse empirischer Langzeituntersuchungen konnte sie eindrucksvoll nicht nur die transgenerationale Weitergabe von Traumata in den primären Bindungsbeziehungen belegen, sondern auch die protektiven Funktionen sicherer Bindungserfahrungen verdeutlichen. Insbesondere die aktuellen Forschungen zur desorganisierten Bindung könnten dabei ein Verbindungsglied darstellen, durch das sich die Bereiche von traditionellem psychoanalytischem Verständnis, neueren Traumakonzepten und neurobiologischer Forschung, wie sie z. B. Shridar SHARMA (Delhi) in seinem Vortrag referierte, integrieren ließen. Über die Bedeutung von Bindungserfahrungen als einem der zentralen formenden Faktoren der Persönlichkeitsentwicklung wurde ebenfalls in zahlreichen Beiträgen des Kongresses berichtet. Die Wichtigkeit der Bindungsdimension für die Entstehung schwerer Persönlichkeitsstörungen, insbesondere der Borderlinestörung, wurde von Thomas BIHLER (München) in seinem Referat dargestellt. Die formenden Kräfte der Persönlichkeit jenseits von Bindung und Trauma, fanden darüber hinaus in etlichen wichtigen Präsentationen Beachtung, so gab z. B. Prof. Malcolm PINES (London) eine differenzierte Analyse der Scham und des Einflusses, den dieser in der Forschung 'vernachlässigte Affekt' für das Funktionieren der Persönlichkeit hat.

Neben den zentralen wissenschaftlichen Beiträgen und Diskussionen sollte eine der wesentlichen Voraussetzungen für das Gelingen des Kongresses nicht unerwähnt bleiben: die Vorbereitung und liebevolle, dabei unprätentiöse Organisation von Jerzy W. ALEKSANDROWICZ und seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Das 'Forum der Ver-Bindung', wie ich es als Berichterstatterin einmal nennen möchte, fand seinen würdigen Abschluss mit einem Bankett im historischen Restaurant 'Wierzynek', direkt am Hauptplatz des wunderschönen alten Krakaus, das Teil des Weltkulturerbes der Menschheit ist, der vielleicht so etwas wie die Hoffung ausdrückt, dass die Kultur über die Barbarei siegen möge.

Wir werden vielleicht, oder besser hoffentlich, im Mai 2007 einen Schritt weiter sein, wenn der nächste Kongress von WADP und DAP in St. Petersburg unter der Leitung des in Krakau neu gewählten WADP-Präsidenten Nicolai NEZNANOV stattfindet. Zu einem besonderen Zeitpunkt: Im Frühjahr 2007 wird das Bechterev-Institut in St. Petersburg sein 150-jähriges Bestehen feiern und sich die Gründung der WADP zum 25. Mal jähren.

Aspects of Trauma, Attachment, and Personality Development in Günter Ammon's Dynamic Psychiatry

Maria Ammon (Berlin)

The article gives an overview about classic psychoanalytic formulations of psychic trauma and contrasts them with recent contributions from trauma therapy, attachment research, and neurobiology. It focuses especially on Günter AMMON's understanding of early relationship trauma and its consequences for personality development. After reviewing relevant trauma-therapeutic approaches in contemporary psychoanalysis, AMMONs therapeutic concept for patients with early traumatizations is outlined. Finally the realization of this concept in Dynamic Psychiatry, e.g. the therapeutic setting of the Klinik Menterschwaige, is described.

Keywords: attachment, psychotraumatology, brain research, personality development, human structurology, dynamic psychiatric treatment

Trauma in early psychoanalysis and psychotherapy

Understanding and treating traumatic experiences has always been the focus of attention of psychoanalysis and psychotherapy, from early childhood traumas related to attachment and bonding issues to war or other traumas experienced in later stages of life. Already as early as in 1889, JANET (1889) comments that for these patients, "It is [...] as if their personality development has stopped at a certain point and cannot enlarge any more by addition of new elements." (JANET 1889)

FREUD originally assumed that trauma arises from real sexual seduction traumas in a person's childhood—an opinion which he abandoned later in favor of the 'Oedipus complex'. In his later days, however, FREUD reverted to the assumption of real traumatization as being the source of trauma. In 'The man Moses and the monotheistic religion' FREUD wrote, "The infant's immature brain is in a state of rapid development and is therefore exquisitely vulnerable to early adverse experiences, including adverse social experiences." (FREUD 1939)

In the context of 'traumatic fear', FREUD identifies birth, being a passive and overwhelming experience of helplessness accompanied by accelerated breath-

ing and heart beat, as the source of trauma. Birth experiences contain fear of separation in the sense of fear of object loss (cf. PLÄNKERS 2003).

FENICHEL (1937) states in connection with 'traumatic neuroses' that the traumatic experience creates an emergency situation in which the self is not longer able to handle the amount of activation involved. According to him, this overwhelming arousal gives rise to extremely painful sensations. The effort to make these sensations manageable triggers a pathological response, namely regression, as a means to ensure that 'unspecific anxiety' can be fended off. At some point, the individual develops some kind of passive dependency accompanied by an attitude of helplessness and the formation of oral personality traits. FENICHEL assumes that insomnia and obsessive brooding are expressions of later stages of frustrating situations. He also postulates that, in addition to fears of abandonment and of castration, trauma is experienced as a punishment for actions which the individual feels guilty about—the breeding ground for narcistic insult. From its inception, psychoanalysis assumed that early traumatic experiences might arise from relationship issues experienced by the developing child. These relationships might be characterized both by a lack of nourishment and by overstimulation. According to WINNICOTT (1965), the result is that the child develops a 'false self', which she needs to dissociate from her 'true self'. KHAN (1963) assumes that if a mother is unable to adequately fulfil the needs of her child, the child will be exposed to what he calls 'cumulative trauma'. According to FERENCZI (1933), the traumatic event tends to overrun the ego boundaries and paralyzes the self, while at the same time destroying the object relationship which the child desperately needs (cf. HIRSCH 2004). KIRSHNER (1994) postulates that traumatic experiences create a situation which the child is unable to make sense of; the child is unable to put the event into any verbal and interpersonal context. As FISCHER (1986) points out, "An event only becomes 'traumatic' within the framework and by virtue of its relationship to a feeling and acting subject".

The definition of trauma

According to common definitions in trauma literature, there are two types of trauma, namely traumatization within the meaning of a posttraumatic stress disorder (PTSD) on one hand and longterm so-called complex traumatization (complex PTSD) on the other. The latter manifests as somatization, dissociation, lack of emotional regulation, attachment disorders. Long-lasting traumati-

zation affects a person's identity, since the individual's feelings of guilt and shame lead to self-devaluation and are detrimental to their self-esteem. The earlier the abuse, the more traumatic are the consequences (CICCHETTI 1987, ENGFER 1995). Abuse is an existential experience of powerlessness and threat, accompanied by loss of control and endangered survival.

Unfavourable developmental conditions and traumas early in life impair the integration of the state of self and of behavioural modes into the person's self-system. In this context, NIEDERLAND (1978) carried out a belated 'Schreber case study' and concluded that the massive abuse Schreber experienced from his father contributed to his psychotic episodes. According to STREECK-FISCHER (2000), traumatic experiences impair a person's capacity to draw boundaries between herself and another object, as well as between reality and imagination and between past and present. The fact that, in these individuals, there is only limited cohesion between the consciousness and the self makes them vulnerable. Consequently, any traumatic experience might cause this individual's consciousness to disintegrate. This deficient integration capacity, with its weak connections between ego and self states, manifests in children with schizophrenic tendencies in particular. The resulting psychotic reactions could be viewed as dissociated states which contain the traumatic experiences and rise to the surface in stressful situations. These reactions, being part of the traumatic experiences, manifest as hallucinations or as incomprehensible, concretistic or confused actions and articulations. What makes these patients' behaviour seem pathological is that severe traumatic experiences have destroyed their basic order and orientation systems.

"Their traumatic experience has turned these patients' experience of the world and their trust in the world upside down." (STREECK-FISCHER 2000, p. 62). It is these traumatic and dissociated experiences which the individual has not been able to cope with which get conveyed to others on a nonverbal level. They form disintegrated and disorganized areas in the person's thoughts, feelings, and actions, disenabling the individual to access the real nature of these traumatic experiences.

In DSM IV (1994), trauma is defined both as an acute stress response and as a posttraumatic stress response. Typical traumatic stressors are life-threatening events, physically threatening experiences which either the persons themselves and/or others were faced with, unexpected deaths of family members or dear ones.

What determines the severity of the trauma is, among other things, how

intense this event was, for how long it went on and whether it happened in the immediate environment. What is also important is the availability of social support as well as the developmental stage of the individual concerned, previous childhood experiences and personality aspects. In many cases, these factors determine whether trauma makes a person prone to disease.

Within the framework of attachment theory, the traumatic experience is viewed in the context of the child's attachment with her primary caregiver. Within this framework, trauma implies that the "emotional bond has been severed, either temporarily by frequent separation, or permanently owing to the death of an important person" (HAUSER 2001, p. 227). Another crucial factor which has a traumatizing effect is sexual and aggressive encroachments of the caregiver towards the child. Sexual abuse can be deemed to have been existent whenever a primary adult seduced the child to participate in sexual acts or forced the child to do so. Physical abuse exists if a child gets thrashed and begins to develop marked fear of getting beaten. In addition to beating, however, frightening outbursts of rage towards the child or threats are considered as types of abuse, if they make the child feel afraid. The critical issue is that the adult person's behaviour scares the child. (cf. HAUSER 2001).

TERR (1995) distinguishes two types of trauma:

- acute and non-reoccurring trauma and
- ongoing experience of trauma.

The second type of trauma leads to long lasting emotional disorders, as well as to disorders on the level of impulse regulation and the ego. When STREECK-FISCHER (2000) studied children and teenagers with trauma-induced disorders, she diagnosed psychological, physical, cognitive and emotional developmental impairments. According to her (as mentioned above), these disorders resemble those preceeding schizophrenia, such as the inability to think clearly, depersonalization, discrimination disorders resulting from the individual's impaired optical and acoustic perception capacity, delusion, hearing of voices and déjà vu experiences. STREECK-FISCHER suggests that these psychotic reactions might be interpreted as dissociated states of consciousness which contain the traumatic experiences and surface in challenging situations.

Severe trauma is characterized by the following:

- feeling overwhelmed by unbearable events,
- the psychological and /or physical experience of being close to death,

- neither being able to flee nor to fight,
- dissociation of the unbearable and its relegation into the trauma memory, which exists separately from our biographical memory (HUBER 2004)

Only one person in three, however, has reason to expect any long-term consequences (HIDALGO, DAVIDSON 2000). In this context, the so-called protective factors play a major role, such as the availability of a permanent primary caregiver, a supportive social environment, communication skills and a coherent conception of the world (cf. FRITZE 2000). As for the risk factors, the duration, extent and repetitive nature of traumatic impacts are vital.

When I closely studied six so-called schizophrenic patients and their families (M. AMMON 2002), it struck me that all of them had been through certain traumatic experiences in their childhood and even before they were born. Without any exception,

- they had been born into stressful family situations.
- The marriage of the patients' parents had been problematic and charged with aggression and fear in every single case.

As children, they had been punished by

- withdrawal,
- threats of the parents to kill themselves or
- abuse.

In addition, they had suffered from the loss of important relationships induced by factors like relocation, the mother's death or the death of a beloved grandfather. They had experienced existential fear right from their early childhood. In addition, two of the female patients had been sexually assaulted by their grandfathers. Neither mother nor father was able to be secure caregivers.

Trauma and brain research

With the advent of new imaging techniques in particular, trauma research has broadened to include brain research. Psychological traumatization has been found to result in over activation of the amygdala and the right hemisphere of the brain in general as well as excessive release of stress hormones. In addition, trauma seems to induce an uncontrolled activation of stress-sensitive cortico-limbic networks and neuroendocrine control circuits, accompanied by a progressive destabilization of the existing complex wiring patterns in the hippo-

campus in particular, probably reinforced by a lack of transfer between the right and the left brain hemispheres. The structural evolution of a child's brain is a process which is prone to many influences and can therefore easily be disturbed. It sets in even before the child is born. Whatever structuring and maturation processes take place after birth, is the result of interactions between wirings already established and stabilized by then.

Activation of the emotional centres enables us to make and anchor new experiences. The most threatening and massive disturbance which a developing brain can experience, is the sudden disappearance of the mother while the child is still an infant. The loss of the primary caregiver and original provider of security will flood the brain, and in the emotional centres in particular, with an enormous unspecific excitation (GUNNAR 1998). The earlier the separation takes place, the more comprehensive the retardation of the brain, which even continues to manifest in the adult individual later on. The most severely affected region is the one which happened to be in a so-called 'growth spurt' stage when the loss of the mother occurred. Subsequently, the event will also impair the development of monoanimergic systems and of any structure and subsystem in the cortex which is known to reach maturity at a later stage. How strongly the emotional centres are activated, depends on how the individual subjectively evaluates the impact of the experience, which in turn is determined by the competences the person has developed, the availability of psychosocial support and the existence of supportive internalized role models and orientations (HÜTHER 1997, GEBAUER, HÜTHER 2001a, 2001b).

Excessive activation triggers an enormous release of catecholamines, gentamat and cortisol, which either directly or indirectly will damage nerve cells. The earlier the onset of psychological childhood trauma, the more severe the consequences for the still open brain of the child, which 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. In this kind of situation, the child experiences herself as being at the mercy of her environment. One of the delayed effects of early childhood trauma is the fact that the brain has anchored the experience of caregivers supposed to provide security failing to do so. Whatever skills the individual acquires later in life do not provide any security, since the child has lost her basic trust in being able to cope with the world. Besides archaic

reactions in emergency situations, the child does not have any resources to master new challenges and threats. Accordingly, the child is unable to gain control over the stress sensitive systems activated by unspecific excitation patterns, which are located in the limbic and cortical areas of the brain and is unable to work on the trauma. Under these circumstances, the complex synaptic wiring patterns in the frontal cortex, which provide the basis for the subtle capacities of the brain, cannot be formed. As a result, the child will generate a distorted self-image, her ability to control impulses and to plan her actions as well as her emotional and psychosocial skills will be disturbed. In addition, the child is unable to develop her capacity to process perceptions and to make decision processes related to the outer and inner world in a purposeful and conscious way. Today, science has empirically proven the delayed effects of early traumatization on cerebral development:

- reduced brain volume, expanded ventricles (DE BELLIS et al. 1999),
- reduced thickness of the corpus callosum (TEICHER et al. 1993),
- deficits in the development of the frontal brain in the right hemisphere of the brain in particular (SCHORE 2001),
- deficits on the level of sensory integration capacities, such as body sensation (YOUNG 1992),
- pain sensitivity (VAN DER KOLK, DUCEY 1989), muscular coordination (STREECK-FISCHER 2000),
- deficits on the level of learning and memory (POLLAK et al. 1998),
- dissociative symptoms (SPIEGEL, CARDENA 1991, PUTNAM 1993),
- disturbed emotional regulation (VAN DER KOLK et al. 1996, SCHORE 2001),
- manifestation of various psychiatric disorders: somatisation disorders, borderline personality disorder, drug addiction (SACHSSE et al., 1994), self-injuring acts (VAN DER KOLK et al. 1991), depression, obsessions, eating disorders, anxiety disorders, ADHS etc. (SWETT et al. 1990, POST et al. 1994, CICCHETTI, TOTH 1995), schizophrenia (STREECK-FISCHER 2000, M. AMMON 2002).

VAN DER KOLK (et al. 1996) described this type of situation as one of deep-seated uncertainty, which goes hand in hand with a permanent state of hypervigilance 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 et al. 2000).

If we translate our understanding of trauma from the individual level to the collective level and to society, it becomes clear that the impact of trauma is even more complex and severe. Traumatic events which a society has been through are usually hushed up. Why? For various reasons. In many cases, the unimaginable terror involved cannot be expressed in words. Maltreated and abused children, too, are frequently unable to speak about what they experienced. For one thing, they are afraid of loosing the only ties they have, and in addition, they often fail to be aware of their own predicament in the first place.

Attachment theory and personality development

Research into the prerequisites of resilience has shown that traumatized children do not always reveal psychopathological responses as adults. In this context, the child's family and primary caregiver and emotional point of reference play an important role. Secure bonding and attachment representation are indispensable for the healthy development of a child. Only they help the child to establish solid and secure work models and to develop an autonomous sense of self. Attachment theory postulates the following:

- Attachment and attachment behavior primarily serve to guarantee survival and originate in human evolution.
- Human attachment behaviour is activated and controlled by a biological information system which responds to stressful and dangerous situations.

BOWLBY and his student Mary AINWORTH established three attachment styles: secure attachment, insecure-avoidant attachment, and insecure-ambivalent attachment. Subsequent research yielded yet another attachment style, namely disorganized, disoriented attachment. Individuals with personality disorders in particular have been shown to develop attachment styles associated with rejection / devaluation as well as ambivalent attachment styles, a fact which can be explained by their impaired ability to establish relationships to others. This category of individuals usually experienced early abandonment/neglect as well as

intimidation and physical or sexual abuse. As a result, their attachment patterns are mainly characterized by disorganization and insecurity (cf. HUBER 2003a, 2003b).

Following research of the existing literature about attachment and traumatization in childhood, BUTOLLO et al. (1999) concluded that disorganized attachment styles dominate in families characterized by physical violence, whereas in those where the children are neglected, insecure-avoidant attachment styles are encountered more frequently. ERICKSON et al. (1989) were able to show in a prospective study that children of emotionally not available mothers evolved well until the third month of their lives, but developed severe deficits later on. According to MAIN (et al. 1985), secure early attachment is important for the evolution of children's 'inner working models' which represent their experiences with their environment. Transgenerational transfers of mothers' attachment representations to their children have been shown in various studies. For instance, GROSSMANN et al. (1988) established that the attachment representations found in mothers largely correspond to the quality of bonding experienced by their children.

FONAGY (et al. 1995) found out that children tend to adopt their parents' typical defence mechanism against emotions, which then becomes part of their own bonding experiences and their 'internalized working model'.

In order to understand the various levels of representation involved in developmental dynamics, researchers not only included traumatic experiences such as separation, loss or abuse, but also so-called 'micro traumatizations', such as lack of tact and sensitivity. Empirical studies have shown that early relationships between parents and children generate subtle distortions of reality resulting from the parents' defence mechanism used to fend off emotions, which the child then internalizes and which influence the formation of the child's own structures (cf. ENDRES, HAUSER 2002).

Early childhood bonds are the first steps initiating the long and complicated socialization process which every human being undergoes. Over the course of this process, children learn to use their brains in a particular way, depending on the particular capacities and skills they focus on developing, and on which feelings they are able to tolerate.

Insecurely or even disorganizedly attached children have a hard time developing skills, creativity and a sense of being important in their own right. They are at the mercy of their fears. Their insecurity and anxiety are detrimental to the integration and organization of complex perceptions and reaction pat-

terns. The latter are normally assumed by the frontal brain, which is unable to fulfill to do so under these circumstances.

CARLSON et al. (1989) detected this insecure or even disorganized attachment style in 80 % of traumatized infants. SPANGLER and GROSSMANN (1999) were able to prove that these children have higher heart rates and react with greater alarm if exposed to unfamiliar situations. They have higher cortisol levels, and their risk of developing stress responses is higher than for any other bonding styles (HERTSGAARD et al. 1995). This fact brought MAIN and SOLOMON (1986) to the conclusion that these children are the least able to tolerate stress. Since children turn to their parents if they are afraid, parental behavior which creates fear in the child generates an unsolvable paradox in the child, who, as a consequence, neither has the option to seek comfort by being close to them, nor to flee. These children are unable to develop any behavioural coping strategies which might help them to face emotional challenges successfully.

The impact of attachment representations on personality development and their psychopathological implications have been studied and proven by a wide range of researchers, such as PILKONIS (1988) for depression, FONAGY (et al. 1997), MELGES and SWARTZ (1989), SPERLING (et al. 1991) for borderline disorder, and LIOTTI (1992) for dissociative disorders etc..

As FONAGY (et al. 1997) commented, "individuals with experience of severe maltreatment in childhood who respond to this experience by an inhibition of reflective self function are less likely to resolve this abuse and are more likely to manifest borderline psychopathology." All researchers agree that in order to develop a healthy personality, a child requires conditions which enables a peaceful development of its ego and self.

Personality disorders are frequently coupled with maltreatment in the earliest and early childhood of an individual when these traumatic experiences make it impossible for the child to establish adequate secure attachment and ego representations.

According to CRITTENDEN (1985), conflicts created by contradictory messages which the child receives from her primary caretaker in her early stages of development are solved by the cortex, which gives preference to one source of information while dismissing the other. Although children are born with an immature cortex and although their behavioural responses are subject to change at a later stage, CRITTENDEN postulates that these initial learning experiences and the resulting selective processing of information lays the ground for restricted mental operation, where information processing becoming one-sided (AMMON

calls this the development of a 'single-dimensional' personality) and manifests in dysfunctional behavior.

As for borderline personality disorders, GERGELY, FONAGY, and TARGET (2002) assume that the pertaining dysfunctional and distorting mental states result from early traumatic experiences caused by the child's caregivers.

In the meantime, many researchers have been able to prove the impact of psychological trauma on the psychogenesis of borderline states and disease. The most severe obstruction of developmental process of the child occurs if it is the child's primary caretaker who is responsible for the trauma, since threatening and traumatizing environments of this type do not enable the child to learn to differentiate between what is inside and what is outside. In addition, the child is required to focus on her threatening outer world. In addition, the child is taught to respond to the inner world with suspicion and distrust, since the frightening behaviour of her caregiver implies that the world of the child's object is associated with lack of understanding and pain. A neglected child is unable to reflect and mentalize (cf. FONAGY et al. 1997). This individual will tend to repeat the trauma again and again. Furthermore, this person's capacity to cope with feelings, fantasies and thoughts will remain limited, creating rigidity in the way individuals experience themselves as well as in their inner experiences and relationships to others. Defensive mechanisms of this type are difficult to overcome within the framework of therapeutic processes focussed on bringing about change.

The task of therapy in connection with personality disorders will be to expand and differentiate the individual's largely inflexible and restricted cognitive and emotional coping mechanisms utilizing a multidimensional concept like the one developed within the framework of G. AMMON's dynamic psychiatry.

Early traumatization and personality development in dynamic psychiatry

As early as during his psychoanalytical training at the Karl Abraham Institute in Berlin in the 1950s AMMON noted that his schizophrenic patient 'Juanita' had experienced ongoing early traumatization. He came to the conclusion that in this case orthodox psychoanalytical treatment methods mainly tailored to treat neurotic conditions were unsatisfactory. As a result, he spent 10 years as a psychiatrist and psychoanalyst at the Menninger Foundation in Topeka/USA,

where he began to study the integration of psychoanalysis and psychiatry and to help establish a treatment concept for psychiatric patients who had been subject to early traumatization. Following his return to Germany in 1965, this background enabled him to develop a holistic personality concept of his own. He called it a 'human structure concept', a concept of human development which he considers as being interdependent on the environment in the form of reference and attachment persons and also as a vitally important energetic atmosphere and group dynamics surrounding every individual.

The significance of the primary group which surrounds the individual, along with the impact of past experience concerning human relationships, it be constructive, destructive or deficient, determines personality development. AMMON's human structurology also takes findings of recent brain research into account. Accordingly, to AMMON, the right brain hemisphere is the place where emotional, creative and subconscious experiences precipitate, whereas the left hemisphere represents the secondary or behavioural side of each individual, with its practical, logical and technical implications (cf. AMMON 1982).

AMMON considers human structure as an abstraction from a wide range of energetic, dynamic, structural and genetic processes. AMMON defines man's human structure as a network of primary, secondary and central human functions.

The so-called primary human functions include all biological and neurophysiological aspect of a human being, such as the central nervous system, the endocrine system, and the sense organs.

The secondary human functions are the 'functional carriers of personality' (AMMON 1995); they determine the behavioral aspect and are mainly concentrated in the individual's consciousness.

The core of human personality is shaped by central human functions rooted in the unconscious mind, such as aggression, creativity, sexuality, narcissism, anxiety, ego demarcation and others.

Another particularly important human function is identity. A person's identity is what dynamizes and integrates all human functions and establishes relationships between them. In its totality, it constitutes the personality of an individual.

In this sense, identity is the central integrative power of personality. It can be understood both as an integrative function and as an overall structure.

Identity is the central integrating element of Günter AMMON's dynamic psychiatry; whether in his theoretical conception, in his conception of human

beings or in his treatment theory. Boosting the development of a person's identity is the overarching goal of every intervention. Identity here implies the totality of an individual's personality, which is viewed as constantly undergoing development. A person's identity might entail constructive, destructive and deficient elements.

Based on this human structural understanding, AMMON defines mental illness as a condition with disintegrated human functions, coupled with deficient and destructive types of expression.

Within the framework of his human structural approach, AMMON postulated a unique understanding of mental illness, namely that any kind of severe pre-oedipal psychological disease reveals a deficit in the human structure which gets compensated by various symptoms. Mental health is understood as an expression of human functions in which the latter reveal their constructive, positive possibilities. Health and illness are always considered as being arranged on a 'sliding scale of archaic ego diseases', that is, the diagnosis and course of an illness can change any time (AMMON 1979b). Human beings are seen as individuals with a need for identity and self-realization.

About the interweavement of identity-development and group dynamics, AMMON (1982) says, "Identity and group belong together, because it is only through the experience of one's own personality reflected by other people, as well as though perception, being taken serious and the recognition of others in the group, that one's self and identity may develop".

I would like to briefly consider the term 'social energy'. This concept was first presented by AMMON in 1982, after he had dealt with the question of energy as narcissistic attention. Social energy is interpersonal psychological energy; it means "contact, conflict solving, security, reliability, love, demands and encouragement for doing, and being active and taking tasks" (AMMON 1982). The primary group's social-energetic processes of exchange are essential for the development of human structure and therefore for the human being's identity.

The group-dynamic social and energetic field may be developed constructively as well as destructively or even deficiently. According to AMMON, constructive group dynamic is characterized by the fact that

1. each member of the group is given permission to develop and change,
2. that tolerance and encouragement are in balance, and
3. that there is room for ongoing, communicative exchange.

Constructive development is made possible because of meaningful interpersonal encounters and the ability to cope with conflicts. Destructive group dynamics means that the group's members actively discourage each other from going though developmental processes; communication is used to obstruct each other for fear of change; the prevailing element is one of denying life and further development. In deficient group dynamics, any communication aimed at development and growth is stifled; rejection of contact dominates and makes development impossible—one could say that this group dynamics is virtually dead.

The conception of the nature of a human being which is at the root of the desired constructive development, is vitally important for the social energetic and group dynamic understanding, which depends on the evolution of the identity of everyone involved and vice versa.

AMMON displays a multidimensional holistic conception of humanity, in which a human being consists of body, mind and soul. This concept also includes the ethical and philosophical significance of human beings. Thus, AMMON says, "The holistic image of mankind has many dimensions: creativity, time and the experience of time, disease, work and being active, androgynity, body and the experience of the body, and religiousness in the broadest sense" (AMMON 1986).

In itself, human structurology can only be understood as multidimensional (AMMON 1986). AMMON's understanding of human beings as a whole includes androgynity, because he regards androgynity as "an all-embracing possibility of humanity and human existence" (AMMON 1986). According to him, androgynity includes every expression of the body, the mind, the soul. He writes,

> Androgynity means synergism and integration of mainly female emotionality and imagination with mainly male rationality and ability to act. Human structurally, this also refers to the highest nervous system with its synergism potentialities of the right and the left brain hemisphere, between the conscious and unconscious core of the personality, between dedication and being active and between pictorial conceptional thinking and intellectual concrete consequences. (AMMON 1986, author's translation)

According to AMMON, personality development begins as early as prenatally. This is the time period when the unconscious human structure cores begin to develop, which form the basis for somatic and central unconscious human functions. He views the formation of the rudimentary self and identity as always depending on the environmental group dynamic. Based on this understanding, the unconscious rejection of a child leads to development disorders as

early as in the intrauterine time period, with damages to the primary ego and personality traits. This could be confirmed by many research results in the 1970s and 1980s, such as those established by M. LILEY (1969), ROTTMANN (1973), W. SCHINDLER (1973), and others.

AMMON's understanding implies that traumatic experiences can even influence the prenatal development of a child. Already as early as in 1973, ROTTMANN was able to confirm that children of mothers with an ostensibly hostile attitude towards their child during pregnancy revealed a greater degree of marked psychosomatic disorganization than others when confronted with ordinary postnatal stress situations. If the mother herself suffers from anxiety and stress and has been subject to traumatic experiences herself, her increased heart rate strongly arouses the fetus (CLAUSER 1971). AMMON commented on this in 1979, "Therefore I deem it absolutely possible that a psychovegetatively communicated unconscious rejection of the unborn child by the mother might give rise to a situation which HAU (1973) aptly called 'intrauterine hospitalism'." (AMMON 1979b, author's translation) Accordingly, it is not only the conscious behavior of the mother and the primary group, as well as the available physical contact and the care provided to the child which matters, but also the prevailing unconscious attitudes and fantasies. ANZIEU (1971) views these as an interpersonal reality too. The impact of group dynamics on the mother as well as her attitude towards the child and her own state are also vitally important for the child's postnatal development which ensures the completion of brain maturation.

The mother's relationship to her child and her behavior towards the child must always be understood as embedded in a particular group dynamic context, in which she herself is either understood and supported or disregarded and devalued as the personality that she is. Mediated by the mother, the delicate social energetic fabric, which generates a force field of unconscious and conscious interactions, atmospherically influences the child. It either leads to the evolution of a good relationship with secure attachment, or to a destructive relationship coupled with disorganized attachment, or to a deficient relationship characterized by anxious and avoidant attachment.

Relationship trauma experienced during the first three years of life, which can be induced by anything from rejection, abandonment, the inability to really experience one's environment and to make contact, to outright hostility on the part of the mother and primary group, induces severe developmental disorders in children. The child experiences the mother's rejection as an existential fear

of abandonment and threat of annihilation. The child's still weak ego boundaries are compromised by interior and exterior non-ego-contents and stressful anxiety. Under these circumstances, the child is unable to create flexible boundaries towards the inside and the outside world. Since constructive social energy, which might be utilized for the benefit of the self or of human structure is not available, the individual will deny the respective area of her outer reality, resulting in a real experience deficit. The individual will feel the urge to deny this inability to experience in turn as something foreign to the ego. It goes hand in hand with the mother's and the group's deficit in this respect, resulting in defective ego boundaries and, as a result, a defect in the human structure which AMMON (1974) called the 'hole in the self'. If flooding with fear prevents the formation of boundaries, it also blocks the evolution of a structure. The accompanying feelings of aggression and fear must be either dissociated or denied and will later form the unconscious cause of destructive aggression, sometimes to the point of suicidality. Although the formation and different ego or human structure might still continue afterwards, its integration for the sake of identity and personality development will be impaired by the violated ego-boundaries —it will remain disturbed. Consequently, the individual, with his not integrated areas of experience will remain in a state of diffuse dependency coupled with rejection by denying archaic feelings of annihilation and abandonment. AMMON described deficits in the ego or human structure as archaic ego diseases caused by early attachment traumatization in a primary group which was unable to support and promote the child's development.

The real structural deficit always correlates with a real deficit on the relationship level. Among the archaic ego or human structure diseases are, according to AMMON, schizophrenia, manic-depressive disorders, borderline and personality disorders, psychosomatic conditions, addictions, depression and destructive sexuality (perversion).

In this context, the symptom fills the gap caused by the human structure deficit. It comes to replace communication related to a not assimilable experience area with repetitively failing acts of autoaggression. It becomes an unsuccessful attempt to create a surrogate for the lacking sense of identity and ego-demarcation. Michaela HUBER (2004) commented on child abuse by the child's parents that, by abandoning them unexpectedly, neglecting them and/or exerting violence towards them, these parents presented a constant threat to the survival of their children. As a result, these children will be in a constant state of tension, since they consume their energy watching out what the perpetrators

are doing, rather than being able to use it for the benefit of their own development.

AMMON views the genesis and psychodynamics of the personality structure of the so-called perpetrator as a spectacular abandonment traumatization within the primary group:

1. An identityless mother, who narcissistically exploits her child in order to compensate her own structural deficits.
2. The child lives under the constant threat of being abandoned and is exposed to archaic fears of annihilation.
3. Contact between the primary group and the child is subject to repeated traumatic interactions coupled with extreme violence. In order to prevent self-disintegration, however, outer love and care are provided, made possible by an as-if-personality—a defence mechanism fending off the emptiness inside. In the event of disappointment or if narcissistic love and care cease, or, even worse, if separation looms, this implies danger for the perpetrator's poorly developed ego boundaries, which in turn triggers ego-diffusion coupled with extreme fear of abandonment and flooding with secret fear of annihilation, in some cases to the extreme of the impulse to kill. The perpetrator experiences sudden breakthroughs of destructive aggression aimed at fending off their deadly fear of annihilation. The perpetrator experiences depersonalization and extraordinary psychotic states. This is also AMMON's approach to making sense of child abuse.

Child neglect happens within the framework of a given group dynamic, which is characterized by the members of the family constantly letting each other down and failing to provide support, often while taking refuge in addictives. The group feels neglected and denied support by the child. The family will blame the child for failing to actively find her place within the deficient dynamics, which is why the perpetrator and the group will punish the child by neglecting her. Compared to the destructive traumatizing type of group, this family group reveals a more diffuse and fragile level of contact involving a more powerful symbiotic vortex. The family fails to openly discuss matters—contact remains blurry and restricted to the nonverbal level. Moreover, the family will not tolerate any setting of boundaries. The neglect of the child reflects the intense self-destructive tendencies of all family members. Fear is not adequately felt, which is why the abuser is unable to assess and perceive the real dangers involved in his actions. The abuser fails to adequately perceive the physical

needs and condition of the child, which for the child will result in a poor development of her body ego.

Dynamic psychiatric treatment of early traumatized patients

AMMON considers social energy as a group dynamic force which helps to develop an individual personality structure and has an impact on physiological processes in the brain. New experiences instigate the formation of new synapses. With every challenge presented by reality and with every demand that the individual faces, but also with every effort to cope with feelings or to verbalize something, new, permanent activations are created in the brain, new synapses begin to form and nerve paths assume new functions. Individuals who, owing to earlier relationship traumatizations, have developed a human structure with a limited potential of emotional expression, perception, thinking, intelligence and self-esteem, are unable to use vast areas of their brain structures. Considering that even individuals without any damages live their lives using only 30% of their brain capacity, the potential for future development in the field of self- and identity expansion of damaged individuals should be even greater (cf. AMMON 1982). Individuals suffering from an archaic ego disease challenge psychotherapists to develop methods which, using verbal and nonverbal approaches, with the integrative and regulative processes that they involve, utilize the impact of the social energetic level to address ego structures and their functional differentiation (which is reflected in the functional neurophysiological systems) in order to change the brain paths and to create a synergism of the conscious and the unconscious.

HIRSCH (2004) regards the development of symbolization skills as vital for the therapy of early traumatized patients. BUCHHOLZ (2003), too, points out the imagery-oriented structure of language which, after all, is the link to our inner processes. Our capacity to create symbols is coupled with our ability to draw the line between ourselves and outer objects. Consequently, the evolution of a patient's symbolization skills is always dependent on positive object experiences.

HIRSCH regards the following therapeutical steps as vital for the psychoanalytical therapy of patients with personality disorders:

1. sympathy
2. holding as described by WINNICOTT (1960), in the sense of secure attach-

ment (in the initial development stage in particular),

3. containing in the sense of a metabolization of the mother-child relationship, and
4. the erection of boundaries along with an alteration of reality and transgenerational materialization and differentiation of a person's feelings of guilt.

For HIRSCH (2004), the active elements to be used for the therapy of patients with early traumatization are metaphoric interpretation, personification of the traumatic introject, identification of the therapist with the traumatized child; creation of counter blueprints to transgenerationally conveyed images. What he regards as important it that the aggression which is acknowledged in the course of counter transference and which the therapist has accepted in the containment stage, is given permission to raise to the surface and becomes a part of the work, so that patients learn to set their boundaries. HIRSCH views the stages of the therapapeutical intervention for severely disturbed traumatized patients as follows:

- 1st phase: Holding, containing, supported by idealized mother transference
- 2nd phase: Negative, paranoid mother transference,
- 3rd phase: Trauma work,
- 4th phase: Separation.

What is important in this context, is working with transference and counter transference using the features of intersubjectivity, projective identification, enactment, action and co-action. From the standpoint of attachment theory, secure attachment in the therapist/patient relationship is crucial for patients with early traumatization, in particular for individuals with personality disorders. BOWLBY (1998) suggest the following model for therapeutical intervention:

1. Secure basis for exploration,
2. Reflection on current relationships,
3. Analysis of the relationship to the therapist,
4. Earlier origins of current perceptions and expectations
5. Recognition of the (in-) appropriateness of internalized working models that patients have developed of themselves and others.

As one of the first psychoanalysts and trauma researchers, Mardi HOROWITZ (1976) developed therapeutical techniques to treat posttraumatic syndrome

(PTBS). He regarded the Interpretation of defensive mechanisms as counter-productive. Instead, his focus was on reconstructing the traumatic event as well as on supporting the establishment of real social bonds. Furthermore, HOROWITZ considered the patient-therapist relationship as vital. He viewed the therapist as a role model and identification figure available for temporary dependence and idealization which will help the patient differentiate between the present and the past and provide urgently needed support (cf. FISCHER et al. 2003).

Michaela HUBER (2004) points out the difficulties involved in the perpetrator-victim-dynamics within the framework of the therapeutic relationship. According to her, they are 'traps' that therapists might fall into, since the perpetrator-victim aspects might get left out of the picture and the therapist might unwillingly follow the patient's dissociations. Once recognized, the latter loose their destructive power and are available for constructive conversion into a realized relationship level.

In summary, it might be said that the establishment of a secure, trusting therapeutic relationship is paramount for any psychoanalytically orientated trauma therapy. Trauma work requires intense work on resistance, which implies the ever-present threat of psychological and physical disintegration. Moreover, counter transference and transference dynamics need to be taken into account. Therapy must enable the patient to experience, process and verbalize the traumatic event and empower them to act in a way which symbolically helps them rise above helplessness and despair. Working on the emotions of anger, fear and guilt is pivotal for trauma work (cf. HIRSCH 2004).

During the international group psychotherapy conference in Istanbul in 2003, speakers underlined the significance of group therapy for the treatment of trauma. The advantage of group therapy is that the group provides a safe 'container' and offers a wider range of possibilities to work on regressive defensive mechanisms. Being part of a 'community' is very helpful for building self-confidence.

What inpatient trauma therapy approaches have in common, is their particular focus on stabilization in the initial stage while including salutogenetical aspects by strengthening resources before applying traumatherapeutic techniques such as EMDR or others (cf. REDDEMANN, SACHSSE 1999). For personality disorders in particular, FIEDLER (2004) views resource-oriented psychotherapy as a must. HÜTHER (2001) points out that early traumatization should be recognized and treated at an early age, arguing that the earlier therapy takes place,

the higher the likelihood of success. According to HÜTHER, the most promising approach to successfully treating victims of early traumatization is to enable them to acquire new, positive experiences which confirm the "reliability of relationships, the usefulness of acquired skills and the value of inner orientations." (HÜTHER 2001)

In 1999, HÜTHER also pointed out the significance of new experiences for the development of the brain, which brain researchers have come to call 'experience-dependent plasticity'. Among other things, he says, "Research has shown that our behaviour has a neurobiological substrate, namely wirings which control our feelings, thoughts and actions. (And) that these wirings in turn are influenced by psychological and psychosocial experiences." (HÜTHER 1999)

In recent times, magnetic resonance spectroscopy (MRS) has been made available for measuring the effects of psychotherapeutical experiences on the formation of new nerve connections, as a study with depressive patients carried out by the Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim, Germany, attempted to demonstrate. (DLUBIS-MERTENS 2004) As OBERGRIESSER (et al. 2003) pointed out at the DGPPN Conference in Berlin, researchers assume that therapy enables neurons to establish synaptic contacts. The MRS method can be used to detect membrane molecules which are known to be important prerequisites for neuronal metabolism. These molecules contain choline compounds—the latter serve as markers for increased cell membrane metabolism. With reference to findings of KANDEL (1998) stresses the significance of the relationship between the brain and human behaviour and urges therapists to include this factor in psychoanalytical treatment.

PINES (2001) comments on the 'moments of meeting', which are 'moments of meaning', 'healing connections' which also leave their 'marks'in the brain. He refers to findings of Walter FREEMAN (1994), who regarded the brain as a "communicative organ reaching out for recognition and response of the other".

In connection with the treatment of traumatic neuroses, FENICHEL pointed out as early as 1937 that there are two important restitution attempts which therapy should take into account: the individual's attempt to gather her strength and thus re-establish emotional balance, and the individual's striving to cope with trauma via motor activity and emotions. For therapy, this implies the need to satisfy the patient's desire for dependency first, followed by working on the trauma with the help of verbalization.

For patients with early traumatization, Günter AMMON developed a multidimensional treatment concept based on his human structural personality concept

in the sense of catching up with the unfinished business of personality development. AMMON has a holistic conception of man, with healthy, but also with diseased, traumatized areas, which the individual is unable to experience and which represent their personality deficit. AMMON's system involves work on strengthening the ego, 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 social energetic group dynamic treatment network. Allying oneself with the so-called healthy and constructive areas of a person's personality is in the centre of the initial stages of therapeutic work. For this purpose, AMMON has developed a diagnostic system of his own, something which he calls 'health diagnostics'.

By 'health diagnostics', AMMON implies that the psycho-biological examination should focus on the healthy parts of a human being in particular, for instance their abilities, their interests, their corporal health, their skills and intelligence, and also their experiences in life and their group relations. Diagnosis itself is always understood as a process, because any change in the treatment regime automatically implies a change in diagnosis.

In 1992, AMMON commented on the initial stage of therapy with patients with early traumatization suffering from bonding and attachment disorders within the spectrum of archaic ego diseases: Initially, the main focus is on providing patients with an outer brace to replace the support they lost. Therapy must provide patients with a support structure which will help them to stabilize. Within this framework, it is of paramount importance for the therapist to provide direct support and to refrain from analyzing and interpreting what the patient does or says. The initial focus is not on analytical work on the symptom as such, but on boosting the patient's 'extremely endangered self-integration', including any form of defence resulting from this defect. If the therapist were to interpret the events, the patient would view this as yet another experience of abandonment and become even more anxious.

The therapist must accept the patient's existential fear for the sake of containment. It should be understood as an expression of a prenatal, pre-oedipal sense of abandonment, and also as a real deprivation and real childhood deficit. This is why the main focus of the initial stage of the therapeutic process within the framework of human structural psychoanalytical treatment is on providing a kind of stabilizing emergency therapy. This type of stabilizing support work is carried out using the nonverbal creative treatment methods of human structu-

rology, such as painting-, music-, dance-, drama-, horse-riding- and sports therapy and work in interest groups such as literature seminars, film- and language groups etc. These methods are selected for each patient individually and, together with the verbal therapies used later on, they help to establish a multidimensional and integrated treatment network like the one applied in our Menterschwaige Mental Health Clinic, which AMMON and his team founded almost 30 years ago. Establishing a trust filled therapeutic bond with the therapist, who is to be seen as a reliable caregiver, is one of the tasks of the initial stage. What is important in this context is to bypass the symptoms in favour of increasingly accessing hidden fears and conflict. Right from the beginning, treatment must take the symbiotic transference dynamic into account which, according to AMMON, reflects the narcissistic social energetic deficit created through the destructive and deficient neglect and abuse which the patient suffered in early childhood and which brought their entire psychological development to a standstill. This implies that therapy is supposed to create a space for a belated evolution of the patient's ego and identity, in the course of which the patient manages to develop psychological structures and new functions. In this sense, AMMON's focus, unlike FREUD's (1914), is not on "remembrance, repetition and trauma work", but on "remembrance, repetition, compensation and trauma work". The symbiotic resistance involved in symbiotic transference represents a major element of the subsequent therapeutic work. As a matter of principle, symbiotic resistance fends off any evolution of the identity and personality and must therefore be seen as social energetically deficient. It represents a triangle of resistance involving severe destructive narcissism, destructive aggression and destructive fear and goes hand in hand with a tremendous fear of abandonment up to the extreme of fear of annihilation.

Megalomaniac fantasies, but also fear of social contact and performance anxiety go hand in hand with symbiotic resistance. For therapy, the consequence is to avoid any kind of confrontation and to acknowledge the patients anxiety emphatically. In order to help the patient face their fear, the therapist takes sides with them, while the patient must learn to bear this fear, which may be accompanied by destructive anger. Another major aspect in this context is to transfer any relationship between the past and the present into the here and now. BATTEGAY stresses how important it is that the therapist "enters into the illusionary world of the patient and tries again and again to give the autodestructive tendencies of the patient a positive turn." (BATTEGAY 1992)

What is important for working on resistance is that patients successively

leaves the internalized, destructive group dynamic of the primary group and begins to develop an identity of their own. In this sense, human structural dynamic psychiatry is identity therapy, meaning that is not about treating symptoms, but about understanding the respective human being's fears of annihilation and abandonment and about enabling them to catch up with the development of their personality as a whole. This also implies that the focus is on strengthening and supporting the individual's constructive human functions first. Only then will the therapist access their disintegrated, dissociated central human structures, the so-called 'hole in the ego', with the pertaining fears and aggressions, and work on them. The principle behind this type of work on human structures is also to offer the patient something better than the symptoms—a factor which become ever more important, the more the formation of resistance sets in. Here, dealing with destructive aggression is at the centre of the therapeutic work. In this context, allying with the constructive areas of the patient's personality is important for going through the entire process together, and so is becoming aware of transference mechanisms.

When dealing with fear and anger, the therapeutical process deals with the past. The therapeutical relationship is used to re-live and remember the abusive adult person of the patient's childhood who denied support. What makes these patients despair, are real experiences of suffering. Their deficient and restricted development must be made up for, unstructured parts of their personality must be provided with a structure. In many case, the fear and aggression which will be released during the process can only be appropriately supported during inpatient treatment in a therapeutical clinic like ours. In this environment, the presence of an entire network of contacts, from staff to other patients, ensures that the patient does not need to be alone in a very real sense. It is only after this stage that the focus of the therapy can shift to correcting any distorted perception, thinking and emotions. Only when patients have been offered something better than the symptoms, namely the possibility to make their own decisions in life in a framework of groups which are open to experience the world, will the neglect and destruction which really happened and which caused real narcissistic deficits have been dealt with sufficiently to allow for compensation and for the formation of a structure.

The turning point of therapy has arrived as soon as patients are able to recognize their own transference mechanisms.

I would now like to discuss the general framework of the therapeutic concept of dynamic psychiatry for treating patients with early trauma. Dynamic psychi-

atry is based on an understanding of human life which says that it is a process which encompasses health and disease, but also many other factors such as work, love and a vast range of psychological, biological and social potentialities. Correspondingly, according to dynamic psychiatry, human beings must be seen as constantly involved in developmental processes.

Consequently, diagnosis must also be understood as a process connected with biological, psychological and social processes, but also with integrative and disintegrative processes.

AMMON emphasizes the necessity of so-called health diagnosis. That means that the biological and psychological examinations should include the healthy parts of the patient such as his capacities, interests, his physical health, his talents and intelligence, but also his life experiences and his group relations.

As for the diagnostic examinations used in dynamic psychiatry—besides internistic and psychiatric examinations at admission and common psycho diagnostic test methods, especially the Ego-Structure-Test (ISTA)—they reach from extensive interviews with the patient and her family members to methods used to assess unconscious dimensions, such as the Auto kinetic Light Test, EEGs in a sleep and dream laboratory and the conduction of the Sperry test.

In this way, dynamic psychiatry does justice to the multidimensional aspects of every single individual. Accordingly, every individual treatment concept will attempt to integrate various therapeutical approaches. Dynamic psychiatry uses an entire range of verbal and non-verbal therapy methods to establish a multidimensional therapeutical field, but the foundation of the concept is the presence of the social energetic group dynamic field. In this sense, the group dynamic social energetic fields both in the inpatient and outpatient areas of the clinic are part of the treatment.

For the Dynamic Psychiatric Hospital this means that entire team is involved in the treatment process, from nurses and psychotherapeutically trained psychiatrists to administration and kitchen personnel. Every single person is a part of the social energetic field. Treatment methods include individual therapy, group psychotherapy, group dynamic milieu therapy as well as non-verbal therapy methods such as human structural dance therapy, theatre-, music-, painting, and art-, sports-, and horseback-riding therapies, and also special interest groups.

The composition of the group is based on many considerations. Careful examination and selection of its members, while taking the healthy and ill parts of their personality and their group dynamic biographical development into ac-

count, is crucial. If possible, the group should be structured heterogeneously, with the group members taking an interest in each other and able to assume some of the functions of the other as auxiliary egos as well as to reflect each other and be open to work on potential aggression.

The therapy group reflects and integrates the different groups which are part of the patient's background and history, plus the group in which the current therapeutic work is taking place:

1. the internalized primary group which is reflected in transference and projection,
2. the current life group the patient comes from and which is equally reflected, and
3. the immediate group dynamic events in the therapy group, including the existing real relationships.

At this point, I would like to briefly comment on analytical milieu therapy, which plays a central role in the Menterschwaige Mental Health Clinic.

Each patient is assigned to a milieu therapeutic group, which could be compared to a kind of apartment-sharing community. The patients stay in their groups for the entire day. Since work is regarded as a vital part of therapy, they are requested to choose a joint milieu-therapeutical project to work on. This milieu-therapeutical project serves as the 'third part-object' for communication in the group. Working on a self-chosen, meaningful and creative project helps, among other things, to strengthen and develop the patient's healthy parts and resources. The patient may develop auxiliary ego functions in experiencing and demarcating deficient-destructive dynamics, which tend to re-establish themselves in this framework.

The Dynamic Psychiatric hospital as a whole is a milieu therapeutic, group dynamic, social energetic field designed to provide the patient with healing social-energetic, group-therapeutic experiences.

Referring to milieu therapy, AMMON points out: "The goal of milieu therapy is to provide the patient with freedom of expression in various differentiated situations corresponding to his problems" (1994).

Important points of integration for the therapeutical process as a whole are case conferences, supervisions with therapists, special control work with milieu therapists and the plenary group.

The plenary group, which consists of all patients and the whole team, represents the entire therapeutical network of the hospital, which makes it a

point of integration in the individual's therapeutical process.

How efficient any therapy turns out to be, depends on the social energy, the therapeutical team is able to provide. When treating patients with conditions related to the human structure, therapy cannot be provided by a single therapist. Instead, this situation requires that various therapists establish a social energetic network around the patient.

It is important that the patient's personality and identity are at the center of therapy—meaning the patient's needs, goals and self-defined or self-discovered purpose in life.

In this framework, appropriate training and qualification of the team is crucial.

In summary, it can be said that dynamic psychiatry postulates that the treatment of early traumatized patients, with early damage in their human structure and brain structure, requires a multidimensional treatment concept which combines different verbal and non-verbal group therapies. This way, every single patient becomes a part of different groups and is surrounded by different co-patients as well as by a group of individual therapists providing a large range of treatments. Thus the patient is constantly surrounded by a social energetic, group dynamic network, which provides him with the opportunity to act out, to experience and to initiate changes on the different group levels. The whole hospital set-up is required to create a constructive, warm and homely atmosphere. The general milieu of the clinic encompasses formal single-patient- and group therapy, music-, dance-, theatre, painting-, sports-, and other therapy groups, and the group dynamic group of everyone involved in single patient- and group-supervision. Milieu therapy is particularly appropriate for patients with a so-called split personality and a disintegrated human structure like personality disorder, or for patients suffering from psychosomatic complaints, drug problems, schizophrenic reactions and depression.

The group dynamic and social energetic understanding of the psychotherapeutic treatment field is at the very basis of any kind of development in a person's personality. The internalized group-dynamic social energetic fabric of relationships may contribute to the evolution of human structure and may thus allow for healing and the constructive further development of a person's identity.

For any belated human structural development of a person's brains in a psychotherapeutic setting, creating such a type of framework is ideal to stabilize and soothe formerly overstimulated domains, creating space for gradually dis-

solving the dissociated parts, followed by restructuring and the creation of new synapses and, as a result, integration and synergism of the various domains.

Zusammenfassung

Die Beschäftigung mit traumatischen Erlebensweisen und ihre Behandlung waren seit je her ein wesentlicher Gegenstand der Psychoanalyse und Psychotherapie. In Gestalt der Verführungstheorie steht die traumabedingte Ätiologie der Neurosen am Beginn von FREUDs theoretischen Überlegungen zur klinischen Psychoanalyse. Obwohl FREUD die Verführungstheorie im Laufe seiner Theorieentwicklung zu Gunsten des Ödipuskomplexes aufgab, existierten in seinen nachfolgenden Arbeiten Elemente dieses ursprünglichen Traumaverständnisses fort, z. B. in Form des Konzepts der 'traumatischen Angst'. Dieses Konzept spezifizierte er etwa anhand des 'Geburtstraumas', das er als eine passiv erlittene, überwältigende Erfahrung der Hilflosigkeit beschrieb, die von beschleunigter Atem- und Herzschlagfrequenz begleitet wird. Aufbauend auf dieser klassischen Formulierung des Traumas, die sowohl psychische als auch physiologische Merkmale miteinbezieht, definierte FENICHEL (1937) das Trauma als eine Notfallsituation, in der das Ich nicht mehr in der Lage ist, das Ausmaß an situationsbedingten Reizen und die daraus resultierende psychische und physiologische Aktivierung zu bewältigen. Die dadurch entstehende überwältigende Erregung wird vom Individuum als extrem schmerzvoll erlebt und führt zu massiven Abwehrprozessen, welche die 'unspezifische Angst' eindämmen sollen. Aus einer psychopathologischen Perspektive können diese Abwehroperationen, insbesondere die Regression, auch als pathologische Reaktionen verstanden werden, d. h. als ein Problem in sich.

Die Natur des psychopathologisch relevanten Traumas wurde in der Psychoanalyse, ausgehend von FREUDs frühesten Überlegungen, vor allem als Beziehungstrauma des sich entwickelnden Kindes verstanden. Die frühe Elternbeziehung kann in der klassischen Sichtweise in zweierlei Hinsicht traumatisch wirken: zum einen durch mangelhafte Versorgung und manifeste Vernachlässigung des Kindes, zum anderen durch übermäßige Stimulation der kindlichen Psyche, d. h. durch ein Durchbrechen des noch ungenügend entwickelten Reizschutzes.

Die Folgen des Traumas für die Persönlichkeitsentwicklung des traumatisierten Kindes wurden in der klassischen Psychoanalyse ebenfalls schon frühzeitig diskutiert, so z. B. von FERENCZI oder von WINNICOTT (1965) in seinen Aus-

führungen zur Genese und Bedeutung des 'Falschen Selbst'.

Ausgehend vor allem von den konkreten Folgen der Kriegstraumata von Vietnamveteranen entwickelte sich in der zeitgenössischen Traumatheorie und -therapie seit den siebziger Jahren des 20. Jahrhunderts das Paradigma der 'Posttraumatischen Belastungsstörung' (PTSD). Als zweiter Entwicklungsstrang, der zur gegenwärtigen Traumadiskussion beigetragen hat, kann die zeitgleich sich vollziehende, zunehmende Sensibilisierung für die hohe Prävalenz und die zerstörerischen Folgen des sexuellen Missbrauchs von Kindern und Jugendlichen verstanden werden. Sie führte dazu, dass das Paradigma der PTSD durch das modifizierte Konzept einer langfristigen, sogenannt komplexen PTSD ergänzt wurde. Für komplexe Traumatisierungen, die sich langfristig und wiederholt im Laufe der Entwicklung eines Individuums vollziehen, wurde der sexuelle Missbrauch zum paradigmatischen Phänomen. Er kann als eine existenzielle Erfahrung der Hilflosigkeit und Bedrohung verstanden werden, die von einem dramatischen Kontrollverlust und einer potenziellen Gefährdung des Überlebens begleitet wird. Langfristige Traumatisierung kann die Identität einer Person ernsthaft beeinträchtigen, da die mit ihr verbundenen extremen Gefühle der Schuld und Scham zur Entwertung des Selbst führen und so den Selbstwert untergraben können. Phänomenologisch manifestieren sich komplexe Traumatisierungen z. B. durch Somatisierung, in dissoziativen Erlebensweisen, in Defiziten der Emotionsregulation und / oder durch schwerwiegendere Bindungsstörungen.

Insbesondere die dissoziativen Phänomene und Störungsbilder stellen einen spezifischen Aufmerksamkeitsfokus der aktuellen Traumadiskussion dar. In einer psychoanalytischen Perspektive geht STREECK-FISCHER (2000) davon aus, dass traumatische Erfahrungen die Möglichkeiten einer Person beschränken, konstruktive psychische Grenzen zwischen ihrem Selbst und den Objekten zu errichten. Ebenso werden in diesen Fällen die Grenzziehungen zwischen Realität und Imagination, sowie zwischen Vergangenheit und Gegenwart unsicher und instabil. Da bei solcherart traumatisierten Personen die Kohäsion von Bewusstsein und Selbst nur in begrenztem Maße gegeben ist, sind sie in besonderer Weise durch später auftretende traumatische Erfahrungen verletzbar, dergestalt, dass es dadurch zu einer Desintegration ihres Bewusstseins kommen kann. Diese defizitäre Integrationskapazität, mit ihren schwachen Verbindungen von Ich und Selbstzuständen, zeigt sich bei Kindern mit schizophrenen Tendenzen besonders deutlich. Die bei ihnen (aber auch bei erwachsenen Patienten) auftretenden psychotischen Reaktionen können als dissoziierte Zustände

aufgefasst werden, welche die Essenz der traumatischen Erfahrungen beinhalten und in besonders stressbelasteten Situationen zum Vorschein kommen. Die traumatischen Erfahrungen manifestieren sich dann als Halluzinationen, oder als unverständliche, konkretistische oder verwirrte Handlungen und Äußerungen. Was das Verhalten dieser Patienten pathologisch erscheinen lässt, ist die Tatsache, dass schwerwiegende traumatische Erfahrungen ihre basalen Ordnungs- und Orientierungssysteme, d. h. ihr Vertrauen in eine wohlwollende, geordnete und bewältigbare Realität zerstört haben.

In einer eigenen Untersuchung an sechs sogenannt schizophrenen Patienten und ihren Familien (M. AMMON 2001) ergaben sich eindrucksvolle Belege für die die von STREECK-FISCHER postulierte traumabedingte Ätiologie psychotischer Reaktionen. Alle untersuchten Patienten wiesen schwerwiegende traumatische Erlebnisse und die wiederholte Erfahrung existenzieller Angst in der Kindheit auf. Diese Erfahrungen reichten zum Teil zurück bis in die pränatale Phase. Ohne Ausnahme wurden die Patienten in äußerst stressbeladene Familienumgebungen hinein geboren. Die Ehen der Eltern waren in jedem einzelnen Fall problematisch, von wechselseitiger Aggression und Angst geprägt. Als Kinder wurden die Patienten nicht nur durch emotionalen Rückzug der Bindungspersonen bestraft, sondern auch durch Selbstmorddrohungen der Eltern bzw. manifeste physische Misshandlung diszipliniert. Somit erfüllten die Kindheitserlebnisse der später psychotisch reagierenden Patienten das wesentliche Bestimmungsmerkmal eines langfristig wirksamen Bindungstraumas, nämlich dass das Verhalten der erwachsenen Bindungsperson das Kind in besonderem Maße verängstigt (cf. HAUSER 2001). Zusätzlich fanden sich bei den Patienten weitere potentielle Bindungstraumata, wie der Verlust wichtiger Bindungspersonen in der Kindheit (Tod der Mutter, Tod eines geliebten Großvaters etc.), sowie bei zwei weiblichen Patientinnen ein sexueller Missbrauch durch einen nahen Verwandten (in beiden Fällen der Großvater).

Die von BOWLBY und Ainsworth ausgehende moderne Bindungsforschung hat eine Reihe bedeutsamer Erklärungsmodelle entwickelt, welche die traumatische Natur solcher Erlebnisse beleuchten. Von besonderer Bedeutung ist hier die von MAIN und HESSE entwickelte Erklärung desorganisierten Bindungsverhaltens als Ergebnis eines traumatischen Paradoxons im Erleben des Kindes: für das Kind ist die Bindungsperson die primäre Quelle von Schutz und Sicherheit, an die sich das Kind wendet, wenn es durch irgendein Ereignis verunsichert ist oder sich bedroht fühlt. Wenn nun die Bindungsperson aber durch ihr misshandelndes und / oder missbräuchliches Verhalten selbst die Quelle der

Bedrohung ist, entsteht für das Kind eine unlösbare Situation, in der es sich an die Bindungsperson weder annähern, noch sie vermeiden kann. Durch die sich gegenseitig aufhebenden Handlungsintentionen des Kindes, gleichzeitig vor der Bindungsperson fliehen zu wollen, wie auch sich zu ihr hin retten zu wollen, entsteht eine Lähmung des Selbst, die zu einer Immobilität angesichts wachsender Erregung und zunehmender Bedrohung führt, die nur noch durch dissoziative Erlebensweisen abgewehrt werden kann. Insgesamt kann in diesen Fällen also von einer Situation ausgegangen werden, die ziemlich genau den von M. HUBER (2004) aufgestellten Kriterien eines schwerwiegenden Traumas entspricht:

- dem Gefühl, von unerträglichen Ereignissen überwältigt zu werden,
- der psychischen und/oder physischen Erfahrung der Lebensbedrohung,
- der Unmöglichkeit, der Bedrohung durch Flucht oder Kampf zu begegnen,
- der Dissoziation des unerträglichen Erlebens vom Alltagsbewusstsein und der Speicherung der traumatischen Inhalte in einem spezifischen Traumagedächtnissystem, das separat vom normalen biographischen Gedächtnis existiert.

Diese Veränderungen, die das Trauma in der psychischen und kognitiven Organisation des Gehirns, wie z. B. in der Gedächtnisorganisation hervorruft, sind nicht unabhängig von den Auswirkungen auf das neurobiologische Korrelat der psychischen Funktionen zu verstehen. Die neurobiologische Forschung in den vergangenen zwanzig Jahren hat eine Fülle von Belegen erbracht, wie sehr und in welcher Weise frühe Traumatisierungen die biologische Entwicklung des Gehirns beeinträchtigen können. So ist z. B. für ein zentrales Bindungstrauma, wie den Verlust der primären Bindungsperson durch eine langfristige Trennung von ihr oder bedingt durch ihren Tod, davon auszugehen, dass der plötzliche Verlust der primären Quelle existenzieller Sicherheit eines Kindes zu einer anhaltend massiven Überflutung des kindlichen Gehirns mit einer enormen unspezifischen Erregung (GUNNAR 1998) führt. Je früher dieser Verlust auftritt, desto umfassender die entwicklungsverzögernden bzw. -verzerrenden Auswirkungen auf das sich entwickelnde Gehirn. Die am meisten von schädlichen Wirkungen betroffene Region scheint dabei jeweils jene zu sein, die sich zum Zeitpunkt des traumatischen Ereignisses in einer Phase beschleunigter Entwicklung, einem sogenannten 'Entwicklungsspurt'-Zustand, befindet. Obwohl die Risikofaktoren von Dauer, Ausmaß und wiederholtem Auftreten eines traumatischen Ereignisses die Wahrscheinlichkeit negativer

langfristiger Folgen bestimmen, ist auch bei einer Hochrisikokombination dieser Faktoren nicht von einem Determinismus hinsichtlich der Folgen auszugehen. Verschiedene Studien sind stattdessen zu dem Ergebnis gelangt, dass nur etwa ein Drittel der von traumatischen Ereignissen betroffenen Personen mit langfristigen schädlichen Ergebnissen für ihr Leben zu rechnen hat (HIDALGO, DAVIDSON 2000). In diesem Zusammenhang ist die Wirksamkeit sogenannter protektiver Faktoren von entscheidender Bedeutung. Als protektive Faktoren wurden von der Forschung unter anderem die permanente Verfügbarkeit einer sichere Bindung zu einer primären Fürsorgeperson identifiziert, ein unterstützendes soziales Umfeld, Kommunikationsfähigkeiten und eine kohärente Konzeption der Welt (cf. FRITZE 2000). Somit kann man also für das genannte Beispiel eines frühen Verlusts der primären Bindungsperson auch nicht davon ausgehen, dass dieses per se langfristige traumatische Folgen für die Entwicklung des betroffenen Kindes haben muss. Dies ist wahrscheinlich nicht in einem besonderen Ausmaß der Fall, wenn z. B. eine unterstützende alternative Bindungsperson für das Kind verfügbar ist, die die Funktion der verlorenen Bindungsperson übernimmt und dem Kind hilft, deren Verlust in konstruktiver Weise zu betrauern.

Die neuere Bindungsforschung hat mit dem von Peter FONAGY entwickelten Konzept der 'reflexiven Kompetenz' ein weiteres zentrales Konstrukt in die aktuelle Traumadiskussion eingebracht, das geeignet erscheint, die Wirkung protektiver Faktoren zu erklären. Reflexive Kompetenz ist FONAGY zufolge die Fähigkeit eines Individuums, das Erleben und Verhalten des Selbst wie auch anderer Personen mit Hilfe mentaler Konstrukte wie Wünsche, Ängste, Absichten, Fantasien, Überzeugungen, etc. zu konzeptualisieren. Reflexive Kompetenz entsteht in einer sicheren frühen Bindungsbeziehung und stellt sowohl die Grundlage für die Entwicklung der eigenen Identität dar, wie sie auch die Voraussetzungen dafür schafft, die Welt als ein sinn- und bedeutungsvolles, geordnetes und bezogenes Ganzes zu erleben. Wenn man mit KIRSHNER (1994) davon ausgeht, dass ein wesentlicher Aspekt der traumatischen Wirkung darauf beruht, dass das traumatische Ereignis eine Situation erzeugt, in der das Kind nicht mehr in der Lage ist, aus seinen schmerzhaften Erfahrungen Sinn zu machen, das Erlebte in keinen verbalen und interpersonalen Kontext mehr einordnen kann, dann wird klar, dass eine hohe reflexive Kompetenz einen wesentlichen Schutzfaktor gegen das Trauma darstellt, da sie es ermöglicht, das Geschehene zu symbolisieren, zu begreifen und in der Folge zu verarbeiten. Umgekehrt geht FONAGY aber auch davon aus, dass frühe Bindungs-

traumata die Entwicklung reflexiver Kompetenz einschränken bzw. blockieren können, so dass durch das Wegfallen dieses protektiven Faktors eine erhöhte Vulnerabilität für in der Folge auftretende Traumata gegeben ist. Typischerweise finden sich solche Entwicklungsverläufe FONAGY zufolge bei Menschen, die im späteren Leben eine Borderlinestörung oder andere schwere Persönlichkeitsstörung entwickeln. Die blockierte reflexive Kompetenz von Borderlinepatienten ist im Verständnis FONAGYs für eine ganze Reihe typischer Einschränkungen und Verzerrungen ihrer Persönlichkeitsentwicklung verantwortlich, so z. B. für den weitgehenden Verlust des inneren 'Möglichkeitsraums', für den Konkretismus von Borderlinepatienten, die Verwischung von innerer und äußerer Realität, etc. Die Bezüge von FONAGYs Konzept der reflexiven Kompetenz zum Konstrukt der Identität bieten einen Anknüpfungspunkt zwischen diesen neuesten Theorieentwicklungen und Günter AMMONs Verständnis des traumatischen Prozesses, in dem die Auswirkungen des Traumas auf die Identitätsbildung des Kindes einen zentralen Stellenwert einnimmt.

AMMON zufolge beginnt die Persönlichkeitsentwicklung bereits im pränatalen Stadium. In dieser Periode bilden sich die ersten Ansätze des unbewussten Kerns der Humanstruktur, welche die Basis für die somatischen und zentralen unbewussten Humanfunktionen darstellen. Dabei betrachtet AMMON die Entstehung des rudimentären Selbst und der Identität immer in Abhängigkeit von der umgebenden Gruppendynamik. Von diesem Verständnis ausgehend kann man annehmen, dass die unbewusste Ablehnung eines Kindes durch die umgebende Gruppe bereits in der intrauterinen Phase zu Entwicklungsstörungen führen kann, welche die primären Ich-Strukturen und Persönlichkeitszüge beeinträchtigen. Diese Annahme wurde durch zahlreiche Forschungsergebnisse belegt, wie z. B. von LILEY (1969), ROTTMANN (1973), W. SCHINDLER (1973) und anderen. Bereits 1973 konnte ROTTMANN belegen, dass Kinder von Müttern, die in der Schwangerschaft eine deutlich feindselige Haltung gegenüber ihrem Kind gezeigt hatten, später ein deutlich höheres Maß an psychosomatischer Desorganisation zeigten als andere Kinder, wenn sie mit normalen postnatalen Stress-Situationen konfrontiert waren. CLAUSER (1971) konnte in seiner Untersuchung zeigen, dass Mütter, die biographisch selbst traumatischen Ereignissen ausgesetzt waren und während der Schwangerschaft an Angst- und Stresszuständen litten, durch ihre erhöhte Herzfrequenz ein deutlich gesteigertes Arousal bei ihrem Fötus hervorriefen. AMMON kommentierte diese Ergebnisse 1979 wie folgt: "Deshalb halte ich es absolut für möglich, dass eine psychovegetativ kommunizierte unbewusste Ablehnung des ungeborenen Kindes

durch die Mutter zu einer Situation führen kann, die HAU (1973) treffend als 'intrauterinen Hospitalismus' bezeichnet hat." (AMMON 1979b) Dementsprechend ist es nicht nur die bewusste Einstellung und das Verhalten der Mutter und der Primärgruppe gegenüber dem Kind, die zählt, nicht nur die zur Verfügung gestellte Fürsorge und der Körperkontakt, die in Betracht gezogen werden müssen, sondern auch die vorhandenen unbewussten Einstellungen und Fantasien. Die Beziehung einer Mutter zu ihrem Kind und ihr Verhalten ihm gegenüber sind immer in einen bestimmten gruppendynamischen Kontext eingebettet, in dem die Mutter selbst entweder verstanden und unterstützt wird oder ihrerseits als die Persönlichkeit, die sie ist, missachtet und entwertet wird. Durch die Person der Mutter beeinflusst dieses komplexe sozialenergetische Geflecht, das einem Kraftfeld unbewusster und bewusster Interaktionen in der Primärgruppe entspricht, atmosphärisch das Kind. Es kann zu einer guten Beziehungserfahrung und sicheren Bindung führen, oder zu einer destruktiven Beziehung und desorganisierter Bindung. Im Falle einer vorrangig defizitären Beziehungserfahrung kann man davon ausgehen, dass vermeidende und verstrickte Bindungsformen vorherrschen.

Beziehungstraumata, die in den ersten drei Lebensjahren erfahren werden, können vielfältige Ursachen haben, die von der Unfähigkeit, die umgebende Realität zu erfahren und in Kontakt mit ihr zu treten, über Zurückweisung und Verlassenheitssituationen bis hin zu direkter Feindseligkeit seitens der Mutter und der Primärgruppe reichen können. Das Kind erfährt die Zurückweisung durch die Mutter als existenzielle Verlassenheitsangst und Vernichtungsdrohung. Die noch schwachen Ich-Grenzen des Kindes werden von inneren und äußeren Ich-fremden Inhalten und stressvollen Angstzuständen überwältigt. Unter diesen Umständen ist das Kind nicht in der Lage, flexible Grenzen gegenüber der inneren und äußeren Welt zu errichten. Da ihm konstruktive Sozialenergie, die zu einer vorteilhaften Entwicklung des Selbst bzw. der Humanstruktur genutzt werden könnte, nicht zur Verfügung steht, wird das Individuum den entsprechenden Bereich der äußeren Realität verleugnen, was zu einem tatsächlichen Erfahrungsdefizit führt. Der betreffende Mensch wird umgekehrt die Notwendigkeit verspüren, diese Erfahrungsunfähigkeit als etwas dem Ich fremdes zu verleugnen. Diese Erfahrungsunfähigkeit des Kindes kann in Entsprechung zu vergleichbaren Defiziten der Mutter und der Primärgruppe in dieser Hinsicht verstanden werden. Sie resultiert in defizitären Ich-Grenzen und entsprechenden Defiziten der Humanstruktur, die AMMON (1974) als 'Loch im Ich' bezeichnet hat. Die mit dem Trauma und den daraus resultierenden Defizi-

ten der Humanstruktur einhergehenden Gefühle der Angst und Aggression müssen vom Kind entweder verleugnet oder dissoziiert werden und bilden später den unbewussten Grund der destruktiven Aggression, die in manchen Fällen bis hin zur Suizidalität gesteigert ist. Obwohl der Aufbau und die Differenzierung der Humanstruktur durch das Trauma nicht blockiert wird und auch nach dem traumatischen Erleben voranschreitet, wird die Integration der Humanstruktur durch die verletzten und eingeschränkten Ich-Grenzen behindert und bleibt gestört. Folglich wird das Individuum aufgrund seiner unintegrierten Erfahrungen in einem Zustand diffuser Abhängigkeit verbleiben, bei gleichzeitiger Vermeidung von Kontakt, bedingt durch die Verleugnung archaischer Gefühle der Verlassenheit und Vernichtungsangst. AMMON beschrieb diese Defizite des Ichs bzw. der Humanstruktur als archaische Ich-Krankheiten, die durch frühe Bindungstraumata in einer Primärgruppe hervorgerufen werden, die nicht in der Lage ist, die Entwicklung eines Kindes zu unterstützen und zu fördern. In diesem Kontext erhält das Symptom die Funktion, das Loch, das durch die Defizite der Humanstruktur entstanden ist, zu füllen. Das Symptom wird zum Kommunikationsersatz für einen nicht integrierbaren Bereich der biografischen Erfahrung und zum Ersatz für das fehlende Gefühl der Ich-Identität und die defizitäre Ich-Abgrenzung.

Im Rahmen seiner Forschungen zur Kindesmisshandlung analysierte AMMON die typische Persönlichkeitsstruktur und Entwicklungsgeschichte misshandelnder Elternteile. Dabei zeigte sich, dass die Elternteile, die ihre Kinder misshandeln, in der Regel selbst als Kinder unter massiven Verlassenheitstraumata zu leiden hatten. Typischerweise wuchsen sie mit einer weitgehend identitätslosen Mutter auf, die das Kind narzisstisch ausbeutete um ihre eigenen strukturellen Defizite zu kompensieren. Als Kinder lebten sie dementsprechend unter der permanenten Drohung, verlassen zu werden und waren archaischen Vernichtungsängsten ausgesetzt. Darüber hinaus kam es im Kontakt von Kind und Primärgruppe wiederholt zu traumatischen Interaktionen, die mit extremen Gewalterfahrungen einhergingen. In dieser Situation entwickeln spätere Misshandler eine angepasste 'Als-ob-Persönlichkeit', die geeignet ist, äußere Zuwendung und Fürsorge zu erlangen und die innere Leere abzuwehren. Im Falle einer Enttäuschung der Erwartungen eines erwachsenen Misshandlers, wenn ihm narzisstische Zuwendung von außen versagt wird, oder schlimmer noch, wenn Trennung und Verlust in einer Beziehung drohen, erwächst aus den schwachen Ich-Grenzen des Betreffenden eine massive Bedrohung durch Ich-Diffusion. Die unbewusste Verlassenheits- und Vernichtungsangst wird durch

destruktive Aggression abgewehrt, was Impulsdurchbrüche zur Folge hat / haben kann, die sich bis zum Tötungswunsch gegen das sich verweigernde Objekt steigern können. Das Ausagieren destruktiver Aggression, z. B. in Form von Kindesmisshandlung, findet auf Seiten des Misshandlers häufig in einem depersonalisierten, quasi psychotischen Zustand statt.

Die zugrundeliegende Gruppendynamik im Falle von Vernachlässigung eines Kindes wurde von AMMON ebenfalls einer gründlichen Analyse unterzogen. In diesen Fällen ist die Gruppendynamik durch ein permanentes, wechselseitiges Im-Stich-lassen der Familienmitglieder gekennzeichnet. Die Angehörigen der Primärgruppe sind nicht in der Lage, einander emotional zu unterstützen. Häufig versuchen sie diese emotionalen Defizite durch Alkohol- und Drogenkonsum zu kompensieren. In dieser großen Bedürftigkeit der Familienmitglieder wird unbewusst von dem neu in die Familie geborenen Kind erwartet, dass es die Eltern versorgt, anstatt selbst Versorgung zu erwarten. Die Bedürftigkeit des Kindes wird dementsprechend von den Eltern unbewusst als Verweigerung von Versorgung erlebt und das Kind wird seinerseits mit Vernachlässigung bestraft. Im Gegensatz zu den offen destruktiv traumatisierenden Familiengruppen findet sich in der vernachlässigenden Gruppe ein diffuseres und zerbrechlicheres Kontaktmuster, das sich durch einen stärkeren symbiotischen Charakter auszeichnet. Die Familie ist hier nicht in der Lage, offen über Probleme zu diskutieren, der Kontakt bleibt vage und vielfach auf eine nonverbale Ebene beschränkt. Darüber hinaus ist die Familie nicht fähig, Grenzziehungen ihrer Mitglieder zu akzeptieren. Die Vernachlässigung des Kindes spiegelt die intensiven selbstzerstörerischen Tendenzen der anderen Familienmitglieder wieder, die wiederum im Kontext ihrer eigenen Traumatisierungen und daraus entstandenen humanstrukturellen Defizite zu verstehen sind.

Für Patienten mit frühen Traumatisierungen entwickelte Günter AMMON eine mehrdimensionales Behandlungskonzept, das insofern auf seinem humanstrukturellen Modell beruht, als die nachholende Persönlichkeitsentwicklung darin einen zentralen Stellenwert einnimmt. Um die durch das Trauma in entscheidender Hinsicht eingeschränkte Persönlichkeitsentwicklung nachholend wieder in Gang zu setzen, ist es von entscheidender Bedeutung, therapeutisch Ich-stärkend zu arbeiten und die Ressourcen des Patienten zu aktivieren und auszubauen. Die Verbündung des Therapeuten mit den sogenannten gesunden und konstruktiven Persönlichkeitsanteilen des Patienten ist für die Anfangsphase der Therapie nach AMMON von entscheidender Bedeutung. Um diese gesunden Anteile des Patienten zu identifizieren entwickelte AMMON ein eigenes diagnos-

tisches Schema, das er als 'Gesundheitsdiagnostik' bezeichnete. 1992 kommentierte AMMON die Anfangsphase des therapeutischen Prozesses mit traumatisierten Patienten dahingehend, dass zu Beginn die Therapie dem Patienten vor allem eine unterstützende Struktur zur Verfügung stellen soll, die es ihm ermöglicht, sich aus seinem akut desorganisierten Zustand zu lösen und sich zu stabilisieren. Hier ist es entscheidend, dass der Therapeut dem Patienten direkte Unterstützung zu Teil werden lässt und es vermeidet, die Äußerungen und Handlungen des Patienten zu analysieren. Der Fokus liegt also zu Anfang nicht auf der analytischen Arbeit an der Psychodynamik des Patienten und den damit zusammenhängenden Symptomen, sondern er erstreckt sich vor allem darauf, die 'extrem gefährdete Selbst-Integration' des Patienten zu stützen, was eine Stabilisierung seiner Abwehr mit einschließt. Wenn der Therapeut das Geschehen deuten würde, würde der Patient dies als eine weitere Verlassenheitserfahrung erleben und seine Angst würde dadurch noch zunehmen. Der Therapeut muss die existenzielle Angst des Patienten annehmen und sie 'aufbewahren'. Sie sollte als ein Ausdruck eines präödipalen Gefühls der Verlassenheit verstanden werden und ebenso als ein Zeichen real erlebter Vernachlässigung und Defizite in der Kindheit. Für die Stabilisierungsphase sind die nonverbalen Therapieformen, die Teil des von AMMON entwickelten integrierten Behandlungskonzepts der Dynamischen Psychiatrie sind, von besonderer Bedeutung. Für die Anfangsphase der Behandlung ist also die Etablierung einer vertrauensvollen therapeutischen Bindungsbeziehung zum Therapeuten, der als eine verlässliche Fürsorgeperson wahrgenommen werden soll, von zentraler Wichtigkeit. Von Anfang an sollte die Behandlung dabei die symbiotische Übertragungsdynamik berücksichtigen, die AMMON zufolge die sozialenergetischen Defizite wiederspiegelt, die aus der Vernachlässigung und Misshandlung des Patienten in der Kindheit entstanden ist, durch die seine Persönlichkeitsentwicklung zum Stillstand gekommen ist. Die von AMMON postulierte nachholende Ich-Entwicklung, durch die diese Defizite in der therapeutischen Beziehung nach und nach gefüllt werden sollen, erweitert also das analytische Konzept FREUDS (1914) von 'Erinnern, Wiederholen, Durcharbeiten' im Sinne von 'Erinnern, Wiederholen, Kompensation (Wiedergutmachung), Durcharbeiten'.

Der symbiotische Widerstand, der in der symbiotischen Übertragung enthalten ist, stellt einen wesentlichen Fokus der sich daran anschließenden therapeutischen Arbeit dar. Grundsätzlich ist der symbiotische Widerstand gegen jede Weiterentwicklung der Persönlichkeit gerichtet und muss von daher als eine Äußerungsform sozialenergetischen Defizits verstanden werden. Es handelt

sich dabei um ein 'Widerstandsdreieck' aus destruktivem Narzissmus, destruktiver Aggression und destruktiver Angst, das mit überwältigender Verlassenheits- und Vernichtungsangst einhergeht. Größenfantasien, aber auch die Angst vor zwischenmenschlichem Kontakt und vor dem Wahrgenommenwerden durch andere sind Teil des symbiotischen Widerstandes. Für die Therapie hat dies zur Konsequenz, dass jede Art von Konfrontation zunächst vermieden werden und stattdessen die Angst des Patienten empathisch angenommen werden sollte. Damit der Patient seiner Furcht begegnen kann, muss der Therapeut sich ihm zur Seite stellen, während der Patient lernen muss, seine Furcht auszuhalten, ein Lernprozess, der häufig von destruktiver Wut begleitet ist. Ein anderer Aspekt, der in diesem Kontext von Bedeutung ist, besteht darin, therapeutisch jede Beziehung zwischen der Vergangenheit und der Gegenwart ins Hier und Jetzt zu übersetzen. BATTEGAY betont, wie wichtig es ist, dass der Therapeut "in die Fantasiewelt des Patienten eintritt und ein ums andere Mal versucht, seinen autodestruktiven Tendenzen eine positive Wendung zu geben". (BATTEGAY 1992) Entscheidend für die erfolgreiche Arbeit am Widerstand ist, dass der Patient sich nach und nach innerlich von der internalisierten destruktiven Dynamik der Primärgruppe löst und beginnt, eine eigene Identität zu entwickeln. In diesem Sinne kann man davon sprechen, dass es sich bei der humanstrukturellen Dynamischen Psychiatrie um eine Identitätstherapie handelt. Das Prinzip beruht darauf, dem Patienten im Sinne gelingender eigener Identitätsentwicklung 'etwas Besseres als das Symptom anzubieten', ein Faktor, der im Verlauf des therapeutischen Prozesses umso wichtiger wird, je mehr die Widerstandsformation zum Tragen kommt. In diesem Sinne ist die Verbündung des Therapeuten mit den konstruktiven Persönlichkeitsanteilen des Patienten die Voraussetzung dafür, dass trotz massiver symbiotischer Widerstände der therapeutische Prozess gelingen und zu Ende geführt werden kann.

References

Ammon, G. (1974): Psychoanalyse und Psychosomatik. München: Pinel.

—— (1979a): Kindesmisshandlung. In: Geist und Psyche. München: Kindler.

—— (1979b): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie 1. München: Reinhardt.

—— (1982): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie 2. München: Reinhardt.

—— (1986): Der mehrdimensionale Mensch. München: Pinel.

—— (1992): Neurose und Schizophrenie – theoretische und klinische Erfahrungen und Konsequenzen. In: Dynamische Psychiatrie 25, 147-164.

—— (1994): Man as a multidimensional being in health and ilness. In: Dynamic Psychiatry 27, 307-314.

Ammon, M. (2002): Kindheit und Pubertät von schizophren strukturierten Patienten. Bonn: Psychiatrie-Verlag

Anzieu, D. (1971): Psychoanalytische Interpretation in großen Gruppen. In: Dynamic Psychiatry 4, 108-122.

Battegay, R. (1992): Grenzsituationen. Frankfurt: Fischer

Bowlby, J. (1998): Bindung: Historische Wurzeln, theoretische Konzepte und klinische Relevanz. In: G. Spangler, P. Zimmermann (Hrsg.): Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung. Stuttgart: Klett-Cotta, 17-26.

Buchholz, M. B. (2003): Relationen und Konvergenzen – Neue Perspektiven der Psychoanalyse. In: Psychotherapeuten-Journal 2, 87-96.

Butollo, W., Gavranidou, M., Maragkos, M. (1999): Entwicklung, Trauma, Bindung und Persönlichkeitsstörungen. In: Persönlichkeitsstörungen. Stuttgart: Schattauer 3, 53-63.

Carlson, V., Cicchetti, D., Barnett, D., Braunwald, K. (1989): Disorganised / disoriented attachment relationships in maltreated infants. In: Developmental Psychology 25, 525-531.

Cicchetti, D. (1987): Developmental psychopathology in infancy: Illustration from the study of maltreated youngsters. In: J. Consult. Clin. Psychol. 55, 837-845.

Cicchetti, D., Toth, S. (1995): Child maltreatment and attachment organisation: implications for intervention. In: S. Goldberg, R. Muir, J. Kerr (Eds.). Attachment theory: social, developmental, and clinical perspectives. London: The Analytical Press, 279-308.

Clauser, G. (1971): Die vorgeburtliche Entstehung der Sprache. Stuttgart: Enke.

Crittenden, P. M. (1985): Social networks, quality of child rearing and child development. Child Development 56, 209-241.

De Bellis, M. D., Keshavan, M., Clark, D., Casey, B., Giedd, J., Boring, A., Frustaci, K., Ryan, N. (1999): Developmental traumatology. Part 2. Brain development. In: Biological Psychiatry 45, 1271-1284.

Dlubis-Mertens, Karin (2004): Psychotherapie zum Aufbau neuer Nervenverbindungen? In: Deutsches Ärzteblatt Nr. 3, S. 127.

DSM IV (1994): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th Ed. Washington DC: American Psychiatric Association.

Endres, M., Hauser, S. (2002): Bindungstherapie in der Psychotherapie. München: Reinhardt.

Engfer, A. (1995): Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. In: Oerter u. Montada (Hrsg): Entwicklungspsychologie. Weinheim: PVU Verlag, S. 960-966.

Erickson, M. F., Egeland, B., Pianta, R. (1989): The effects of maltreatment on the development of young children. In: D. Cicchetti, V. Carlson (Ed.): Child Maltreatment: Theory and Research on the Causes of Child Abuse and Neglect. New York: Cambridge University, 674-684.

Fenichel, O. (1937): Der Begriff "Trauma" in der heutigen Psychoanalytischen Neurosenlehre. In: Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse 23.

Ferenczi, S. (1933/1964): Sprachverwirrung zwischen den Erwachsenen und dem Kind. Bern: Huber.

Fiedler, P. (2004): Ressourcenorientierte Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen. In: Psychotherapeuten-Journal 1, 4-13.

Fischer, G. (1986): Empirische Forschung zur Wirkung von Traumata bei Kindern und Jugendlichen. Kritik und Informationen zu einem wieder aktuellen Thema. In: Psyche 40, 145-161.

Fischer, G., Reddemann, L., Barwinsky-Fäh, R., Behring, R. (2003): Traumaadaptierte tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie. In: Psychotherapeut 48, 199-209.

Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Leigh, T., Kennedy, R., Mattoon, G., Target, M. (1995): Attachment, the reflective self and borderline states. In: S. Goldberg, R. Muir, J. Kerr (ed.): Attachment Theory. Hilsdale, NJ: The Analytic Press, 233-278.

Fonagy, P., Target, M., Steele, M., Steele, H., Leigh, T., Levinson, A., Kennedy, R. (1997): Morality,

disruptive behavior, borderline personality disorder, crime, and their relationships to security of attachment. In: L. Atkinson, K. J. Zucker (Eds.) Attachment and Psychopathology. New York: Guilford, pp. 223-274.

Freeman, Walter (1994).Societies of brains. Hillsdale, N.J.: Erlbaum.

Freud, S. (1914/1999): Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten. In: GW 10, Frankfurt: Fischer, S. 125-136.

—— (1939/1999): Der Mann Moses und die monotheistische Religion. In: GW 16, Frankfurt: Fischer, S. 101-246.

Fritze, J. (2000): Neurobiologie der posttraumatischen Belastungsstörung. In: P. Hartwich et al. (2000), S. 29-36.

Galley, N., Fischer, G., Hofmann, A. (2000): Psycho-biologische Grundlagen von Traumanachwirkungen. Psychotraumatologie 1. Stuttgart: Thieme.

Gebauer, K., Hüther, G. (2001a): Kinder brauchen Wurzeln. Göttingen: Walter.

—— (2001b): Kinder suchen Orientierung. Göttingen: Walter.

Gergely, G., Fonagy, P., Target, M. (2002): Attachment, Mentalization, and the Etiology of Borderline Personality Disorder. In: Selbstpsychologie 3, Nr. 1, Heft 7, 73-83.

Grossmann, K., Fremmer-Bombik, E., Rudolph, J., Grossmann, K. E. (1988): Maternal attachment representations as related to child-mother attachment patterns and maternal sensitivity and acceptance of her infant. In: R. A. Hinde, J. Stevenson-Hinde (Eds.): Relations within Families. Oxford: University Press, pp. 241-260.

Gunnar, M. (1998): Quality of early care and buffering of neuroendocrine stress reactions: Potential effects on the developing human brain. In: Preventative Medicine, 27, 208-211.

Hartwich, P., Haas, S., Maurar, K., Pflug, B., Schlegel, S. (Hrsg. 2000): Posttraumatische Erkrankungen. Konvergenz psychischer und somatischer Veränderungen. Sternenfels: Verlag Wissenschaft und Praxis.

Hau, E. M. (1973): Prä- und perinatale Milieufaktoren als Ursachen für die Beunruhigung der Nachkriegsgeneration. In: G. H. Graber (Hrsg): Pränatale Psychologie. München: Kindler.

Hauser, S. (2001): Trauma – der unverarbeitete Bindungsstatus im Adult Attachment Interview. In: G. Gloger-Tippelt (Hrsg). Bindung im erwachsenem Alter. Bern: Huber.

Hertsgaard, L., Gunnar, M., Erickson, M. P., Nachmias (1995): Adre-nocortical response to the strange situation in infants with disorganized / disoriented attachment relationships. In: Child Development 66, 1100-1106

Hidalgo, R. B., Davidson, J. R. (2000): Posttraumatic stress disorder: Epidemiology and health-related considerations. In: Journal of Clinical Psychiatry 61 (suppl. 7), 5-13.

Hirsch, M. (2004): Psychoanalytische Traumatologie – Das Trauma in der Familie. Stuttgart: Schattauer.

Horowitz, Mardi J. (1976/1986): Stress Response Syndromes. 2nd ed. New York: Jason Aronson.

Huber, M. (2003a): Trauma und die Folgen – Trauma und die Traumabehandlung, Teil 1, Paderborn: Jungfermann.

—— (2003b): Trauma und die Folgen - Wege der Traumabehandlung, Teil 2, Paderborn: Jungfermann.

—— (2004): Was heißt hier Täter-Opfer-Spaltung? In: Psychotherapeutenforum 11, Nr. 1, S. 5-21.

Hüther, G. (1997): Biologie der Angst. Wie aus Stress Gefühle werden. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

—— (1999): Wenn der Schweiß ausbricht. Interview mit M. Goetsch. In: Deutsches Allgemeines Sonntagsblatt, Nr. 4, S. 10.

—— (2001): Die neurologischen Auswirkungen von Angst und Stress und die Verarbeitung traumatischer Erinnerungen. In: A. Streeck-Fischer et. al. (Hrsg. 2001): Körper, Seele, Trauma. Biologie, Klinik und Praxis. Göttingen: Vandenhoek u. Ruprecht.

Janet, P. (1889): L'automatisme psychologique. Paris: Alcan.

Kandel, E. R. (1998): A new intellectual framework for psychiatry. In: Am J Psychiatry 155, 457-469.

Khan, M. M. R. (1963): The concept of cumulative trauma. In: Psychoanal. Study Child 18, 286-306.

Kirshner, L. A. (1994): Trauma, the good object, and the symbolic: a theoretical integration. In: Int. J. Psychoanal. 28, 235-242.

Liley, M. (1969): Moderne Mutterschaft. München: Scherz.

Liotti, G. (1992): Disorganized / disoriented attachment in the etiology of the dissociative disorders. In: Dissociation: Progress in the dissociative disorders, Vol. 5, 196-204.

Main, M., Kaplan, N., Cassidy, J. (1985): Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. Monographs of the Society for Research in Child Development 50, pp. 66-104

Main, M., Salomon, J. (1986): Discovery of an insecure-disorganized / disoriented attachment pattern: Procedures, findings and implications for the classification of behaviour. In: T. B. Brazelton & M. Yogman (Hrsg.) Affective development in infancy. Norwood, N. J.: Ablex, 95-124.

Melges, F. T, Swartz, M. S. (1989): Oscillations of attachment in borderline personality disorder. In: Am. J. Psychiatry 146, 1115-1120.

Niederland, W. G. (1978): Der Fall Schreber, Frankfurt: Fischer.

Obergrießer, T., Ende, G., Braus, D. F., Henn, F. A. (2003): Long-term follow-up of magnetic resonance detectable choline signal changes in the hippocampus of patients treated with electroconvulsive therapy. Journal of Clinical Psychiatry nr. 64, pp. 775-780.

Pilkonis, P. (1988): Personality prototypes among depressives: themes of dependency and autonomy. In: J. Pers. Disord. 2, 144-152.

Pines, M. (2001): There is something more. Some ways in which group analysis heals: moments of meeting. In. Dynamic Psychiatry 34, 155-166.

Plänkers, T. (2003): Trieb, Objekt, Raum. Veränderungen im psychoanalytischen Verständnis der Angst. In: Psyche 57, 487-522.

Pollak, S., Cicchetti, D., Klorman, R. (1998): Stress memory and emotion. Developmental consideration for the study of child maltreatment. In: Developmental Psychopathology 10, 811- 828.

Post, R., Weiss, S., Leverich, G. (1994): Recurrent affective disorder: Roots in developmental neurobiology and illness progression based on changes in gene expression. In: Development and Psychopathology 6, 781-813.

Putnam, F. W. (1993): Dissociative disorders in children behavioural profiles and problems. In: Child Abuse and Neglect 16, 39-45.

Reddemann, L., Sachsse, U. (1999): Trauma First! In: Persönlichkeitsstörungen 3, 16-20.

Rottmann, G. (1973): Untersuchungen über Einstellungen zur Schwangerschaft und zur fötalen Entwicklung. In: Graber, G. H. (Hrsg.) Pränatale Psychologie. Die Erforschung vorgeburtlicher Wahrnehmungen und Empfindungen. München: Kindler.

Schindler, W. (1973): Das Selbst und die Gruppenanalyse. In: Dynamic Psychiatry 6, 165-176.

Schore, A. N. (2001): The effect of insecure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. In: Infant Mental Health Journal 22, 7-66.

Spangler, G., Grossmann, K. E. (1999): Biobehavioral organization in securely and insecurily attached infants. In: Child Development 64, 1439-1450.

Sperling, M. B., Sharp, I. L., Fisher, P. H. (1991): On the nature of attachment in a borderline population: A preliminary investigation. In: Psychol. Review 68, 543-546.

Spiegel, D., Cardena, E. (1991): Disintegrated experience: the dissociative disorders revisited. In: Journal of Abnormal Psychology 100, 366-378.

Streeck-Fischer, A., (2000): Psychose und Trauma. Verrückungen als Traumafolge. In: T. Müller, N. Matejew (Hrsg.). Ätiopathogenese psychotischer Erkrankungen. Göttingen: Vandenhoeck u. Rup-

recht.
Swett, C., Surrey, J., Cohen, C. (1990): Sexual and physical abuse histories and psychiatric symptoms among female psychiatric outpatients. In: Am. J. Psychiatry 34, 903-918.

Teicher, M. H., Glod, C. A., Surrey, J., Swett, C. (1993): Early childhood abuse and limbic system ratings in adult psychiatric outpatients. In: Journal of Neuropsychiatry and clinical Neurosciences 5, 301-306.

Terr, L. (1995): Schreckliches Vergessen, heilsames Erinnern. Traumatische Erfahrungen drängen ans Licht. München: Kindler.

Winnicott, D. W. (1960): The theory of the parent-infant relationship. In: International Journal of Psychoanalysis 41, 585-595.

—— (1965): Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. München: Kindler.

Van der Kolk, B. A., Ducey, C. P. (1989): The psychological processing of traumatic experience. Rorschach pattern in PTSD. In: Journal of Traumatic Stress 2, 259-265.

Van der Kolk, B. A., McFarlane, A. C., Weisaeth, L. (1996): Trauma and Memory. New York. In: Traumatic Stress 1996, 279-302.

Van der Kolk, B. A., Perry, J. C., Herman, J. L. (1991): Childhood origins of self-destructive behavior. In: American Journal of Psychiatry 148, 1665-1671.

Young, L. (1992): Sexual abuse and the problem of embodiment. In: Child Abuse and Neglect 16, 89-100.

About the Author

Dr. phil. Maria Ammon, Dipl.-Psych.

ist Psychoanalytikerin, Gruppenpsychotherapeutin, Psychologische Psychotherapeutin, Klinische Psychologin, Lehr- und Kontrollanalytikerin, Präsidentin der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), therapeutische Geschäftsführerin der Dynamisch Psychiatrischen Klinik Menterschwaige, München, Leiterin des Berliner Lehr- und Forschungsinstituts für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik, Secretary General der World Association for Dynamic Psychiatry (WADP)

Address

Dr. phil. Maria Ammon
Meierottostraße 1
D-10719 Berlin

Birth and Intrafamily Trauma, Ambivalent Attachment. Psychic Disorders and Tensions between Groups and Nations

Raymond Battegay (Basel)

The birth of a human being into a cold world causes early frustration and, as Otto RANK (1924) has described it, a 'birth trauma', which seems to be experienced—unconsciously—by all humans as a narcissistic injury. Because the desired compensatory fusion with near objects, be it by love or by power, is not possible as was the case in the uterus, already children begin to etablish projective identifications and to see their own aggressions in others. A similar process in entire groups or nations may lead to belligerent relationships or even wars. The primal narcisstic injury, however, may also be the origin of human eagerness to survive on one's own merits. But, as is well known, early life history also has a decisive influence on further development: The more a child is traumatized by the repeated experience of expressed parental emotions, double-binds and devaluation of him- or herself, the more that child remains ambivalently attached to his or her parents or other important persons. On the one hand, such a child will always seek the confirmation of the parents; on the other hand, since the child repeatedly experiences frustrations in an endless hope for recognition, he or she will develop aggressions against them. From such conflicts and deficiency experiences as well as from guilt feelings emerging from this fact, the child may develop life-long narcissistic or borderline personality disorders, depressions or, if there is a disposition for a fragmentation-prone ego, even develop a psychotic state. Among other therapeutic measures, it will always be necessary to strengthen the person's self and by this the person's self-confidence, and to help the person learn to delimit his or her ego.

Keywords: narcissistic injury, projective identification, ambivalent attachment survival of old traumatization

During intrauterine life humans generally live in a protected milieu. If, however, the mother lives in an emotionally traumatizing enviroment, or if she experiences a severe trauma the fetus may be seriously damaged. According to GREENACRE (1952, quoted in: BÜRGIN 1982) certain anxiety states suffered by a child, for example phobias, are caused not only by the mother-child relationship after birth, but also by traumatizing moods of mother during pregnancy. HUTTUNEN and NISKANEN (1978) recognized in children who had lost their father between the third and the fifth or between the nineth and the tenth month of their intrauterine life more mental disorders than in childern of a control-

group who had lost their father during their first year of life. We conclude that if a pregnant woman is traumatized acutely or over a long period of time, the uterus does not protect the embryo enough since maternal excitations following serious and especially long-term traumatizations are transferred to the child.

Otto RANK (1924), in his book 'The trauma of birth', thought that each individual experiences birth—unconsciously—as a trauma. No longer can the child remain in a close symbiosis with the mother, and rather is all of a sudden confronted with an environment experienced as relatively cool with respect to temperature and emotional attention. Against this theory it was often argued that the brain of the new-born is not yet developed so far that it could retain the process of birth. We have, however, to consider that such early deep and eventually life-threatening events as birth may be stored on a subcortical level and thus remain in one's unconscious. In critical episodes of life, especially after a severe psychotrauma, as it is my experience, dreams may appear, in which the concerned people revive a situation of birth in which they, for example, are driven in a stream of water experiencing a kind of mortal dread. E. James LIEBERMAN writes in his introduction to the German edition of RANK (1998):

> Nowadays we often no longer think of the extent to which FREUD's psychology before the appearance of RANK's book was father-centered ... Today it is for us obvious that the mother-child relation is essential in the earliest phase of formative development ... In summary, it can be said: We are driven out by force from an intrauterine state of happiness, menaced underway by asphyxia ... We repress the trauma of birth and the reminiscence of the state of happiness that lay before it ... We are literally rooted in life by a breath-taking anxiety that, on the one hand, hinders us from regressing on the state of fetal unconsciousness and, on the other hand, from killing ourselves ... (LIEBERMAN 1993, quoted in: RANK 1998, pp. VII-XIV; author's translation)

Our birth into a cold world is accompanied by our howling, which may sound like a protest against that fact and can be appeased only by being put to the mother's chest or eventually in a warm bath. This early frustration by birth may explain our eagerness to overcome in life this early narcissistic trauma, seeking both attention and gratification by performences as well as power over others. The most archaic form of relationship of a human is, therefore, the narcissistic-fusional desire to be surrounded by equals or at least equally minded people who are experienced as reinforcing his or her self. Since this total fusion with objects by love or by power is never completely possible, it quickly provokes—as the ego in the second and third year of life begins to be established—projective identification (Melanie KLEIN 1946) by which one's own

aggressions are seen in the related persons. This archaic ambivalent relationship toward other individuals can also be seen between two groups or nations, which may even trigger wars between them. In other words, a similar process as found after birth until the second or third year of life may revive and lead in emotionally loaded situations dominated by regressive archaic expectations and projections between two or more peoples to a belligerent relationship.

But the further development of a child may also be disturbed if the child is traumatized by the repeated experience of expressed parental emotions, double-binds, devaluation of self and menacing negative verbal evaluations of the future. All these behaviour and expression patterns of the parents generally lead later on to serious damage in the realm of narcissism with insufficient self-assertiveness and reduced or missing capacity to invest id, ego and super-ego as well as the body narcissistically. Such persons, therefore, only ambivalently or not at all take risks in their life; they experience anxieties when they should be making decisions; they devaluate themselves and have a tendency toward depression. Since their ego remains only insufficiently invested narcistically, they may have a negative image of themselves and even become suicidal. If there is no or not enough narcissistic investment of the super-ego, such people will, during their whole life, be submitted to a demanding and merciless bad conscience and therefore always be ambivalently bound to their parents. On the one hand, they will try to live according to their expectations, whereas on the other hand, they harbour aggressions against them. Not seldom do they also suffer from somatic pains in various realms of their body and tend toward hypochondric observation of their somatic conditions and functioning because they are unable to invest narcisstically their body in a sufficient way.

All of these conditions were present in a scholar of approximately 35 years of age who came to me for psychoanalytic treatment. He was the son of a mother who had been born as an illegitimate child and who had compensated it through a strict observation of law and order. The patient's father was a mother-bound administrator who before his marriage had always tended to fulfil his mother's expectations—and now those of his wife, who had much more ego-strength than her husband. Because during the first eight years of their marriage they did not conceive a child, they adopted a young girl and educated her apparently in a correct way until the mother got pregnant and finally gave birth to their son, my patient.

From then on the mother behaved more and more cruelly toward the girl. As soon the boy could understand what was going on with his stepsister, at appro-

ximately three to four years of age, he experienced the behaviour of his mother toward her as shocking. The scenes in which she disqualified her adoptive daughter and shouted at her were traumatic to him. She was nearly eight years older than he, and when he was ten years old the parents no longer wanted to have her at home. In fact they undertook steps to retract the adoption and eventually sent her away.

The measures taken by mother and approved by father left a deep injurious impression on the boy. On the one hand, he could never forget the hardship caused to his stepsister and was sad because of that; on the other hand, he had to recognize in himself that he fell also glad that she has gone, and that he was now alone with his parents. Because of his ambivalence concerning the treatment of his stepsister by his mother and father he developed guilt feelings that always remained. These emerged in his psychoanalytic treatment.

In his associations and dreams it became evident that his mother behaved very strictly also with him and tried to control all of his actions and thoughts. When he came into puberty she asked him about his masturbation habits and gave him the impression that this should not be occurring, and that he should confess to her what he had done. When he behaved in a way other than his mother had expected, she said to him in a menacing way that he "someday will see what happens if he continues to act in this way."

The father, who had attained a rather high managerial position and sufferend from episodes of middle-range depression, supported his wife's attitude and gave his son the impression that he always expected that he would fail in college and later on at the university and in his academic career. When his wife said to her son in a disapproval of his handling of his affairs: "You will once surely break your skull if you continue in this manner," he clearly showed that he agreed with that statement.

Also, after the patient had married a quiet and modest, intelligent woman he had known some years, his mother and especially her warnings concerning his future were to have an enormous influence on him. He became very ambivalent toward his wife, and they were separated for several months. But then he recognized that she has a rich internal life and artistic capacities. So he remained with her, and they now have a daughter who is studying languages at the university. He once tried to end the psychoanalytic treatment of one hour a week after six years, but four years later he came again and complained that he still suffers especially at his administrative job from a fear that something he had organized might fail. In such times he awakens during the night several

times.

In the 712th session of this analysis he told the following two dreams:

1. "A person, who could be my father or partly me, laid himself in a flat coffin, though still living. I closed the coffin, but looked that he could still breathe. Later he said: 'If my mother dies, something active in me also dies. It would be nice if it were my neurosis.'"
2. "I thought of a difficult task I had to solve and asked myself whether I have evaluated the steps to take by my business correctly or whether I failed and our business organization would therefore be in danger."

I interpreted the two dreams by saying that he is aware of the traumatizations he suffered in his childhood mostly through his mother, and that he has, therefore, not only not developed enough self-confidence, but also a feeling that whatever he undertakes must fail. I enumerated some traumas such as the ambivalently experienced forced departure of his stepsister, which caused in him guilt feelings and perhaps the expectation of being punished for it later on; the control of his masturbation trough his mother; her warning that if he continues to act in his accustomed way he will break his skull etc.

I added that his father, himself depressive, plays still a certain role in his traumatizations. I tried to explain to him that his mother, with her controlling attitude and her anxiety-provoking prophecies as well as her tendency to diminish his self-assertiveness, caused his traumatic experiences, which act in his unconscious to the present day and influence his dreams and his feelings in everyday life.

The history of this man, who now comes no longer weekly but only monthly to an analytic session, clearly shows how a long-lasting traumatization from childhood by a mother or father or eventually by both parents may result in a life-long suffering of that individual and an ambivalent attachment to the parents. This tendency explains why one's superego may take over for a life the role of the menacing, devaluating parents.

In the present case we do not know whether there was also an inherent tendency to depression in this man as apparently was the case with his father; but even if that were not the case, it is often difficult even in an analytic psychotherapy to overcome totally the injuries of early long-lasting traumatizations. Nevertheless, this patient, through analytic therapy and the insight he gained by it, became much better able to have a generally happy life as husband and father, and to fulfil his professional tasks.

But, what in the case of this academician is so impressive is the fact that a trauma such as the maltreatment of the stepsister in his presence (and her final expulsion from at home during his childhood) had such long-lasting consequences on him even after extensive psychoanlatytic treatment. The menacing prophecies of his mother, confirmed by his father, concerning the consequences of masturbation as well as the negative outcome of his life were additional traumas that remained in his memory for many years and disturbed his life severely. This man was confronted even in early childhood with his mother's cold affectivity toward the stepsister which later on, when the stepsister was driven out of the family, was directed toward him when she warned him again and again that he would fail in life if he did not fulfil her demands. Also, control of his masturbation practices led to an ambivalent relationship with his mother, which could be interpreted as being of oedipal origin.

I think, however, that he was even injured in a pregenital phase. Because of maternal deprivation (BOWLBY 1951) and his mother's misbehavior he was so seriously traumatized and full of anxieties that he eventually suffered from a serious lack of self-confidence and developed a narcissistic personality disorder in the sense of KOHUT (1971), with a dependency especially on his mother and an ambivalent attachment to her. MCFARLANE et al. (1996) write of such people, who tend to reenact their traumas by retraumatizing themselves and/or by traumatizing other human beings, both within and outside of their own families.

The man I have described is not an individual who shows in a demonstrative way what he suffers from, but rather one who revives the traumas in emotionally difficult situations in himself and is tormented by continual self-doubts, guilt feelings, and respective anxieties. But such mistreatment does not remain so very near to the conscious level in all severely traumatized individuals from early childhood on as was the case with the patient mentioned above. In the middle of June 1997, a 48-year-old woman who had worked until one month previously as a secretary in the translation-department of a large company reported to me that she has received her dismissal notice four months before. The man responsible for the employees had told her that they would soon close the department in which she works.

But, as she told me, she has been suffering for many years—at least since her youth—from depression and had been in psychiatric treatment when she was twenty years old. She had been born in a small village of the French speaking part of Switzerland. Her father was an emotionally cool mechanic who rarely

spoke with his daughter and was usually very silent and uncommunicative, though he could have occasional traumatizing aggressive outbursts.

Her mother was a sensitive woman with a fragile constitution who could not protect her daughter enough against the father. When the patient was three years old, her mother gave birth to a brother. In her seventh year of life the mother came down with leukemia, and the daughter had to help care for her.

After a few weeks the grandmother came to live with the family and helped to care for her own daughter. But the degrading state of health of her mother permanently provoked anxiety in my patient. The mother was ill seven and a half long years, and when she finally died, her daughter and her son were left with the father, who had no empathy for his children and was still prone to emotional outbursts. Further shocks happened to her when grandmother soon left the family and when the brother showed initial symptoms of multiple sclerosis only a few years later. In addition, four years after the death of her mother, the father remarried, so that a woman foreign to my patient came into the household.

In the meantime the patient had left home at sixteen and had begun an apprenticeship to become a secretary. Nevertheless she could never truly enjoy her life; most of the time she was in depressive mood and had only a few acquaintancies, mainly with female colleagues from where she worked. From the age of 25 to 41 she had a friend 24 years her senior. During this time she felt a little less anxious and experienced more security. But she did not show any independent initiative and lived totally according to the ideas and expectations of her friend. But after 15 years of her living together with him, he suddenly died of a heart attack in her arms.

This event again heavily traumatized her and she no longer dared to leave the town she lived in. And when she did try to leave for a while and travel by train for a visit with her father she suffered from claustrophobia accompanied by a panic attack. Although her health insurance was ready to pay her 90% of my fee she came only once a month to see me. She seemed to be ambivalently attached to me and feared spending too much money if she visited a psychotherapist too often. The result of the treatment was not very impressive. At least she could speak once a month with somebody who understood her, and she seemed to be relaxed after the therapy sessions. Also, the panic attacks now only seldom occurred. But mainly she retained her profound general anxiety.

If we look back at her early childhood, it can be presumed that the patient's father did not really care much about her and traumatized her before by his

aggressive and menacing verbal outbursts. A severe traumatization for her was also the life-threatening illness of her mother, which began when she was seven years old and ended by the mother's death when she was fifteen years old.

Certainly the growing feebleness of her mother had caused further traumas to the daughter, who by her devotion to her may have hoped that she could save her. That her mother at the end of this period of careful attention and attachment died was, however, not only a severe trauma to the daughter, but also the beginning of a life of solitude, interrupted only during the 15 years of her partnership with an older man on whom she could transfer the imago of a good father (her own father representing a bad one).

That relationship, however, did not essentially change her pattern of life. With her insufficient self she invested the little narcissism she had left in her friend, and after he died she lost even the last object she was attached to. During all years thereafter she developed only transient relationships to other persons whom she experienced mostly as initially good, but after a relative short time as bad objects. Her defence mechanisms became more rigid and finally there remained almost only the contact with the therapist. That she did not want to see him more than once a month proved, as mentioned, that she had developed an ambivalent relationship even toward him.

One can say summarizing, that this woman had developed a borderline personality disorder, triggered by psychotraumas she had suffered in her childhood and accentuated by the later loss of her friend. This disorder often is the result not only of a genetic predisposition, but also of early traumatizations and/or the early loss or the fear of early losing a cherished person, for example, one's mother, to which the concerned person was very much attached. The communication of such people with others becomes very disturbed—even with persons who pay them great attention such as a psychotherapist. They enter into an ambivalent relationship with them which is characterized by the splitting of the object image once experienced as good, and once seen as bad and menacing.

Liotti and Pasquini (2000), two psychotherapists of the APC School of Psychotherapy of Rome, Italy, tested the hypothesis that serious losses in the life of the attachment figure and patients' early traumatic experiences are risk factors for the development of borderline personality disorder.

In a multicentric hospital-based case-control study they examined 66 cases and 146 controls and found an odds ratio of 2.5 (95% CI 1.1-5.8) for mothers'

serious losses experienced within two years after patients' birth, and an odds ratio of 5.3 (95% CI 2.1-13) for patients' early traumatic experiences. Both values were adjusted to reflect the confounding effect of the other as well as that of age, size of family and type of patient (in- or outpatient), using a multiple logistic function. The authors concluded that a mourning process for the mother within two years after the patient's birth and a patient's early traumatic experiences are predictive factors for the development of borderline personality disorders.

JAFFEE et al. (2004) of the Department of Psychology of the University of Pennsylvania (Philadelphia) tested the well-documented finding that physical maltreatment predicts later antisocial behaviour. In their opinion this development has at least two explanations:

1. Physical maltreatment directly causes antisocial behaviour,
2. genetic factors transmitted from parents to children influence the likelihood that parents will be abusive and that children will engage in antisocial behaviour.

The authors tested theses hypotheses in a representative environmental-risk cohort of 1116 twin pairs and their families, who were assessed when the twins were five and seven years old. Mothers reported on their children's experience of physical maltreatment, and mothers and teachers reported on the children's antisocial behaviour. The findings of the authors support the hypothesis that physical maltreatment plays a causal role in the development of children's antisocial behaviour, and that preventing maltreatment can prevent its violent consequences.

Nevertheless, we may presume that not in all cases of early psychotraumatic experiences, even when they are caused by a cold or a mourning mother to which an infant or a small child was always attached, does the concerned child and later adult develop a borderline-personality disorder. As the first vignette case study shows, other psychopathological developments are also possible, and an exact prognosis can never be made concerning a disorder a person will suffer later on. FREUD and BREUER (1893/1955) noted in their 'Studies on Hysteria' that the different symptoms of this disorder are due to a traumatic experience during childhood. They spoke, however, in this context of a single trauma that may lie at the origin of hysteric symptoms and may last for many years.

Now we know that hysteric—today we would say histrionic—manifestations

are generally not the product of a single psychotrauma, but rather of a long-lasting or repeatedly occurring traumatizing situation. Further, it is known that a continual lack of maternal attention and care may equally lead to the development of narcissistic or borderline-personality disorders or neurotic disturbances, but also to depressions and, in the presence of certain vulnerability, even schizophrenia.

BIFULCO et al. (2002) of the Social and Political Science Department of the University of London undertook an investigation of intergenerational factors associated with psychiatric disorders in late adolescence/early adulthhood in order to differentiate the influences on offspring from maternal disorders, poor maternal psychosocial functioning and poor parenting. Their investigation comprised an intensively studied series of 276 mother-offspring pairs in a relatively deprived inner-city London area with high rates of single parenthood and socioeconomic disadvantage.

The sample was collected over two time periods: first, a consecutively screened series of mothers and their offspring in the years 1985-90 (n=172 pairs), and second a 'vulnerable' series of mothers and their offspring in the years 1995-99 (n=104 pairs). The vulnerable mothers were selected for having poor interpersonal functioning and/or low self-esteem, and the consecutive series were used for comparison. Rates of childhood adversity and disorder in the offspring were examined in the two groups. Maternal characteristics including psychosocial vulnerability and depression were then examined in relation to risk transmission.

The authors report about the following results: The offspring of vulnerable mothers had a fourfold higher rate of disorder (per year) than those in the comparison series (43% vs. 11%, $p<.001$). They were twice as likely as those in the comparison series to have experienced childhood adversity comprising either severe neglect, physical or sexual abuse before age 17. Physical abuse, in particular, perpetrated either by the mother or father/surrogate father was significantly higher in the vulnerable group. The analysis of the combined series showed that maternal vulnerability and neglect/abuse of offspring provided the best model for offspring disorder. Maternal history of depression had no direct effect on offspring disorder; its effects were entirely mediated by offspring neglect/abuse. Also, maternal childhood adversity had no direct effect. The authors conclude that on offspring maternal poor psychosocial functioning needs to be identified as a factor requiring intervention in order to stem the escalation of risk across generations. This inquiry shows that vulnerable mothers

with their deficiency in psychosocial functioning represent—be it by neglect or physical or sexual traumatization by the mother, father or a surrogate father—a relatively high risk of their children developing mental disorders.

We may also presume that maternal neglect may have the qualitatively same effect as active traumatization. Astonishing seems only the fact that, according to the above-mentioned authors, there is no direct influence of maternal history of depression on disorders of the offspring. Paulina KERNBERG (1982, quoted in: BATTEGAY 1991), however, has observed that infants whose mothers are depressive and who do not respond to their children's mimic expressions as well as their eye and voice signals give up looking at them after three minutes and remain passive. This loss of responsiveness is a symptom of severe depression, so that one can conclude, according to this author, that depression of the mother is experienced by the infant like any other form of neglect.

DONOVAN and MCINTYRE (1990) in their book 'Healing the Hurt Child: A Developmental-Contextual Approach' used for the first time the word 'traumatology.' They delimited it from the surgical traumatology and dealt with the long-term effects of mental traumatization of children. FISCHER and RIEDESSER (1999), in the context of mental injuries and their negative consequences to the concerned people, created the term 'psychotraumatology'. The two authors made the following comment in this regard:

> The injuries ... with which the new realm deals concern not primarily the body and are not vaguely conceptualized by the 'social realm'. We are concerned with neither a behaviouristic 'black box' nor any other construct, but rather with the human being who is prone to injuries, who is perceiving him- or herself, who behaves when menaced and injured on the basis of elementary needs; and when he or she is not treated with human dignity and freedom. (FISCHER, RIEDESSER 1999, p. 18, author's translation)

FISCHER and RIEDESSER ask: "Is 'trauma' essentially an event or an experience?" Subjectively, a trauma is an unbearable experience, though nevertheless the objective point of view of the event is also important, because not all individuals react in the same way to an event that could have a traumatizing effect. It is, therefore, necessary to evaluate the—subjective—experience and the—objective—event in their reciprocal relationship. The authors differentiate three factors:

1. the traumatic situation, characterized by the traumatic conditions of the environment and the subjective attribution of significance to them;
2. the traumatic reaction, which follows the overwhelming, life-endangering

and often incomprehensible experience;

3. the traumatic process, which may eventually lead to life-long consequences for the comprehension of oneself and the world.

If we look back with the criteria of FISCHER and RIEDESSER in mind at the client mentioned above who had experienced the maltreatment of his stepsister since early childhood as well as her expulsion by the mother with the consent of the father we notice that he was forced to live in a menacing environment that caused him anxieties he never could overcome. This was a traumatic process that provided the basis on which all later traumatizations by his mother and his father with their menacing prophecies were superposed, increasing his anxieties. In his professional life, having gone through situations in which he had to make important decisions, he went through crises lasting several days in which he repeatedly thought of his mother's words. Even when he had objectively made a good decision, he feared it would lead to a catastrophe for the company he worked for.

This was also the case even years after mother had died. This man had developed an ambivalent attachment to his mother which, on the one hand, led to a long-lasting dependence on her and, on the other hand, to hostility toward her which he almost did not dare to entertain. During psychoanalytic therapy with him it was, therefore, repeatedly necessary to interpret his durable, yet ambivalent, attachment to mother as a sign that her imago became an essential part of his superego which still looms over him even after years of psychoanalytic treatment, although in a less dominant way than earlier, and hinders his enjoying a successful life. He had developed a narcissistic personality disorder in the sense of KOHUT (1971) with weak self-assertiveness and thus an insufficiency to invest his ego, id and superego as well as his body narcissistically.

Because of this missing narcissistic investment of his superego during long psychoanalytic treatment he was only very slowly able to reduce his ambivalent attachment to his mother. That his father suffered from depression may, however, also indicate that the patient was genetically highly vulnerable and prone to react with the psychopathology mentioned and even to develop it further.

KARDINER (1941) in his book 'The traumatic neuroses of war,' based on his own observations of war, observed that people who suffer from traumatic neuroses have a higher vigilance and sensivity with respect to the conditions of environment. He described extreme physiological arousal reactions in patients

of this background, who developed a greater sensivitiy, for example, to pains and sudden tactile stimuli. There was a lower threshold for acute anxiety and panic attacks or attacks of aggression, triggered by a sudden remembrance of the trauma. Following extreme traumatizations such as those in concentrations camps, cases of torture, life-threatening situations, being kept as a hostage, terroristic acts, war experiences etc., syptoms of posltraumatic stress disorder may persist and lead to a permanent personality change. Whereas these extreme traumatizations cause chronic disorders in many persons, the development of long-term posttraumatic disturbances from more common traumas is general also due to a predisposing vulnerability.

The above-mentioned 48-year-old woman experienced the sudden death of her friend 24 years her senior as an extreme trauma evoking the same anxiety and depressions in her as the early traumatizing outbursts of her father and the trauma of the serious illness of her mother since she was seven years old and her death 7½ years later. She was very much attached to her friend, was indeed totally dependent on him, and after he died she was still—ambivalently bound to him. This attachment found its repetition in the relationship toward her psychiatrist. On the one hand, she liked to come to him for psychotherapy, though on the other hand, she did not want to come more than once a month. Apparently she had developed an ambivalent relationship toward him as well.

Statistical studies by EITINGER and STRAIN (1973) of Oslo/Norway showed that, compared to a control group of Norwegians, the post-war morbidity of people who were in a concentration camp was significantly higher. Also the mortality of these people was significantly higher than in the general population, especially in younger years. It could, therefore, be proven in these studies that severe psychotraumatic experiences that last a long time may seriously disturb the mental and somatic functions as well as deteriorate the life expectancy.

Investigations concerning 960,000 veterans of the Vietnam war showed that, 20 years later, 15.2% suffered still from posttraumatic stress disorder (MCFARLANE et al. 1996). The fact that such a relatively high percentage of soldiers still show symptoms of severe traumatizations through their war experiences is a sign that neurobiological processes occur in the brain which are very complex and deep. Typical for posttraumatic stress disorders according to the International Classification of Psychic Disorders of the World Health Organization (F 43.1 ICD-10, 1991) is especially the repeated experience of the trauma or the traumatic situation with the recollection of it being forced upon the concerned people through dreams and nightmares. These symptoms

occur often against the background of a feeling of emotional apathy as well as indifference toward other humans.

Occasionaly, acute anxiety, panic or aggression attacks triggered by sudden recollections of the trauma appear accompanied by depression and suicidality. These disorders may last a long time or even one's whole life, a fact considered in F 62.0 ICD-10, which classifies the already mentioned persisting personalitiy changes after extreme stress experiences. The characteristic symptoms of prolonged posttraumatic stress disorders correspond highly to what was described in the cases of the two patients mentioned earlier. In posttraumatic stress disorder, especially when it lasts a long time and results in a total personalitiy change, may be observed as an attachment to the traumatic situation or even to the perpetrators, and mostly as an ambivalent attachment.

This was the case with a Jewish professor of a Swiss university who had grown up in a large town of Poland and who had as a young man of approximately 17 years experienced the German occupation. He had lived with his parents and they were all three taken away by the SS and could Lake almost nothing with them. They had to walk in columns on the street, and when he saw a house under construction he ran away from his parents and the others and into this building. There he saw his parents walking with the others for the last time. They all were exterminated in Auschwitz. He saved his own life, but in the end was captured and brought to the same concentration camp where his parents had died.

During the approximately two years in the camp he saw many atrocities; he suffered from hunger and had a very poor state of health. But he survived, and he was able despite his poor health to enjoy the liberation by the Americans. They look him to a hospital where he was diagnosed with a serious case of tuberculosis. Later he was transported to the mountains of Switzerland to recover. There he began to learn intensively to pass the Swiss school diploma (maturity). He succeeded and entered a Swiss universitiy to study the natural sciences. He was one of the best students and enjoyed a remarkable career that eventually made him a professor and chairman of a department of natural sciences at a Swiss universitiy.

Years later he came to me and complained that he was suffering from an obsessive-compulsive syndrome, and having to control whether the house-door is really closed many times each evening. He emphasized that wherever he lives he has to build for himself symbolically a concentration camp. In addition, he said that he had about twenty years ago married the daughter of a German Nazi

agent and they have a son of approximately 19 and a daughter of 16 years. According to him both are seriously neurotic and do not enjoy their life. He now lives in his family as a total outsider who disturbs both his wife and children by his obsessive rituals. In the analytically oriented psychotherapy that ensued it became clear that he had almost permanent thoughts about the concentration camp and was occupied by his guilt feelings from having escaped from the column in which his parents and others were led to the concentration camp.

Thus, 50 years after he was freed from the camp he was unconsciously still ambivalently attached to it. On the one hand, he repeatedly recollected the cruelties perpetrated by the Nazis and by his own behaviour toward his parents; on the other hand, he unconsciously sought to construct a concentration camp around him and had even married the daughter of a Nazi. With his obsessive-compulsive disorder he disturbed his wife and his children to whom—on an unconscious level—he wanted to show how much he had suffered in the camp, but perhaps also that he is guilty not to have followed his parents in death.

Whereas the two other patients mentioned above were afflicted by traumas within their own families, this man, who spent two years of his life in a concentration camp, was traumatized by the true anxiety- and panic-provoking cruel behaviours of the camp staff and the murderous acts he experienced. Despite the different qualities of traumatization, all three patients developed a syndrome characterized by repeated recollections of the experienced maltreatment in younger years and the ambivalent attachment to the traumatizing perpetrators.

Similar effects of experienced traumatizations may also be observed in groups or nations: In the early years of my career as a psychiatrist (1956) I assembled each week on one evening the whole ward of 20-25 female patients for a group psychotherapy session.

I was glad when there was a relatively high intensity of verbal interactions. But that was not always the case, and if most of the patients remained silent, a schizophrenic patient of approximately 38 years with a well-preserved personality always began to speak in a very eloquent way. As a young psychotherapist I was happy that somebody in the group dared to speak up. One day, however, I had to admit to the ward a woman of 31 years who had a history of stealing.

After she had continued her habits in the hospital, I decided to transfer her to another ward where we could better control her. When I returned some hours later to the ward, under the leadership of the eloquent patient an upheaval occurred, in which the patients assembled in the room where the group sessions

took place and ranted against me, the hospital and psychiatry in general. Apparently they felt narcissistically injured that one of its members, despite the fact that this patient had stolen and was a newcomer, had been transferred without the ward-doctor and group moderator having discussed it with the patients. For them it represented a psychotrauma that led to their mass reaction. It was not easy to stop it, and it lasted some hours until the head of the hospital discharged the leading patient and gave her money from a fund that allowed her to go to vacation.

What was going on in this mini-revolution on that ward? As described, the young psychotherapist had furthered a patient who sought a dominant role in the group and with that he gave her a power that she eventually exploited in a critical situation. She succeeded in manipulating the group until all the patients felt the same way as she. The dominant person, but presumably also the others as well, were ambivalently attached to the trauma and, on the one hand, felt bad; on the other hand, however, they seemed to be glad to have the possibility to direct their aggressions by projective identification against psychiatry and thus also against me, their group psychotherapist.

This case of a group trauma with the following ambivalent emotional attachment of the members to it shows that a leader who exploits an emotionally loaded situation may amplify the traumatizing effect and the resultant aggressions against the person and/or the institution or a group representing another opinion. At least for the leading patient the trauma seemed to be also a pleasant event that gave her the possibility of controlling the whole group and letting another group (the hospital, psychiatry, the therapist) be seen as a hostile oppressor.

In nations old traumatizations may survive over many generations in the memory of the citizens. In this way the defeat of the Serbs against the Turks at June 26, 1389, on the Field of the Blackbirds was kept in the memory of many Serbs over many centuries since. They remained ambivalently attached to this trauma, contributing both to a widespread grief concerning the defeat in the Serb population and to an extreme nationalism.

MILOSEVIC and KARACIC and their followers in the 1980s and 1990s did not spare any effort to reactivate this trauma. As leaders they were among the main persons responsible for the destructive actions against the Moslems of Bosnia and Kosovo. But also in other nations do old defeats remain in memory. Hitler, for example, spoke over and over again about the treaty of Versailles after World War I, which he considered a hostile act against Germany and a narcis-

sistic trauma to be overcome. Under his influence many Germans became attached to it and developed projective identification in their hatred of France, Great Britain, Poland and other countries; their ideology of grandiosity concerning themselves and their degradation of other peoples finally lead to World War II.

The memory of old traumas such as defeat in a battle or a war with some other ethnic group or nation is constantly brought to the population's mind by nationalistic leaders or dictators with their own psychopathology—mostly of a borderline nature. In this context VOLKAN (1999) writes of a 'chosen trauma,' which may lead from one generation to the next generation to wars between ethnic groups or nations. VOLKAN's term clearly shows that a nation's traumatic experience may, in predisposing conditions, result in an ambivalent attachment marked by a narcissistic injury on the one hand, and revenge desires on the other. It can therefore be stated that, after a traumatic experience in the larger framework of the interrelations of groups or nations, the same psychodynamics of ambivalent attachment may be observed as in individuals who have suffered a trauma or a traumatic situation in early childhood or later. If we follow the view of Otto RANK, it could even be said that all human beings are early-traumatized individuals by the very trauma of birth, ambivalently attached to their mothers and perhaps also to their fathers. This may be the motivating desire to leave them in the end and to seek a new partnership for the future—and to achieve more important professional and social careers than their fathers and mothers.

Geburt und innerfamiliäres Trauma, ambivalente Bindung. Psychische Störungen und Spannungen zwischen Gruppen und Nationen

Raymond Battegay (Basel)

Die Geburt des Menschen in eine kalte Welt verursacht eine frühe Frustration und, wie Otto RANK (1924) beschrieben hat, ein Geburtstrauma, welches alle Menschen – unbewusst – als eine narzisstische Kränkung zu erleben scheinen. Da die ersehnte kompensatorische Fusion mit nahen Objekten, sei es durch Liebe oder Macht, nicht wie im Uterus möglich ist, kommt es bereits bei Kindern zur projektiven Identifikation, und sie beginnen, ihre eigenen Aggressio-

nen in anderen zu sehen. Ein ähnlicher Prozess in Gruppen oder Nationen kann zu streitbaren Beziehungen oder gar Kriegen führen.

Das narzisstische Urtrauma mag aber auch am Ursprung des menschlichen Verlangens stehen, aus eigenen Verdiensten zu überleben. Wie bekannt, hat die frühe Lebensgeschichte einen entscheidenden Einfluss auf die spätere Entwicklung: Je mehr ein Kind durch die wiederholte Erfahrung von elterlichen Gefühlsausbrüchen, doppelsinnigen Redewendungen oder Entwertungen traumatisiert ist, desto mehr wird es an seine Eltern oder an andere, für es wichtige Personen ambivalent gebunden bleiben.

Auf der einen Seite wird ein solches Kind eine Bestätigung durch die Eltern suchen, auf der anderen Seite wird es Aggressionen gegen sie entwickeln, da es immer wieder Frustrationen in seiner nie enden wollenden Hoffnung erfahrt, durch sie Anerkennung zu erfahren. Infolge solcher Konflikte und Mangelerfahrungen wie auch von daraus sich ergebenden Schuldgefühlen wird das Kind zeitlebens unter narzisstischen oder Borderline-Persönlichkeitsstörungen, Depressionen oder, bei einer entsprechenden Disposition, an einem fragmentationsbereiten Ich, etwa sogar einer Psychose leiden. Neben anderen therapeutischen Maßnahmen, ist es stets notwendig, das Selbst und dadurch das Selbstvertrauen einer solchen Person zu stärken und ihr zu helfen, ihr Ich abgrenzen zu lernen.

References

Battegay, R. (1991): Narzissmus und Objektbeziehungen. Über das Selbst zum Objekt. (3rd. ed.) Bern, Stuttgart, Toronto: Huber

Bifulco, A., Moran, P. M., Ball, C., Jacobs, C., Baines, R., Bunn, A., Cavagin, J. (2002): Childhood adversity, parental vulnerability and disorder: examining intergenerational transmission of risk. In: J. Child Psychol. Psychiatry 43, 1075-1086

Bowlby, J. (1951): Maternal care and mental health. World Health Organization Monograph Series 2 and Bulletin of the World Health Organization vol. 3, 1951, pp. 355-534.

Bürgin, D. (1982): Über einige Aspekte der pränatalen Entwicklung. pp. 23-55. In: Nissen, G. (1982)

Donovan, D. M., McIntyre, D. (1990): Healing the hurt child: A developmental-contextual approach. Norton: New York.

Eitinger, L., Strain, A. (1973): Mortality and morbidity after excessive stress. Oslo: Universitetsforlaget; New York: Humanities Press

Fischer, G., Riedesser, P. (1999): Lehrbuch der Psychotraumatologie. München, Basel: Reinhardt

Freud, S., Breuer, J. (1893/1955): Studies on Hysteria. Standard Edition, vol. 2. London: Hogarth

Greenacre, Ph. (1952): Trauma, growth, and personality. New York: Norton. In: Bürgin, D. (1982).

Huttunen, M. O., Niskanen, P. (1978): Prenatal loss of father and psychiatric disorders. In: Arch. Gen. Psychiatry 35, 429-431. In: Nissen 1982: pp. 23-55.

Jaffee, S. R., Caspi, A., Moffitt, T. E., Taylor, A. (2004): Physical maltreatment victim to antisocial

child: evidence of environmentally mediated process. In: J. Abnormal Psychol. 113, 44-55.
Kardiner, A. (1941): The Traumatic Neuroses of War. Paul B. New York: Hoeber
Kernberg, Paulina (1982): Criteria of termination of child psychotherapy, paper read at the University Psychiatric Outpatient Department for children and adolescents of Basel June 14, 1982. See: Battegay 1991.
Klein, Melanie (1946/1948): Notes on some schizoid mechanisms. In: J. Rivière (ed.): Developments in Psycho-Analysis 1921-1945. London: Hogarth.
Kohut, H. (1971): The Analysis of the Self. New York: International Universities Press.
Lieberman, E. J. (1998): Einführung zur amerikanischen Ausgabe von 1993 (Introduction to the American edition of 1993). In: Rank, Otto (1998): Das Trauma der Geburt – und seine Bedeutung für die Psychoanalyse. Gießen: Psychosozial-Verlag.
Liotti, G., Pasquini, P. (2000): Predictive factors for borderline personality disorder: patients' early traumatic experiences and losses suffered by the attachment figure. The Italian group for the study of dissociation. In: Acta Psychiatr. Scand. (2000) 102, 282-289.
McFarlane, A. C., van der Kolk, A., Bessel, A. (1996): Trauma and its challenge to society. In: A. van der Kolk, A. Bessel, A. C. McFarlane, L. Weisaeth (Eds.): Traumatic stress. The effects of overwhelming experience on mind, body, and society, pp. 24-46. New York, London: Guilford.
Nissen, G. (1982): Psychiatrie des Säuglings- und des frühen Kindesalters. Bern, Stuttgart, Wien: Huber
Volkan, V. (1999): The tree model: a comprehensive psychopolitical approach to unofficial diplomacy and the reduction of ethnic tension. mind and human interaction. Windows between history, culture, politics, and psychoanalysis. Vol. 10, Nr. 3. Madison, CT: Int. Universities Press.

About the Author

Raymond Battegay is Professor and chairman of Psychiatry emeritus of the University of Basel and former chief-physician of the University Psychiatric Outpatient-Departement Basel

Prof. Dr. med. Raymond Battegay
Delbergerallee 54
4053 Basel, Switzerland
battegay@bluewin.ch

Traumatherapeutische Arbeit in der Dynamischen Psychiatrie

Ilse Burbiel (München)

In the Berlin School of Dynamic Psychiatry, the traumatic micro- and macroexperiences conditioned by group dynamics has always been integrated into the etiology of severe psychic disorders. This integration has made it necessary to reformulate psychoanalytic concepts and expand methods of psychoanalytic treatment. Taking the etiology of traumatic conditions, dynamic psychiatry's identity therapy has borrowed methods from different approaches to trauma therapy and gradually molded them into a concept for treating traumatized patients on the basis of psychodynamics and groupdynamics. This concept can also profitably integrate a holistic and systemic concept of treatment.

Keywords: Dynamic Psychiatry, psychotraumatology, familial trauma, group-psychotherapy, identity therapy, sexual abuse, traumatic violence

Die Psychoanalyse ist seit Beginn ihrer Entwicklung durch Sigmund FREUD vor mehr als hundert Jahren eine traumatologische Wissenschaft. Seit FREUD bereits 1897 realfamiliäre Traumatisierungen in den intrapsychischen Fantasiebereich der Patienten legte, blieb in der Psychoanalyse, mit wenigen Ausnahmen abgesehen, zum einen die Aggression über einen langen Zeitraum im innerpsychischen Triebkonzept gebunden. So hat beispielsweise Kernberg übermäßige Aggressivität der Borderline-Persönlichkeitsstörung als triebhaft konstitutionell verursacht angesehen und erst sehr spät reale Traumatisierungen anerkannt (KERNBERG 1999, 2000).

Zum anderen war seit FREUDs Abkehr von der traumatischen Neurose die Chance vergeben, die Psychoanalyse von Beginn an zu einer Beziehungstheorie zu entwickeln; denn sexueller Missbrauch, noch von FREUD 1895 als Ursache für die Hysterie angenommen, ist eine reale Beziehungstraumatisierung, in der es einen Täter und ein Opfer und zwischen beiden, vor allem bei Inzest, eine Beziehung vor, während und nach dem Missbrauch gibt, die nicht aus dem Blickwinkel der Forschungen hätte ausgeklammert werden können.

Auch in der Ich-psychologischen Weiterentwicklung bleibt das Traumakonzept als massives Durchbrechen eines Reizschutzes rein psychoökonomisch verankert. Erst FERENCZI (1933) hat als Vorreiter eines objektbeziehungstheo-

retischen Denkens die Grundlage für eine moderne psychoanalytische Traumatologie gelegt. Trauma ist für FERENCZI immer in Beziehungen zu sehen, in der Beziehung zwischen dem Täter und dem Opfer, wobei sich das Opfer dem Täter unterwirft, der Täter in das Opfer eindringt und das Opfer die traumatische Erfahrung durch Internalisierung und Dissoziation zu bewältigen versucht. Das Opfer internalisiert bzw. introjiziert die Gewalt, um ihr nicht von außen ausgeliefert zu sein und um das äußere Liebesobjekt, beim Inzest beispielsweise der Vater oder die Mutter, nicht zu verlieren. Das Opfer dissoziiert oder spaltet, um das Trauma aushaltbar zu machen (HIRSCH 2004).

Internalisierung der Gewalt und Dissoziation werden noch heute in den psychoanalytischen Traumatheorien als grundlegende Bewältigungsversuche von Traumatisierungen angesehen: Es kommt wesentlich zu Internalisierungsvorgängen von Täter-Opfer-Dynamiken, wenn die Traumatisierung Folge von lang andauernden komplexen Beziehungsverletzungen, meist in der Kindheit, ist. Chronische Beziehungstraumatisierungen finden sich in der Gruppe der sog. frühgestörten Patienten mit 'archaischen Identitätserkrankungen' (AMMON), zu denen in erster Linie die Persönlichkeitsstörungen, insbesondere die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) gehören. Der langjährigen klinischen Erfahrung zu Folge kommen als Behandlungskonsequenz nur lang andauernde Beziehungstherapien in Frage, die gerade diese destruktiven Beziehungsdynamiken in den Mittelpunkt der Bearbeitung stellen.

Die Dynamische Psychiatrie ist ebenso wie HIRSCH (2000, 2004) der Ansicht, dass es geradezu ein 'Kunstfehler' wäre, Beziehungstraumatisierungen aus dem Beziehungskontext herauszuschneiden und diese nicht der Bearbeitung zugänglich zu machen. Es muss an den gruppendynamischen Internalisierungsprozessen gearbeitet werden, damit der Patient sich nicht immer wieder im Sinne des Wiederholungszwanges in retraumatisierende Situationen außerhalb seiner Therapie begibt.

Dissoziationsprozesse dagegen sind eher Folge von sogenannten. Extremtraumatisierungen, meist im Erwachsenenalter, wie z. B. von Unfällen, Naturkatastrophen oder Gewalteinwirkungen durch, für das Opfer meist fremde Personen. Folgen von Extremtraumatisierungen sind die akute oder chronische Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) bzw. die Posttraumatic Stressdisorders (PTSD). Als Behandlungskonsequenz haben sich in neuerer Zeit auf der theoretischen Grundlage des psychophysiologischen Stresskonzeptes verschiedene verhaltenstherapeutisch orientierte, imaginativ-hypnotherapeutische und psychophysiologische Konzepte entwickelt, die sich mit Hilfe verschiedener

Übungen zum Ziel gesetzt haben, das traumatisch geschwächte Ich zu stützen und Reaktualisierungen der Traumata in der Übertragung zu vermeiden.

Viele Psychoanalytiker haben familiär schwer traumatisierte Patienten, z. B. mit Persönlichkeitsstörungen erfolgreich behandelt, ohne dass diese als 'traumatisiert' bezeichnet worden wären. Die Berliner Schule der Dynamischen Psychiatrie hat seit mehr als vierzig Jahren Erfahrungen in der psychotherapeutischen Behandlung solcher Patienten gesammelt.

Familiäres Trauma

Aus zahlreichen Untersuchungen weiß man heute, dass die Mehrzahl der 'frühgestörten' Patienten schwerwiegende Traumatisierungen erfahren haben. So haben z. B. 82% der von DULZ und JENSEN (2000) untersuchten stationär behandelten Borderline-Patienten in ihrer Kindheit körperliche Misshandlung und/oder sexuellen Missbrauch erfahren. Unter Einbeziehung schwerer Vernachlässigung erhöht sich der Anteil auf 100% (ECKERT, BIERMANN-RATJEN 2000). Bei anderen Persönlichkeitsstörungen fanden sich 45% Frauen und 25% Männer mit sexuellem Missbrauch in der Kindheit. Allerdings sind sexuelle und körperliche Traumatisierungen allein keine ausreichende Bedingung für eine spätere pathologische Beeinträchtigung des Opfers, vielmehr gibt es eine Fülle sich wechselseitig beeinflussender Faktoren, die darüber entscheiden, ob sexuelle und/oder körperliche Traumatisierungen eines Kindes zu einer psychischen Störung führen und welche Symptome dann vorherrschen. Von Bedeutung sind hier vor allem die prätraumatischen, gruppendynamischen Erfahrungen des Opfers und seine Persönlichkeitsentwicklung, das Alter des Kindes, familiäre Risikofaktoren, wie Ablehnung, Vernächlässigung, Verlust und Trennung ohne emotionalen Beistand und das Fehlen von protektiven Faktoren."Multiple Belastungsfaktoren in der Kindheit", so PARIS führen "eher zu einer Psychopathologie als einzelne traumatische Erfahrungen". (PARIS 2000, S. 160)

Im Verständnis der Dynamischen Psychiatrie ist familiäres Trauma ein komplexer gruppendynamischer Prozess, der sich auf einem Spektrum zwischen familiärer Gewalt und länger anhaltenden, kumulativen gruppendynamischen Prozessen in der Familie bewegt.

Aggression, Identität, Sozialenergie und Gruppe

In seiner therapeutischen Arbeit mit schwer erkrankten archaisch gestörten Patienten konnte Günter AMMON immer wieder feststellen, dass sich destruktive Aggressionen auf ablehnende und feindselige Kommunikationen innerhalb der Primärgruppe zurückführen lassen. Umgekehrt konnte im damaligen Berliner psychoanalytischen Kindergarten beobachtet werden, dass sich kindliche Aggressionen durch eine intensive Elterngruppenarbeit auflösen lassen.

Diese Erfahrungen waren so bedeutsam, dass AMMON sich bereits im Jahre 1968 von einem primär auf Zerstörung gerichteten Aggressionstrieb löste und Aggression im Sinne des 'Adgredi' als eine primär konstruktive Entwicklungskraft des Menschen ansah, die sich lebensgeschichtlich erst durch spezifische destruktiv-defizitäre Gruppendynamiken zu dem entwickelt, was gemeinhin unter Aggression im Sinne einer zerstörerischen Kraft verstanden wird (AMMON 1970).

Durch die Anerkennung realtraumatisierender Erfahrungen und die Einbeziehung der Aggression in die zwischenmenschlichen Beziehungen wurde der Weg frei, nicht nur für ein Verständnis der psychotherapeutischen Veränderbarkeit des Menschen in und durch die Gruppe – für AMMON ist die Aggressionsbearbeitung Dreh- und Angelpunkt einer jeden Therapie, sondern auch für das Verständnis von gesunder und kranker Persönlichkeit im Rahmen des 1976 formulierten Persönlichkeitsmodells, dem Humanstrukturmodell. Es entstand die Basis für eine Neukonzeptualisierung psychischer Energie als einer zwischenmenschlichen durch Kontakt und Beziehung sich entwickelnden Sozialenergie und ganz zentral die Integration des gruppendynamisch-sozialenergetischen Denkens in das gesamte dynamisch-psychiatrische Theoriengebäude.

Identität und Gruppe werden nicht länger als separate Einheiten, sondern als untrennbar miteinander verbunden, betrachtet:

"Der Mensch entwickelt seine Identität in der Gruppe. Der Gruppenbezug integriert ihn, die Identität differenziert ihn aus der Gruppe heraus." (AMMON 1982, S. 11).

Identität ist das strukturelle Resultat gruppendynamisch-sozialenergetischer Erfahrungen des Individuums in Gruppen, speziell in Gruppen der frühkindlichen Entwicklungszeit. Die Qualität zwischenmenschlicher Kontakte und gruppendynamisch-sozialenergetischer Felder determinieren die Qualität der Identitätsentwicklung auf einem gleitenden Spektrum zwischen gesund und krank mit den Determinanten:

1. konstruktiv, d. h. kontakt- und entwicklungsfördernd,
2. destruktiv, d. h. kontaktzerstörend und damit entwicklungshemmend und
3. defizitär, d. h. kontaktlos und damit ohne Entwicklung.

Bei schwer traumatisierten, strukturell gestörten Patienten beobachten wir ein Defizit im unbewussten Kern der Identität verbunden mit destruktiv und defizitär entwickelten Indentitätsfunktionen, Arretierung der für die Identitätsentwicklung notwendigen Abgrenzungs-, Differenzierung-, Regulations- und Integrationsprozesse der Persönlichkeit.

Die Berliner Schule der Dynamischen Psychiatrie ist in der Ich-psychologischen und objektbeziehungstheoretischen Psychoanalyse verankert, geht jedoch über diese hinaus:

Internalisiert werden nicht nur Objekte und deren Eigenschaften, sondern die gruppendynamischen Prozesse zwischen den Objekten. Internalisiert werden nicht nur Täter-Opfer-Dynamiken, sondern ganze Familiendynamiken, die dann in den therapeutischen Gruppen im Sinne des so oftmals beschriebenen Wiederholungszwanges so lange ausagiert werden, bis die verinnerlichten gruppendynamischen Probleme durch korrigierende zwischenmenschliche Erfahrungen verändert sind. Die Patienten können dann ihre verinnerlichte gruppendynamische Position in der Primärfamilie mit ihren meist unbewusst zugeschriebenen Rollenerwartungen, wie z. B. der Erlöser, Integrator, Mutter bzw. Partner eines Elternteils zu sein, aufgeben. Sie können transgenerational weitergegebene gruppendynamische Traumata und Verluste überwinden und sich neuen Aufgaben im Leben zuwenden.

Dynamisch-psychiatrische Identitätstherapie: Eine traumaorientierte psychoanalytisch-gruppendynamische Strukturtherapie

Aus dem oben gesagten wird deutlich, dass traumatherapeutische Arbeit in der Dynamischen Psychiatrie vorwiegend in Gruppen stattfindet, je nach Indikation kombiniert mit einer Einzelpsychotherapie. Eine Einzelpsychotherapie allein wird dann durchgeführt, wenn der Patient von einer Gruppe noch nicht profitieren kann. Die kombinierte Einzel- und Gruppenpsychotherapie wird vor allem für persönlichkeitsgestörte und traumatisierte Patienten mit gutem Erfolg durchgeführt, vor allem dann, wenn die Angst, Aggression und Schuldgefühle so groß sind, dass ein Splitting in zwei verschiedenen Settings herbeigeführt

werden muss. Interessanterweise wird in Deutschland bis heute das kombinierte ambulante Setting in der Regel durch die Krankenkassen nicht finanziert.

Im Rahmen einer 'nachholenden Identitätstherapie' durch korrigierende, konstruktive gruppendynamisch-sozialenergetische Erfahrungen werden sowohl die unbewussten Identitätsdefizite als auch die gesunden Anteile unter Einbeziehung des Unbewussten als Ort der menschlichen Potenziale dialektisch in den Heilungsprozess einbezogen.

Durch die Identitätstherapie soll die defizitäre Identitätsstruktur nicht nur stabilisiert, sondern ihre wichtigsten identitätstragenden Funktionen, wie beispielsweise die Angst und Aggression, Abgrenzungsfähigkeit nach innen und außen, der Narzissmus, die Sexualität, die Identität und die Beziehungsfähigkeit sollen auch nachentwickelt werden. Durch die Bearbeitung der Missbrauchs- und Gewaltdynamik in der Familie sollen abgespaltene Persönlichkeitsanteile in die Gesamtidentität des Patienten integriert werden.

Für traumatisierte Patienten ist die Aufhebung von Symbolisierungsstörungen, die mit der Entwicklung der Abgrenzungsfähigkeit aufs engste verbunden ist, von besonderer Bedeutung. Die Symbolisierungsfähigkeit kann im Rahmen eines tragenden gruppendynamisch-sozialenergetischen Feldes erfahrungsgemäß erfolgreich entwickelt werden. Wertvolle Hinweise dazu geben FONAGY und TARGET (2000) in ihrem Modell der Mentalisierung (Symbolisierung) der affektiven Erfahrungen des Säuglings innerhalb einer sicheren Bindung, auf das wir hier leider aus Zeitgründen nicht näher eingehen können.

Traumatische Gewalt, so FERENCZI (1933) und HIRSCH (2000, 2004) erzeugen zwei Formen der Identifikation mit dem Aggressor: die primär verschmelzende Identifizierung mit dem Täter produziert den traumatischen Täteranteil und führt dazu, dass im Wiederholungszwang immer wieder Täter gefunden und Gewaltkonstellationen aufgesucht werden, die dem ursprünglichen Trauma ähneln. Der Täter mit der sekundären imitierenden Identifikation verleugnet das Opfer in sich und schafft immer wieder neue Opfer. Beide Formen der Identifikation werden zu verschiedenen Anteilen immer gemischt vorliegen. Zu einer Ablösung von der Täter-Opfer-Identität des Patienten kann es nur kommen, wenn das Opfer auch erkennen kann, dass es Täteranteile hat und umgekehrt. Wenn es nicht zu solchen Kreuzidentifikationen kommt, bleibt die Spaltung sowohl in dem Opfer als auch in dem Täter bestehen.

Plädoyer für eine Gruppenpsychotherapie

Die traumatisierende Gruppendynamik muss also mit Hilfe der gesamten Gruppe für alle Gruppenmitglieder aushaltbar, im therapeutischen Beziehungsfeld abgeschwächt, immer wieder erlebt werden. Über die abgeschwächten Externalisierungen werden lang andauernde Beziehungstraumatisierungen bearbeitbar, d. h. sie können verstanden, getragen, allmählich korrigiert, gedeutet und für immer externalisiert werden. Unter diesem Gesichtspunkt halten wir es für geradezu gefährlich, wenn Traumatherapeuten ihren Patienten davon abraten, ihre Traumatisierungen in die Gruppenpsychotherapie einzubringen.

Natürlich ist eine sorgfältige Strukturierung der Gruppentherapie unter dem Gesichtspunkt der von den Gruppenmitgliedern erlebten Traumatisierungen von großer Bedeutung. Anders als in der Kindheit erleben die Patienten hier einen geschützten Gruppenraum, in dem sich die Opfer wechselseitig identifizieren und Schutz und Geborgenheit geben können; in dem durch die Bearbeitung von Traumatisierungen anderer Patienten die eigenen Traumatisierungen wiedererinnert, die Gefühle dazu, wie beispielsweise die massive Angst und Aggression, Scham und Schuldgefühle ausgedrückt und bearbeitet werden können; in dem durch die oftmals beschriebene Verstärkerwirkung der Gruppe, die in der Gruppe erlebten Gefühle intensiviert und verschüttete Gefühle wiedererlebt werden können; in dem die konstruktive Rivalität der Gruppenmitglieder untereinander u.a. auch um den Therapeuten, den Gruppenprozess beleben und zurückgenommene Gruppenmitglieder aktivieren kann; (vgl. HORWITZ 1977, S. 405), in dem multiple Übertragungen auf mehrere Gruppenmitglieder und dem Leiter die Intensität von Angst und Aggressionen abschwächen und Therapieabbrüche damit verhindert werden können. Die tragende Kraft des sozialenergetischen Feldes einer Gruppe, die wechselseitige Übernahme von Hilfs-Ich-Funktionen, mit denen sich die Gruppenmitglieder dann identifizieren können, die Möglichkeit des Erlebens von unterstützenden symbiotischen Beziehungen und Untergruppenbildungen, ermöglichen die Bearbeitung von übermäßig großen Gruppenängsten, wenn beispielsweise die Gruppe als Ganze in der Übertragung (vgl. SCHEIDLINGER 1974) als die 'verfolgende Mutter' erlebt wird.

Auch Grenzerfahrungen können in Gruppen besser herbeigeführt werden und die damit einhergehenden Aggressionen und Ängste über die Vielfalt der Reaktionsmöglichkeiten der Gruppenmitglieder aufgefangen, getragen und bearbeitet werden.

Aggressive Auseinandersetzungen mit dem Therapeuten, auf den oftmals Elternanteile übertragen oder eigene Aggressionen projiziert werden, können leichter ausgehalten werden. Da einige Gruppenmitglieder immer auch den angegriffenen Therapeuten schützen, ist die Angst nicht zu groß, ihn durch aggressive Auseinandersetzung zu verlieren.

Die gesamte Gruppe hilft beim Entflechten von Übertragungs-, Gegenübertragungs- und realen Beziehungsanteilen zwischen dem Leiter und der Gruppe und den Gruppenmitgliedern untereinander, auch wenn der Therapeut gelegentlich mehr oder weniger bewusst in der Gegenübertragung agiert (HIRSCH 2004).

Dynamisch-psychiatrische Identitätstherapie als eine traumaorientierte Einzel- und Gruppentherapie von frühgestörten Patienten lässt sich zusammenfassend und abschließend durch folgende Merkmale charakterisieren:

1. In der Anfangsphase geht es zunächst um den Aufbau einer tragfähigen therapeutische Beziehung bzw. eines tragfähigen sozialenergetischen Feldes
2. Förderung von direktem Kontakt mit dem Therapeuten und zwischen den Patienten mit möglichst wenigen Übertragungsdeutungen
3. Identitätsstützende und stabilisierende Interventionen, worunter u.a. auch die Anerkennung der Realität des berichteten Traumas gehört, auch dann, wenn dessen Realität nicht gesichert ist. Oftmals muss Inzest nicht praktiziert, sondern kann dem Kind gegenüber meist unbewusst fantasiert werden.
4. Arbeit mit den gesunden Identitätsanteilen (Ressourcenorientierung). Das Bündnis mit diesen Anteilen ermöglicht es, die in dem Symptom gebundenen Gefühle der Bearbeitung zugängig zu machen.
5. Vor allem in der Mittelphase Arbeit an dem bereits prätraumatisch und durch Traumatisierungen erworbenen Identitätsdefizit durch Arbeit an den Identitätsgrenzen, dort, wo der Patient in der frühen Kindheit während der prozessualen Abgrenzung aus der Primärgruppensymbiose und den Gewalterfahrungen verletzt, arretiert oder gar nicht wahrgenommen wurde. Die Patienten leiden unter vielerlei Grenz- und Abgrenzungsstörungen: Grenzaufbau und -regulationsstörungen nach innen (zum Unbewussten, zu den Affekten und Fantasien hin) und nach außen (zu den anderen Personen hin); Affektüberflutungen, Durchbrüche, destruktive Aggression, mangeln-

de innere Grenzen zwischen Vergangenheit und Gegenwart, mangelnde Identitätsdifferenzierung zwischen den Funktionen, gestörte Symbolisierungsfähigkeit, die eine Innen- und Außenabgrenzung zur Voraussetzung hat.

6. Arbeit nicht direkt am Symptom, sondern mit der hinter der Symptomatologie liegenden Identitätsangst, Verlassenheitsangst und -aggression.
7. Die Arbeit an der destruktiven und defizitären Aggression ist Voraussetzung für eine Aufhebung der Entwicklungsarretierung des Patienten.
8. Herstellen von emotional korrigierenden gruppendynamischen Erfahrungen as we already mentioned.
9. Arbeit mit Übertragung- Gegenübertragung und Widerstand im Hier und Jetzt der therapeutischen Beziehung unter Berücksichtigung familiärer Gewalt.

   Die Handhabung von Übertragung und Gegenübertragung, Agieren und Mitagieren, sowie das Problem des Enactments gerade bei der Behandlung schwer beziehungsgestörter und traumatisierter Patienten ist vielerorts diskutiert worden, da diese vom Therapeuten besonders viel Können und Erfahrung, sowie attachment bei detachment und von der Gruppe viel Feinfühligkeit und Frustrationstoleranz abverlangt. Wie schon erwähnt, wird die verinnerlichte Täter-Opfer-Gruppendynamik in der Gruppenpsychotherapie reaktiviert, mit dem Ziel, dass die Spaltung der verinnerlichten Beziehungsdynamik in einen oder mehrere Täter und in ein Opfer aufgehoben wird, der Patient sich sowohl mit dem Opfer als auch mit dem Täter identifizieren kann, als Voraussetzung für die Möglichkeit einer Integration durch die Erkenntnis, das Liebe und Hass miteinander vereinbart werden können. Die alleinige Identifizierung mit dem Opfer und die Projektion des Täters nach außen, z. B. auf den Vater, hilft der Patientin nicht, diese Spaltung aufzugeben.

   Dieses sehr komplexe Gruppengeschehen, welches durch die projektive Identifikation des Patienten auf den Therapeuten und auch passager auf andere Gruppenmitglieder intensiviert werden kann, wird erst dann bedenklich, wenn dieser Prozess von Seiten des Therapeuten unreflektiert abläuft. An dieser Stelle wird deutlich, dass, die mit früh traumatisierten Patienten arbeitenden Therapeuten sich ständig kollegial supervidieren lassen sollten
10. Trennungsbearbeitung bei Verabschiedung aus der Therapie.

Während des Trennungsprozesses aus der Gruppe werden frühe, meist unverarbeitete Verlust- und Trennungserfahrungen des Patienten mobilisiert und Trennungswiderstände, wie z. B. Rückgängigmachen bereits erfolgter Entwicklungen, aufgebaut. Einer erfolgreichen Trennungsbearbeitung gelingt es, erreichte Ziele der Therapie in die Identität des Patienten zu integrieren und nicht erreichte Entwicklungen abzugrenzen.

Die Exposition von Traumatisierungen in den nonverbalen Gruppenpsychotherapien

Es ist nicht zufällig, dass sowohl stationär in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige in München schon sehr früh sog. nonverbale Gruppenpsychotherapien, wie z. B. die Mal-, Theater-, Musik- und Tanztherapie in das milieutherapeutische Feld integriert, später dann auch ambulant angeboten wurden, mit dem Ziel, früh bindungsgestörten Patienten, die sich verbal nur wenig ausdrücken können, ein therapeutisches Medium zur Verfügung zu stellen, in dem sie ihre Angst, ihre Gefühle der Bedrohtheit und Aggression, Verzweiflung, aber auch ihre Kreativität, Fantasien und Identitätsentwürfe zum Ausdruck bringen können.

Alle erwähnten Gruppenpsychotherapien nutzen das psychologische Phänomen des therapeutisch gesteuerten Ausagierens der Patienten auf den verschiedenen nonverbalen Ebenen für den therapeutischen Prozess der Wiedererinnerung, des Wiedererlebens und der Bearbeitung durch eine möglichst emotionale Korrektur unter Berücksichtigung der sich in den Gruppen entwickelnden bewussten und unbewussten Gruppendynamiken und dem Gruppenthema. Sie ermöglichen den Patienten und der Gruppe einen Zugang zu sehr frühen, präsymbolisch gewonnenen und traumatischen Erlebnissen, zu emotional abgespaltenen und vergessenen Gefühlen in einem geschützten kreativen Raum der Gruppe unter Leitung eines qualifiziert ausgebildeten Psychotherapeuten.

Der nonverbale Ausdruck kann auf die sprachliche Ebene nicht verzichten (vgl. BÜLOW 1992). Menschliches Bewusstsein, die Fähigkeit zur Selbstidentifikation innerhalb der Umgebung, sowie abstraktes Denken sind untrennbar mit Sprache verbunden.

Für den Gesunden besteht eine harmonische Balance zwischen dem linkshemisphärischen logischen Denken der Sprache und dem Bewusstsein auf der einen, und dem rechtshemisphärischen bildhaften Denken und der Fähigkeit zu nonverbaler Kommunikation auf der anderen Seite, wodurch eine Integration

mit der umgebenden Welt auf der Wahrnehmungsebene möglich wird. In den Fällen psychischer Erkrankung ist die Fähigkeit zum bildhaften Denken und somit auch die Balance gestört, die ursprüngliche Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung verkehrt sich in das Gegenteil und führt zur Entfremdung und Abtrennung von der Welt, zu einem Verlust an Lebensfreude. "Eine gesunde Entwicklung der Fähigkeit zum bildhaften Denken hat einen guten, vielfältigen Kontakt zur unmittelbaren Umwelt zur Voraussetzung" (ROTENBERG, ARSHAVSKY 1987, S. 375).

Ziel der Integration verbaler und nonverbaler Kommunikation im Rahmen der nonverbalen Gruppenpsychotherapie ist, die verloren gegangene Balance zwischen dem linkshemisphärischen logischen Denken und der Fähigkeit zum bildhaften Denken wiederherzustellen, worin nach AMMON (1982) auf neurobiologischer Ebene der Gesundungsprozess beruht.

Integration von körper- und traumatherapeutischer Methoden in den Gesamtbehandlungsplan

Eine Integration spezifischer körper- und traumatherapeutischer Methoden in den Gesamtbehandlungsplan der Patienten halten wir nach spezifischer Indikation, unter Berücksichtigung der strukturellen Entwicklung des Patienten und unter Beibehaltung der laufenden psychodynamischen Therapie für sinnvoll, vor allem dann, wenn abgespaltene Traumatisierungen nicht aufgehoben werden können und diese sich störend auf die Reintegration des Patienten in seine psychische, soziale und berufliche Welt auswirken. Nach sorgfältiger Diagnostik arbeiten wir dann mit qualifizierten Körper- und Traumatherapeuten zusammen, die ihre spezifischen Methoden, wie z. B. Xi Gong, FELDENKRAIS, Stabilisierungs- und Traumakonfrontationsübungen wie z. B. die Bildschirmtechnik oder EMDR (SHAPIRO 1995) einsetzen.

Am Münchner LFI der DAP wurden Arbeitskreise mit Körperpsychotherapeuten und Dynamisch-Psychiatrischen Psychotherapeuten mit traumatherapeutischer Spezialisierung gebildet, die spezifische Indikationen für solche Therapien vor dem Hintergrund des integrativen Behandlungskonzeptes auf der Grundlage des ganzheitlichen Persönlichkeitsmodells der Dynamischen Psychiatrie erarbeiten. Es ist mir abschließend wichtig, zu betonen, dass gerade archaisch erkrankte und traumatisierte Patienten mit ihren oftmals brüchigen und zersplitterten Identitäten integrierte und nicht 'polipragmatische' (PARIS 2000, S. 161) und damit eklektische Behandlungsansätze ihren Gesundungsprozess brauchen.

Trauma Therapy in Dynamic Psychiatry

Ilse Burbiel (Munich)

As of 1897, when Freud classified actual experiences of familial trauma into the intrapsychic fantasy domain of patients, aggression long remained tied in psychoanalysis almost exclusively to the concept of inner psychic drive. From the outset, this shift of focus away from traumatic neurosis sacrificed the opportunity to develop psychoanalysis into a theory of relationships. The foundations of modern psychoanalytical traumotology were not laid until FERENCZI (1933) pioneered theoretical thinking about object relations (see HIRSCH, 2004). For FERENCZI, trauma was always to be seen in relationships—the relationship between the perpetrator and the victim, with the victim submitting to the perpetrator, the perpetrator invading the victim, and the victim trying to come to terms with the traumatic experience through internalization and dissociation.

Many psychoanalysts have successfully treated patients suffering from effects of severe familial traumatism, such as personality disorders, without these people having been designated as 'traumatized.' With more than 40 years of experience in the psychotherapeutic treatment of such patients, the Berlin school of Dynamic Psychiatry is no exception in this regard

Professionals in Dynamic Psychiatry agree with HIRSCH (2000, 2004) that it would be outright 'malpractice' to remove relationship-centered traumatisms from the context of a relationship and fail to make them accessible. The need is to work on the internalization processes of group dynamics so that the patient does not compulsively enter retraumatizing situations outside therapy.

Numerous studies have shown that most patients who have had unfortunate early experiences went through severe traumatisms, and it is generally known that "multiple stress factors in childhood are more likely [to lead] to a psychopathology than are individual traumatic experiences" (PARIS 2000, p. 160, author's translation). As understood in Dynamic Psychiatry, familial trauma is a complex process of group dynamics that ranges from family violence to prolonged, cumulative intrafamilial processes.

By acknowledging actually experienced traumatisms and by including aggression in interpersonal relationships, the Berlin School has achieved two things. First, it has paved the way to an understanding of the human being's psychotherapeutic changeability in and through the group. Second, it has

shown the path to the understanding of healthy and disturbed personality in the context of the human structure model formulated over the last 30 years (AMMON, 1976; BURBIEL, 1997). There formed a basis for reconceptualizing psychic energy as social energy that develops through interpersonal contact and relationships (AMMON, AMMON, & GRIEPENSTROH, 1981, AMMON, 1982a) and—crucially—for integrating group dynamic social energetic thinking into the theoretical framework of Dynamic Psychiatry.

Identity and group are seen as inseparably interlinked. Identity is the structural result of the group dynamic social energetic experiences of the individual, especially in his or her early life groups. The quality of the group dynamic social energetic field, which ranges broadly from constructive to destructive and deficient, affects the quality of the development of identity, which ranges from healthy to disturbed.

Severely traumatized, structurally disturbed patients exhibit a structural deficiency in the unconscious core of their identity, along with destructive and deficient identity functions and the arrest of the personality processes necessary for the development of identity: demarcation, differentiation, regulation, and integration.

These introductory observations make it clear that trauma therapy in Dynamic Psychiatry takes place primarily in groups and is combined with individual psychotherapy, depending on the indication. Through corrective, constructive group dynamic social energetic experiences, both the unconscious deficiencies and the healthy components of identity and the unconscious domain as a locus of human potential are dialectically drawn upon as part of 'emotionally corrective identity therapy' in the healing process.

Identity therapy is intended not only to stabilize the deficient identity structure but also to catch up on the development of its most important identity-strengthening functions, such as anxiety and aggression, the demarcation between the inner and external worlds, narcissism, sexuality, identity, and the ability to enter into relationships. Addressing the dynamics of abuse and violence in the family is intended to integrate dissociated personality components into the patient's identity as a whole.

An especially significant aspect for traumatized patients is the removal of symbolization disorders. It is closely linked to the development of the ability to demarcate. As experience has shown, the ability of symbolization can be successfully within a supporting group dynamic social energetic field.

With the help of the entire group, traumatizing group dynamics must be re-

peatedly experienced as bearable for all group members and must be constantly allayed in the field of the therapeutic relationship. Prolonged traumatisms in relationships become treatable through mitigated externalizations. In other words, they can be understood, endured, gradually corrected, interpreted, and forever externalized. From this point of view, it is considered nothing short of dangerous for a trauma therapist to advise his or her patients against bringing their traumatisms into group psychotherapy.

The patients experience a sheltered group space in which the victims identify each other and afford mutual protection and safety. Within that space a patient can deal with his or her own traumatisms as those of other patients are being treated. The frequently described group reinforcement effect serves to intensify the feelings experienced in the group and to relive buried feelings. The constructive rivalry among group members activates both the group process and withdrawn members. It becomes possible to address exaggerated group fears, bring in demarcation experiences, improve the patients' ability to tolerate aggressive encounters with the therapist, and offer help with disentangling components of transference, counter-transference, and actual relationships.

As a form of individual and group psychotherapy for early traumatized patients, Dynamic Psychiatry's identity therapy has several hallmarks:

1. The establishment of a sustainable therapeutic relationship or social energetic field
2. The fostering of direct contact with the therapist and group members with as few interpretation of transference as possible
3. Interventions that support and stabilize identity
4. Work with healthy components of identity
5. Work on the identity deficiencies that are already pretraumatic and on those that have been acquired through traumatisms
6. No work directly on the symptom but rather with the fears of identity and abandonment and with the aggression that all lie behind the symptomatology
7. Work on destructive and deficient aggression
8. Establishment of emotionally corrective experiences with group dynamics
9. Work with transference, countertransference, and resistance in the here and now of the therapeutic relationship, with family violence being taken into account

10. Work on detachment in the process of leaving therapy.

It is not by chance that 'nonverbal' group psychotherapies such as painting (KRESS, RICHARZ, THOME 1998), theater (URSPRUCH 1998, 2000), music (SCHMIDTS, FABIAN 1998), and dance (AMMON 1986; BERGER 1987, 1994) have always been part of the inpatient therapeutic activity at the Menterschwaige Dynamic Psychiatric Hospital in Munich and that they are offered to outpatients as well.

All group psychotherapies mentioned above involve the patients in the psychological phenomenon of therapeutically supervised acting-out at different nonverbal levels to facilitate the therapeutic process of remembrance, reexperience, and working through. Correction is as emotional as possible, with account being taken of the group topic and the conscious and unconscious dynamics developing within the group.

It makes sense for the overall treatment plan of the patients to integrate specific physical and trauma-related therapeutic methods as indicated by the patient's structural development and continued psychodynamic therapy. This viewpoint is especially appropriate when dissociated traumatisms cannot be surmounted and keep interfering with the patient's reintegration in his or her psychic, social, and occupational world. After careful diagnostics, it is then possible to work with qualified body and trauma therapists, who apply their specific methods, including qui gong, FELDENKRAIS, or stabilization and trauma-confrontation exercises such as the monitor technique or EMDR (SHAPIRO 1995). Often with fragile and fragmented identities, patients ill and traumatized very early in life are precisely the people whose healing process calls for integrated approaches to treatment rather than "polipragmatic" (PARIS 2000, p. 161), eclectic ones.

(translation by David Antal)

Literatur

Ammon, Günter (1970): Gruppendynamik der Aggression. Berlin: Pinel.

—— (1976): Das Borderline-Syndrom ein neues Krankheitsbild. In: Dynanische Psychiatrie 9, 317-348.

—— (1979; Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie Bd. 1, München: Reinhardt.

—— (1982; Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie Bd. 2, München: Reinhardt.

—— (1982a): Das sozialenergetische Prinzip in der Dynamischen Psyhiatrie. In: Ammon, G. (1982), s. 4-25.

—— (1986): Humanstruktureller Tanz – Heilkunst und Selbsterfahrung. In: Dynanische Psychiatrie 19, 317-342.

Ammon, Günter; Ammon, Gisela; Griepenstroh, D. (1981): Das Prinzip von Sozialenergie – gleitendes Spektrum und Regulation. In: Dynanische Psychiatrie 14, 1-15.

Berger, M. (1987): Psychischer Ausdruck im Humanstrukturellen Tanz. Eine Pilot-Study. In: Dynanische Psychiatrie 20, 42-64.

—— (1994): Psychological studies concerning human-structural dance. In: Dynanische Psychiatrie 27, 50-66.

Bülow, G. von (1992): Die Rolle der Sprache in nonverbalen Therapieformen. In: Dynanische Psychiatrie 25, S. 41-49.

Burbiel, I. (1997): Das Humanstrukturmodell. In: Dynanische Psychiatrie 30, 145-155.

Dulz, B.; Jensen, M. (2000): Aspekte einer Traumaätiologie der Borderline-Persönlichkeitsstörung: psychoanalytisch-psychodynamische Überlegungen und empirische Daten. In: Kernberg, O. F.; Dulz, B.; Sachsse, M. (Hrsg): Handbuch der Borderline-Störungen. Stuttgart, New York: Schattauer,167-194.

Eckert, J.; Biermann-Ratjen, E.-M. (2000): Gesprächspsychotherapie nach Rogers-Prinzipien einer klientenzentrierten Behandlung von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: Kernberg, O. F.; Dulz, B.; Sachsse, M. (Hrsg): Handbuch der Borderline-Störungen. Stuttgart, New York: Schattauer, 595-612.

Ferenczi, S. (1933): Sprachverwirrung zwischen den Erwachsenen und dem Kind. Bern: Huber 1964, 511-525.

Fonagy, P.; Target, M. (2000): Mit der Realität spielen. Zur Doppelgesichtigkeit psychischer Realität von Borderline-Patienten. Psyche 55, 961-995.

Hirsch, M. (2000): Die Bearbeitung der Erfahrungen von sexuellem Missbrauch und körperlicher Misshandlung in der Familie durch psychoanalytische Psychotherapie. In: Kernberg, O.; Dulz, B.; Sachsse, M. (Hrsg): Handbuch der Borderline-Störungen. Stuttgart, New York: Schattauer, 537-554.

—— (2004): Psychoanalytische Traumatologie – Das Trauma in der Familie. Stuttgart, New York: Schattauer.

Horwitz, L. (1977): Group psychotherapy of the borderline patient. In: Hartocollis, P. (ed). Borderline Personality Disorders. New York: International University Press.

Kernberg, O. F. (1999): Suizidalität bei Borderlinepatienten: Diagnostik und psychotherapeutische Überlegungen. In: Fiedler, G.; Lindner, R. (Hrsg): So habe ich doch was in mir, das Gefahr bringt. Perspektiven suizidalen Erlebens. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht,175-189.

—— (2000): Persönlichkeitsentwicklung und trauma- theoretische und therapeutische Anmerkungen. In: Kernberg, O. F.; Dulz, B.; Sachsse, M. (Hrsg): Handbuch der Borderline-Störungen. Stuttgart, New York: Schattauer, 525-536.

Kress, G., Richarz, B., Thome, A. (1998): Symbiosis and separation in in-patient psychotherapy and painting therapy – case dstudy with paintings. In: Dynanische Psychiatrie 31, 95-108.

Paris, J. (2000): Kindheitstrauma und Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: Kernberg, O. F.; Dulz, B.; Sachsse, M. (Hrsg): Handbuch der Borderline-Störungen. Stuttgart, New York: Schattauer, 159-166.

Rotenberg, V. S., Arshavsky, V. V. (1987): The two hemispheres and the problem of psychotherapy. In: Dynanische Psychiatrie 20, 369-377.

Shapiro, F. (1995): Eye movement desensitization and reprocessing - basic principles, protocols and procedures. New York: Guilford.

Scheidlinger, S. (1974): On the concept of the "mother-group". In: Int. J. Group Psychother. 24, 417-428.

Schmidts, R., Fabian, E. (1998): Indications and therapeutic effect of humanstructural inpatient music therapy. In: Dynanische Psychiatrie 31, 109-118.

Urspruch, I. (1998): Die kreativ-künstlerische Dimension in der humanstrukturellen Theatertherapie. In: Dynanische Psychiatrie 31, 58-67.

—— (2000): Humanstrukturelle Theatertherapie. Eine Möglichkeit des Ausagierens für Borderline-Patienten. In: Dynanische Psychiatrie 33, 13-26.

Trauma in an Individual History of Life

Andrzej Kokoszka (Warsaw, Poland)

A comprehensive review of data on neurobiological, cognitive and psychodynamic aspects of trauma is integrated within a concept of the information metabolism introduced by Kępiński and developed by Kokoszka. In accordance with the theory, processing information is more adequately described in an analogy to a biological model than in an analogy to technical models. Subjective experiences in posttraumatic stress disorder (PTSD) may be understood as a manifestation of an insufficient ability to assimilate a traumatic experience to the mental structures and to accommodate them to this information. These findings are illustrated by a case of a PTSD patient, who experienced a series of traumas including kidnapping and torture.

Key words: trauma, post traumatic stress disorder, processing information, case study

There are many definitions of trauma, however, if it is accepted that it may be considered on a continuum of its severity, the extreme points may be described with a use of a broad and a narrow meaning. An example of the broad meaning is the psychoanalytic definition of trauma, that is presented as "the disruption or breakdown that occurs when the psychic apparatus is suddenly presented with stimuli, either from within or from without, that are too powerful to be dealt with or assimilated in the usual way." (MOORE and FINE 1990, p. 199)

The very narrow definition was offered in DSM-III-R in the description of post-traumatic stress disorder as "an event that is outside the range of usual human experiences and that would be markedly distressing to almost anyone." (DSM-III-R, p. 247)

Understanding the processes underlying mental trauma are a challenge for a community of researchers and clinicians dealing with patients suffering from a wide variety of consequences of different traumas resulting not only in an acute stress reaction and a posttraumatic stress disorder (PTSD) but also in many other psychological problems. Currently, there are many significant findings about some aspects of PTSD coming from neurobiological research, cognitive-behavioral studies and psychodynamic observations. This presentation is aiming at a comprehensive review of conclusions from the available studies on

trauma and at a presentation of a model of the information metabolism—a rationale for an integrative understanding of a variety of scientific findings and for clinical diagnosis. The later is illustrated by a case study.

Current Knowledge on Mechanisms of Pathological Responses to Traumatic Events

The analysis of literature on neurobiological, cognitive behavioral and psychodynamic aspects leads to some clear conclusions formulated by authors of comprehensive reviews of available data.

Conclusions form neurobiological research

The main neurobiological findings dealing with the influence of trauma on an individual's life were summarized in neuroanatomic model of PTSD (STEIN 2000) that includes:

- increased activity in the amygdala and its afferents,
- decreased activity in Broca's area,
- decreased volume of hippocampus.

Conclusions from the recent neuroimaging studies (NUTT and MALIZIA 2004) indicate that:

- Hyperresponsive amygdale operate in the context of attenuated negative feedback from the medial prefrontal cortex and anterior cingulated gyrus—amygdala is hyperreactive to trauma related stimuli.
- Amygdale is involved in mediating negative emotions and physical symptoms associated with autonomic arousal.
- Failure of higher brain regions in extinguishing conditioned fear responses may partly explain symptomatology associated with PTSD.

Generally, symptoms of PTSD, including exaggerated startle response and flashbacks, may be related to a failure of hippocampus and medial cortex to dampen the exaggerated symptoms of arousal and distress that are mediated through the amygdala in response to reminders of the traumatic events.

Conclusions from cognitive-behavioral studies

The main cognitive behavioral findings concerning PTSD (HOLLANDER and SIMEON 2003) include the following:

- PTSD becomes persistent when a person processes trauma in a way that leads to an ongoing sense of serious and current threat (EHLERS and CLARK

2000).

- This type of processing occurs by excessively negative appraisals of trauma or its consequences and by a disturbance of autobiographical memory, so that there is poor contextualization and strong associative memory (EHLERS and CLARK 2000).
- Autonomic responses to both innocuous and aversive stimuli are elevated with greater responses to unpaired cues and reduced extinction of conditioned responses (PERI at al. 2000).
- Persons with PTSD have higher arousal of a sympathetic system at the time of conditioning and therefore are more prone to conditioning than the trauma-exposed persons without PTSD (ORR et al. 2000).
- Persons with PTSD also generalize fear-related conditioned responses from a variety of stimuli, having been sensitized by stress (GRILLON and MORGAN 1999).

The main psychodynamic findings dealing with PTSD

Analysis of psychoanalytical literature leads to a differentiation of the main psychodynamic themes in PTSD (GABBARD 2000):

- The subjective meaning of a stressor may determine its traumatogenicity.
- Traumatic events may resonate with childhood traumas.
- Inability to regulate affect may result from trauma.
- Somatization and alexithymia may be among the aftereffects of trauma.
- Commonly used defenses include: denial, minimization, splitting, projective disavowal, dissociation, and guilt—as a defense against underlying helplessness.
- Mode of object relatedness involves projection and introjection of the following roles: omnipotent rescuer, abuser, victim.

A Concept of the Information Metabolism as Metarationale for the Understanding of Mental Experiences including their Neurobiological, Psychodynamic and Cognitive Aspects

A model of the information metabolism, offered by KĘPIŃSKI in 1970 (developed in his 9 books in Polish published in the 70-ties), institutes that subjective experiences may be better described by a model based on a structure and

functions of a biological cell than by a model of technical equipment. More recently this model was reformulated and developed by KOKOSZKA (1999, 2004; KOKOSZKA, BIELECKI and HOLAS 2001)

The term 'energetic-informational metabolism' denotes life; more specifically—two kinds of processing, without which life would not be possible. They are interconnected, yet they have different a different meaning for different species. In initial phases of phylogenetic development, energy metabolism dominates, but it always coexists with the information metabolism (e.g. processing of information concerning sources of nourishment). As development progresses, the information metabolism gains greater importance and in the most extreme situations, all available energy may be utilized for processing information. In psychological communication, energetic aspects of information are less important than the informational ones. A very small portion of energy of perceived stimuli may have a very important meaning. Due to this a shorter term of the information metabolism is used, instead of 'energetic-informational metabolism'.

Normal functioning of organisms requires a certain range of incoming stimuli. Their insufficiency and excess can be dysfunctional. Higher organisms can have some protective mechanisms in order to preserve the optimal range of the information metabolism.

KĘPIŃSKI argued that biological models are closer to psychological reality than the technical ones. Processing information in humans is influenced, to a significant degree, by the subjective meanings of information, which were shaped during the life history of the individual person. They constitute a unique set of experiences contained in the functional structures of the system of values. This specificity of personal functional structures may be compared to the specificity of individual's proteins and the main elements in a structure of human experiences may be considered as analogous to the structures and functions of the biological cell. Currently this receives some support from biology and philosophy of biology. "The cell is as a matter of fact, the complete microcosmos, in which life takes place; it is the smallest unit, which can undergo all life processes independently. [...] The cell's existence is a key witness of the unit in the living world." (SOLOMON et al. 1996, p.74)

Metabolism along with reproduction and changeability are considered to be the three main features of life (KÜPPERS 1986). Eventually, it is reasonable to presume that the basic structures and function of the cell have their, more complex, counterparts in evolutionary higher organisms, including human beings.

Moreover, application of technical model to description of mental processes has only limited values because there are some arguments reaffirming, that the functioning of the brain differs significantly from computer mechanisms:

- The brain mechanisms are mainly biochemical—interactions of neurotransmitters and receptors, whereas computers are a completely electrical equipment, less flexible than the brain.
- The biochemical structure of a neuron is in a process of continuous transformations and may be modified when needed. The possibility of computers to react in different ways to the same commands is much lower than that of the brain.
- The computer works according to external algorithms, whereas the brain can work by following programs created to a in significant degree by itself.
- Human beings, contrary to the computer and similarly to every living organism, have an ability for:
- individual development,
- reproduction and eventually—phylogenetic development,
- self-organization,
- meaning assignment and decision-making based on subjective experiences.

Moreover, human beings have the capability of creativity—projection and transformation of reality that is the manifestation of the autonomy of ones own activity.

The idea of the information metabolism is congruent with results of analyses indicating that there are three basic proprieties of organization that enable a person, to maintain as a being while in a process of becoming included (FORD and URBAN 1998): unitary functioning; self-organizing, and stability maintaining. It is also compatible with the main presumptions accepted by constructivism (MAHONEY 2000):

- Activity: living organisms are motivated to engage with challenges of life and the developmental opportunities.
- Order: living organisms have self-organizing abilities. They can create order. However, disorder has a significant meaning, because it is necessary for development.
- Identity/self: people actively make order in their own experiences and deal with distinctions based in their embodiment and the contrast between 'the

self' and 'the other'.

- Social, symbolic processes: the human self-organizing activity is embodied in social, symbolic context.
- Dynamical, dialectic development: the person is always changing and self-stabilizing at the same time.

The concept of information metabolism is congruent with modern approaches of understanding the main rules of subjective experiences, moreover, it offers a schema for a comprehensive psychotherapeutic diagnosis. The diagnostic axes are distinguished following the main structures of biological cells, presuming the these components of the smallest living organisms have their more complex counterparts in more developed organisms, including the human being.

Schema for Multiaxial Diagnosis for Psychotherapy according to the Information Metabolism

Axis I. Assessment of Boundaries—in analogy to a cellular membrane

- between the individual and the external world—differentiation of oneself from the surroundings,
- between the internal, mental representation of self and other people—differentiation of one's own opinions from views of other important persons.

Axis II. Assesment of Self-Control Abilities: Processes of Decision-Making—in analogy to nucleus

Assessment of system of values including

- dysfunctional beliefs,
- internal conflicts.

Axis III. Assessment of Possible Ways of Processing Information—in analogy to reticullum endoplasmicum

- modes and possible distortions in processes of transmission, selection and transformation of information incoming to a control center from an organism and from its surrounding.

Axes IV. Assessment of Energetic Resources—in analogy to mitochondrium—
Assessment of factors influencing efficiency of mental processes

- biological (somatic): general somatic conditions,
- psychological (psychological problems),

- social (social support).

Assessment of the energetic resources—mental strength—leads to an answer to such questions: What problems can the individual face now? What problems are too difficult to be solved now?

Axis V. Assessment of Abilities to Incorporate New Information—in analogy to rybosomes

- adaptation, i.e. a coping mechanism,
- assimilation of new information,
- accommodation of existing functional schemas to new information.

Axis VI. Assessment of Abilities to Eliminate Useless Data—in analogy to lyzosomes

- a defense mechanism,
- abilities to eliminate an influence of useless information.

It is noteworthy that the features differentiated above should be understood in a context of a history of life-time individual experiences that shape personal functional structures, current situation and plans for the future. Both structures involved in decision-making as well as the transmission and selection of information have biological, psychological and culturally-social components.

An Application of the Information Metabolism Model to a Comprehensive Synthesis of the Data on Post-Traumatic Stress Disorder

Subjective experiences in PTSD may be understood as a manifestation of an insufficient ability to assimilate a traumatic experience to the mental structures and to accommodate them to this information, that are responsible for:

- processing information: transmission and selection—dependent on an activity of amygdale and hippocampus,
- and/or decision-making—dependent on cortical activity.

Some symptoms of PTSD are:

- manifestations of disturbances in transmission and selection of traumatic experiences—personality dependent mechanisms of processing information,
- consequences of dysfunctional beliefs and intrapsychic conflicts—in centers of decision-making) that are related to maladaptive reactions to stress

and disturbances coming from experiencing traumatic events,
- difficulties in eliminating unnecessary information—ineffective defense mechanisms,
- inappropriate coping mechanisms.

Formation of PTSD symptoms may be facilitated by:
- inappropriate structures underlying the mental functions discussed above, steaming from biological predispositions and earlier life experiences,
- limited energetic resources—due to somatic conditions, psychological and social problems.

Axis I. Assessment of Boundaries
- the reality testing and identity are preserved: lack of psychotic symptoms.

Axis II. Assesment of Self-Control Abilities: Processes of Decision-Making
- attenuated negative feedback from the medial prefrontal cortex,
- failure of higher brain regions in extinguishing conditioned fear responses.

Assessment of a system of values: decision-making

A. dysfunctional beliefs

- PTSD becomes persistent when a person processes trauma in a way that leads to an ongoing sense of serious and current threat (EHLERS, Clark 2000).
- This type of processing occurs by excessively negative appraisals of trauma or its consequences and by a disturbance of autobiographical memory, so that there is poor contextualization and strong associative memory (EHLERS, CLARK 2000).

B. Internal conflicts

- The subjective meaning of a stressor may determine its traumatogenicity.
- Traumatic events may resonate with childhood traumas.

Axis III. Assessment of Possible Ways of Processing Information (personality assessment)
- amygdale is hyperreactive to trauma related stimuli,
- failure of hippocampus to dampen the exaggerated symptoms of arousal

and distress in response to reminders of the traumatic events,

- autonomic responses to both innocuous and aversive stimuli are elevated with greater responses to unpaired cues and reduced extinction of conditioned responses (PERI at al. 2000),
- persons with PTSD have higher arousal of a sympathetic system at the time of conditioning and therefore are more prone to conditioning than the trauma-exposed persons without PTSD (ORR et al. 2000),
- persons with PTSD also generalize fear-related conditioned responses from a variety of stimuli, having been sensitized by stress (GRILLON and MORGAN 1999),
- modes and possible distortions in processes of transmission, selection and transformation of information incoming to the control center from the organism and from its surrounding.

Axes IV. Assessment of Energetic Resources (somatic conditions, psychosocial support)

- Somatization and alexithymia may be among the aftereffects of trauma.

Axis V. Assessment of Abilities to Incorporate New Information

- Inability to regulate affect may result from trauma.
- Processing trauma in a way that leads to an ongoing sense of serious and current threat (EHLERS and CLARK 2000).

Axis VI. Assessment of Abilities to Eliminate Useless Data (defense mechanism)

- Commonly used defenses include: denial, minimization, splitting, projective disavowal, dissociation, and guilt (as a defense against underlying helplessness).
- Mode of object relatedness involves projection and introjection of the following roles: omnipotent rescuer, abuser, victim.

An Application of the Information Metabolism Model to a Multiaxial Psychothepeutic Diagnosis: Case Study

Usefulness of the elaborated schema of psychotherapeutic diagnosis is illustrated by a case description. In order to avoid the recognition of the real person many facts have been distorted.

An approximately 60-year-old man was captured, imprisoned, deprived of any form of maintaining orientation and regularly tortured for several months. When he managed to free himself he was anxious and for several weeks kept avoiding all situations which stipulated leaving a place he considered to be safe for several weeks. This form of anxiety increased to a dysfunctional level as he was faced with unpredicted and unexpected events. However, he adopted relatively well to the trauma, with mild, occasional flashbacks, that did not motivate him to start looking for treatment. Intensive PTSD symptoms did not develop until a year later, right after an arranged by the police, face-to-face recognition of kidnappers, took place. Flashbacks of abduction and tortures became persistent as well as did the nightmares. These symptoms were resistant to pharmacotherapy with sertraline, venlafaxine and hypnotics. As the actual threat held true, for several years he remained in ceaseless contact with the police. Following their instructions, he constantly observed cars that followed him for a prolonged time and by contacting the police by phone, checked the personal data of the cars' owners.

During the period of three years he was actually followed by criminals three times. He has become 'habitually' very vigilant, which resulted in persistent insomnia. Due to a necessity to constantly remain hidden, he cannot undergo a regular therapy, however, he is rather willing to get a psychological support in coping with the real danger than consider the PTSD symptoms as his disorder. He was resistant to insight psychodynamic therapy, idealizing his personal relationships. However, there are no signs of apparent pathology in his family relations. He successfully followed techniques of relaxation and behavioral desensitization of flashback scenes which led to a significant decrease of symptoms. Unfortunately, they became less efficient after he was assaulted and seriously beaten—the incident was connected with a loss of consciousness—some time later the recognition of kidnapers. Since that time his avoidance of situations perceived as unsafe, has increased severely. Every situation reminding him of possible danger exacerbates PTSD symptoms.

Significant information from his life history: Both his parents were active members of an organization persecuted by a communistic regime and were hiding by finding employment—much below their education, in a small factory, among repatriates from lands, which, after World War II, became a part of the Soviet Union. He was aware of this situation even as a small, 4-year-old boy. He knew that his parents protected companions from their organization—persecuted and searched for by the communistic secrete services. In spite of these

memories he does not consider those experiences as traumatic and does not have any negative feelings towards his parents for not protecting him, a young child, from those kinds of stressful cognizance. Despite all this, he has positive memories of his family as a very safe and supporting environment. He developed pretty well, successfully completed a prestigious university and begun an academic career, yet, in the time of political transformations in the 80-ties, shifted to business. He did not experience any psychopathological symptoms until the ones of PTSD. While practicing an extreme sport he managed to survive tremendously dangerous situations and had been a witness of several deaths that took place there. This did not inhibit his further activities, neither caused painful flashbacks.

The most striking characteristic of his personality is a lack of conscious, aggressive feelings. He does not experience any negative feelings towards the persecutors who tortured him. When he got the information that his close business friend was involved in his kidnapping and tortures, he was 'shocked': It boggled in his mind, but he did not experience any aggressive feelings towards the man. He cannot process this information. He experienced a feeling of guilt and blamed himself for trusting his friend too much and not being cautious enough. He acknowledged the possibility that inhibited aggression towards the persecutors is a consequence of his conscious strategy to develop a positive relationship with offenders while he was captured. The only negative feelings expressed by him refer to his disappointment at our social reality, in which organize crime preventions is not powerful enough. He does not meet criteria of any personality disorder, however, his perfectionism and excessive need of control over the self and a situation are prominent, as well as a need of independence.

Multiaxial Diagnosis Based on the Information Metabolism

Axis I. Boundaries

- No significant distortions in the reality testing and one's own identity.

Axis II. Self-Control: Processes of Decision-Making

Distortions in a system of values: decision-making:

1. the biological level of the system of values: some predispositions to PTSD;
2. characterological (emotional) level of the system of values shaped by the personal life-time experience of an individual-dysfunctional beliefs that:

3. unlimited strive for gaining and maintaining control is always reasonable,
4. aggression is always negative and should be avoided;
5. personal experience that shapes the socio-cultural level of the system of values—idealized expectation from Poland as a country liberated from communistic regime; the expectation of independency, self-sufficiency.

Conflict

- A fear of loosing control over one's own aggressive feelings, which are not accepted by conscious values controlled by reaction formation.

Axis III. Ways of Processing Information

- distrust resulting in overestimating the threatening stimulus and underestimating positive information.

Axes IV. Energetic Resources Factors affecting performance

Somatic conditions

- chronic disabilities due to tortures.
- Psychological conditions
- internal conflicts,
- denial of one's own aggressiveness and narcissistic strive for omnipotence,
- actual problems—a threatening attack by criminals.

Social conditions

- lack of sufficient support from the system of justice.

Axis V. Abilities to Incorporate New Information (a coping mechanism)

- assimilation of new information—disabled by conscious and unconscious choice of avoiding or searching for the best, but not very likely solutions,
- accommodation of existing functional schemas to new information: he cannot accommodate aggression as a natural part of humans' conscious experiences.

Axis VI. Abilities to Eliminate Useless Data (a defense mechanism)

- disability to experience mourning due to inadequate expectations from other people and himself—expecting lack of aggression.

A Case Illustration of the Current Findings Dealing with PTSD

The described case study may serve also as an illustration of the described earlier neurobiological, cognitive-behavioral and psychodynamic data on PTSD, described earlier.

Biological Findings

PTSD symptoms, including exaggerated startle response and flashbacks, may be related to a failure of hippocampus and medial cortex to dampen the exaggerated symptoms of arousal and distress that are mediated through the amygdale in response to reminders of the traumatic events; the persistent re-experiencing of a traumatic event may be considered as the disability of assimilation and accommodation of the traumatic event by the individual.

Cognitive Findings

PTSD becomes persistent when a person processes trauma in a way that leads to an ongoing sense of serious and current threat: The real danger is only a rationalization of persistent hyper-vigilance and a strive for full control.

This type of processing occurs by excessively negative appraisals of the trauma or its consequences and by a disturbance of autobiographical memory so that there is poor contextualization and strong associative memory: He cannot improve his self-esteem by overcoming tortures and escaping from a danger of death.

Autonomic responses to both innocuous and aversive stimuli are elevated with greater responses to unpaired cues and reduced extinction of conditioned responses: persistent insomnia coexisting with hyper-vigilance resulting from a strive for full control.

Persons with PTSD have higher arousal of a sympathetic system at the time of conditioning and therefore are more prone to conditioning than the trauma-exposed persons without PTSD: It is likely that in order to survive he was in a state of high arousal for a prolonged period.

Persons with PTSD also generalize fear-related conditioned responses from a variety of stimuli, having been sensitized by stress: He experiences increased fear in a variety of situations associated with kidnapping, i.e. underground parking, long corridors.

Psychodynamic Findings

The subjective meaning of a stressor may determine its traumatogenicity: The act of kidnapping was beyond the range of expectations of a very successful man with a high level of normal narcissism and a self-image of an omnipotent person. The kidnapping was a challenge for him and he managed to activate all available resources to survive. However, this experience undermined his feeling of omnipotence: It should be noticed that in his conscious experience he did not make any serious mistakes. Moreover, according to current social standards he is extremely successful in terms of his personal (family), professional, and social achievements. He managed to fulfill his perfectionist need for 50 years of his life until the moment of kidnapping. His defense mechanisms cannot cope with this event, which results in PTSD symptoms.

Traumatic events may resonate with childhood traumas: The persistent experience of danger for an entire family, in childhood are managed by: denial, minimization, splitting, projective disavowal.

Inability to regulate affect may result from trauma: He cannot disengage from the anxious tendencies.

Somatization and alexithymia may be among the aftereffects of trauma: insomnia and a lack of conscious negative feelings towards the offenders.

Commonly used defenses included dissociation and guilt (as a defense against underlying helplessness): dissociation of aggressive feelings towards an enemy; feeling of guilt resulting form an incident of doing business with a friend who later became a persecutor.

Mode of object relatedness: He oscillates between two roles: the one of a victim and of the rescuer; he continues a private investigation. The therapist in a transference process was experienced as the abuser at the beginning, and later as s rescuer.

Conclusions

A concise review of literature indicates that advances of neurobiological, cognitive-behavioral and psychodynamic studies are helpful in the understanding of symptoms of PTSD in a clinical practice. The multiaxial diagnosis based on the information metabolism model may serve as a rationale for the comprehensive understanding of results coming from studies conducted within different scientific approaches as well of clinical phenomena.

Trauma in einer individuellen Lebensgeschichte

Andrzej Kokoszka (Warschau)

Das Verständnis der Prozesse, die mentale Traumata hervorrufen, stellt eine Herausforderung dar für eine Reihe von Forschern und klinisch Tätigen, die Patienten behandeln, die unter einer breiten Vielfalt von Folgen der verschiedenen Traumata leiden, die sich nicht nur in akuten Stressreaktionen und in einer posttraumatischen Stressstörung (PTSD), sondern auch in vielen anderen psychologischen Probleme äußern. Die Verschiedenartigkeit der Traumata erlaubt dennoch eine Anordnung auf einem Kontinuum. Entscheidend für diese Anordnung ist der jeweilige Schweregrad des Traumas. Die extreme Ausprägung eines Trauma kann im Sinne einer weitergefassten psychoanalytischen Definition als

> die Unterbrechung oder der Zusammenbruch [beschrieben werden], welcher sich ereignet, wenn sich der psychische Apparat plötzlich mit inneren oder von außen hereinbrechenden Reizen konfrontiert sieht, welche zu machtvoll sind, als dass er mit ihnen umgehen oder sie auf die gewohnte Weise assimilieren könnte (MOORE and FINE 1990, S. 199; author's translation)

und durch die sehr eng gefasste Definition, welche im DSM-III-R im Rahmen der Beschreibung des posttraumatischen Belastungsstörung angeboten wird, "als einem Ereignis, das sich außerhalb der Bandbreite von gewöhnlichen menschlichen Erfahrungen befindet und das merklich belastend für fast jedermann wäre". (S. 247; author's translation)

Trotz des breiten Spektrums von möglichen Äußerungsformen der traumatischen Störung beschäftigt sich die neueste Forschung vornehmlich aber mit dem als posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) klassifizierten klinischen Syndrom. Die Durchsicht der Literatur führte zu ziemlich bedeutsamen Entdeckungen im Rahmen der Neurobiologie, dem aus dem Zusammenspiel von Kognition und Verhalten herleitenden und dem psychodynamischen Ansatz. Nach der konzisen Erörterung der hauptsächlichen Schlussfolgerungen aus diesen Studien wurden sie mittels der entsprechenden Begrifflichkeit in das Konzept des Informationsstoffwechsels integriert, einem Konzept, das von KĘPIŃSKI eingeführt und von KOKOSZKA fortentwickelt wurde. In Übereinstimmung mit dieser Theorie kann Informationsverarbeitung angemessener in Analogie zu biologischen als zu technischen Modellen beschrieben werden. Es wird behauptet, dass die Besonderheit der personalen funktionalen Strukturen mit der Besonderheit des Aufbaus der Proteine des Individuums verglichen werden

kann und dass die hauptsächlichen Elemente in der Struktur menschlicher Erfahrungen in Analogie zu den Strukturen und Funktionen der biologischen Zelle betrachtet werden können.

> Die Zelle stellt tatsächlich den vollständigen Mikrokosmos dar, in dem Leben stattfindet; sie ist die kleinste Einheit, in der alle Lebensprozesse bereits unabhängig von größeren Zusammenhängen betrachtet werden können. Die Existenz der Zelle selbst ist wiederum der Beweis der Einheit der lebendigen Welt. (SOLOMON et al. 1966, S. 74; author' translation)

Schließlich ist es berechtigt anzunehmen dass die grundlegenden Strukturen und Funktionen der Zelle ihre komplexeren Entsprechungen in höher entwickelten Organismen, einschließlich menschlichen Lebewesen, haben. Und schließlich lassen sich in Analogie zu den hauptsächlichen Strukturen einer biologischen Zelle die verschiedenen Achsen eines 'Schemas für die multiaxiale Diagnose für die Psychotherapie gemäss des Informationsaustausches' darstellen. Hierbei handelt es sich um folgende Achsen:

Achse I. Einschätzung der Grenzen – in Analogie zur Zellmembran

- zwischen der inneren und äußeren Welt – Unterscheidung des eigenen Selbst von der Umgebung,
- zwischen der inneren mentalen Vorstellung des Selbst und des anderen –Unterscheidung der eigenen Meinung von den Ansichten anderer bedeutenden Personen.

Achse II. Einschätzung der Fähigkeiten zur Selbstkontrolle: Prozesse der Entscheidungsfindung – in Analogie zum Zellkern,
Beurteilung des Wertesystems

- einschließlich der dysfunktionalen Überzeugungen,
- der internen Konflikte

Achse III. Einschätzung der möglichen Weisen der Informationsverarbeitung – analog zum endoplasmatischen Reticulum,

- darin eingeschlossen Weisen und mögliche Störungen der Übertragungs-, Selektions- und Umwandlunssprozesse der Information, welche ausgehend von dem Organismus selbst und von seiner Umgebung zu einem Kontrollzentrum zwecks weiterer Verarbeitung gelangt.

Achse IV. Einschätzung der energetischen Ressourcen – in Analogie zu den Mitochondrien – Beurteilung der Faktoren, die Einfluss nehmen auf die Effizienz mentaler Prozesse,

- einschließlich biologischer und allgemein somatischer Bedingungen,

- psychologische Probleme
- und soziale Unterstützung.

Achse V. Einschätzung der Fähigkeiten neue Informationen zu integrieren – analog zu den Ribosomen – einschließlich der Anpassung, d. h. Bewältigungsmechanismen,

- Assimilation von neuen Informationen,
- Akkommodation existierender funktionaler Schemata an neue Informationen.

Achse VI. Einschätzung der Fähigkeiten nutzlose Daten zu eliminieren – analog zu den Lysosomen, dazu zählen

- Abwehrmechanismen und
- die Fähigkeit den Einfluss nutzloser Information zu eliminieren.

Nach der Auffassung des Autors sollte es grundsätzlich möglich sein, zwischen den oben unterschiedenen Merkmale einem Zusammenhang mit der Geschichte lebenslanger individueller Erfahrungen, welche die persönlichen funktionalen Strukturen formt, mit der gegenwärtigen Situation und mit Plänen für die Zukunft herzustellen. Dabei ist zu beachten, dass beide Strukturen, die sowohl bei der Entscheidungsfindung als auch bei der Übertragung und Auswahl von Informationen beteiligt sind, biologische, psychologische und kulturell-soziale Komponenten haben.

Subjektive Erfahrungen in der posttraumatischen Stressstörung (PTSD) können verstanden werden als der Erweis einer ungenügenden Fähigkeit, eine traumatische Erfahrung den mentalen Strukturen anzugleichen, und diese Strukturen den entsprechenden Informationen anzubequemen. Hauptsächlich sind dabei die Strukturen betroffen, die verantwortlich sind für die Informationsverarbeitung, -Übertragung und -Auswahl, die wiederum abhängig ist von der Aktivität der Amygdala und des Hippocampus, und die Strukturen, die verantwortlich sind für die Entscheidungsfindung, die wiederum abhängig sind von der kortikalen Aktivität.

Einige Symptome der posttraumatischen Stressstörung (PTSD) sind Manifestationen von Störungen bei der Übertragung und Auswahl von traumatischen Erfahrungen – persönlichkeitsabhängige Mechanismen der Informationsverarbeitung – und Folgen dysfunktionaler Überzeugungen und intrapsychischer Konflikte (in Zentren der Entscheidungsfindung), die mit schlecht angepassten Reaktionen auf Belastung und Störungen verbunden sind, welche von dem

Erleben traumatischer Ereignissen herrühren. Zusätzlich manifestieren sich in den Symptomen Schwierigkeiten im Eliminieren unnötiger Information im Gefolge von unwirksamen Abwehrmechanismen, und ungeeignete Bewältigungsmuster.

Für die Bildung der PTSD Symptome können ungeeignete Strukturen haftbar gemacht werden, welche – wie oben diskutiert – mentalen Funktionen zugrunde liegen und die von biologischen Prädispositionen und früheren Lebenserfahrungen abstammen, sowie begrenzte energetische Ressourcen aufgrund bestimmter somatischer Bedingungen und psychologischer und sozialer Probleme.

Der klinische Nutzen einer Diagnose, welche aufgrund des Modells des Informationsaustauschs getroffen wird, wird anhand einer Beschreibung eines Falles eines PTSD Patienten illustriert, die sich begrifflich an der Terminologie dieses Modells orientiert. Der Patient, der an diesem Syndrom litt, hatte eine Reihe von Traumata durchlebt einschließlich Entführung und Folter. Der Fall dient zur Beschreibung neurobiologischer, sich aus dem Zusammenspiel von Kognition und Verhalten herleitender und psychodynamischer Mechanismen der posttraumatischen Stressstörung (PTSD).

References

DSM-III-R (1987). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd ed.). Washington DC: American Psychiatric Association.

Ehlers, A., and Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. In: Behavioral Research and Therapy 38, pp. 319-345.

Ford, D. H., and Urban, H. B. (1998). Contemporary models of psychotherapy. A comparative analysis. New York: Wiley & Sons.

Gabbard, G. O. (2000). Psychodynamic psychiatry in clinical practice (3rd ed.). Washington DC: American Psychiatric Press.

Grillon, C., and Morgan, C. A (1999). Fear – potentiated startle conditioning to explicit and contextual cues in Gulf War veterans with posttraumatic stress disorder. In: Journal of Abnormal Psychology 108, pp. 134-142.

Hollander, E., and Simeon, D. (2003). Concise guide to anxiety disorders. Washington DC: American Psychiatric Publishing.

Mahoney, M. (2000). Constructivism and positive psychology. In: Complessita & Cambiamento / Complexity & Change 9, pp. 41-47.

Kępiński, A. (1970). Biologiczny model w myśleniu psychiatrycznym (The biological model in psychiatric thinking). In: Psychiatria Polska 4, pp. 373-378.

Kokoszka, A. (1999). Information metabolism as a model of human experiences. In: International Journal of Neuroscience 97, pp. 169-178.

—— (2004). Metabolism of information as a model of mental processes and its application for psychotherapy. In: A. Freeman, M. Mahoney, P. Devito, D. Martin (eds.). Cognition and Psychotherapy. 2nd ed.. New York: Sprinter Publishing, pp. 323-349.

Kokoszka, A., Bielecki, A., and Holas, P. (2001). Mental organization according to the metabolism of information model and its mathematical description. In: International Journal of Neuroscience 107, pp. 173-184.

Küppers, B.-O. (1986). Der Ursprung biologischer Information: Zur Naturphilosophie der Lebensentstehung. München: Piper.

Moore, B. E. (1990). Psychoanalytic terms and concepts. New Haven: The American Psychoanalytic Association.

Nutt, D. J., and Malizia, A. L. (2004). Structural and functional brain changes in posttraumatic stress disorder. In: Journal of Clinical Psychiatry, 65, suppl. 1, pp. 11-17.

Orr, S. P., Metzger, L. J., Lasko, N. B. et al. (2000). De novo conditioning in trauma-exposed individuals with and without posttraumatic stress disorder. In: Journal of Abnormal Psychology 109, pp. 290-298.

Peri, T., Ben-Shakhar, G., Orr et al.(2000). Psychophysiologic assessment of aversive conditioning in posttraumatic stress disorder. Biological Psychiatry 47, 512-519.

Solomon, E. P., Berg, L. R., Martin, D. W., and Villee, C. A. (1996). Biologia. Warszawa: Multico Oficyna Wydawnicza.

Stein, D. J. (2000). False alarm. How to conquer the anxiety disorders. Cape Town: University of Stellenbosch.

About the Author

Andrzej Kokoszka, M.D., Ph.D.

Professor of psychiatry, head of the II. Department of Psychiatry at the Medical University of Warsaw, certified group analyst and a cognitive-behavioral therapist.

Address

Prof. Andrzej Kokoszka

Medical University of Warsaw

II. Department of Psychiatry

Ul. Kondratowicza 8

PL-03-242 Warszawa, Poland

phone/fax: +48-22-326 58 92

kokoszka@amwaw.edu.pl

Zur Bedeutung der Identifikation in der Psychoanalyse

Egon Fabian (München)

Identification is recognized in psychoanalysis as a central mechanism in the formation of personality and psychosexual identity. Recently, the emphasis has shifted to the pathological forms of identification: the identification with the aggressor and the projective identification. The present paper contributes to the understanding of mechanisms underlying positive and negative identification processes, and their transgenerational aspects. Several case histories are presented. The relevance of identification for psychotherapy and group analysis is described, stressing the role of the therapist with his personality and life style as central factors in the therapeutic development of the patient. The paper concludes with some higher forms of identification which are part of the mature formation of personality.

Schlüsselwörter: Identifikation, Psychoanalyse, Introjektion, Transgenerationale Weitergabe, Gruppentherapie

Einführung

Aus der Entwicklungsforschung des Kindes kennen wir die Bedeutung der Identifikation für das Lernen. Die Lerntheorie betont die Bedeutung der Nachahmung und des Modelllernens; sie behandelt aber den Lernenden, schreibt RÖDER, "wie einen physikalischen Gegenstand, der keinen Aufschluss über sich selber geben kann." (1973, S. 12) Für die Psychoanalyse ist die Identifikation nicht nur beim Lernen wichtig, sie steht für einen zentralen Mechanismus im Bildungsprozess der Persönlichkeit. Wenn in der psychoanalytischen Literatur der letzten Jahrzehnten aber von Identifikation die Rede ist, sind meistens die pathologische Identifikation oder ihre Abwehrformen gemeint: die Identifikation mit dem Aggressor und die projektive Identifikation. In der klassischen psychoanalytischen Literatur gilt die Identifikation als bildende Kraft für den Aufbau des Ichs und des Über-Ichs. Unklar bleibt jedoch, weshalb sich das Kind mit *bestimmten* Zügen und Eigenschaften *bestimmter* Personen zu *bestimmten* Zeiten identifiziert und nicht mit anderen, zu anderen Zeiten. Identifikation ist ein selektiver Vorgang. Das Kind identifiziert sich nicht wahllos mit jedem Identifikationsangebot. Manche Eigenschaften, Reaktionsweisen, Über-

zeugungen der Eltern übernimmt es rasch, oft 'pauschal', andere aber gar nicht, oder nur verborgen. Was ist also der Sinn hinter der selektiven Identifikation des Kindes?

Kathrin, 6 Jahre alt, hat bisher keine, zumindest keine negativen Erfahrungen mit Hunden gemacht; trotzdem fürchtet sie sich panisch vor ihnen. Die Mutter hat ihrerseits starke Ängste, auch vor Tieren, der Vater nicht. Die dominante Beziehung von Kathrin (ihre Haupt-Bindungsperson) ist zur Mutter, sie übernimmt identifikatorisch auch deren Ängste und Befürchtungen: Sie ist 'Mamas Kind'.

Aus den Therapien kennen wir vielfältige Identifikationsprozesse bei unseren Patienten. Sie sind auf subtile Weise mit Zügen ihrer Eltern, ihrer Vorbilder identifiziert; aber oft auch mit den Idealen oder den nicht erreichten Zielen und den Fantasien ihrer Vorfahren, mit ihren Ideologien und irrationalen Glauben. Identifikation ist also nicht nur bei der Bildung unserer Intelligenz und unserer Persönlichkeit am Werk, sondern übernimmt, scheinbar undifferenziert und 'zufällig', auch Urteile und Vorurteile unserer Eltern und Vorfahren.

Herr B., seiner Abstammung nach aus einer nicht-religiösen jüdischen Familie, erinnert sich, wie er als Kind und als junger Mann seinen Vater oft sagen hörte, die 'Skandinavier' seien alle 'gute Menschen'. Sein Vater meinte damit offensichtlich den guten Ruf, den die Bevölkerung Dänemarks und Schwedens aufgrund ihres Verhaltens gegenüber den Juden während der Naziverfolgung (freilich nicht in jedem Fall, aber doch oft genug) genossen hatten. Er lebte in einem ost-europäischen Land und hatte mit Sicherheit in seinem Leben nie einen Skandinavier gesehen. Im Übrigen war dieses plump idealisierende, 'positive' Vorurteil nur ein Teil der Welt seiner Vorurteile; durchaus negative, ja vernichtende Vorurteile bestanden bezüglich anderer Völker, die er allesamt pauschal als 'Diebe', 'Mörder' usw. bezeichnete. Im Falle der 'guten Skandinavien' jedenfalls übernahm B. die 'Meinung' seines Vaters, ohne dies zu merken, so gründlich, dass er im Alter von etwa 30 Jahren, keineswegs undifferenziert in seinen Anschauungen, als er zum ersten Mal nach Schweden reiste, überrascht war, von 'negativen' Zügen aus dem Mund eines dort lebenden Bekannten zu hören und überzeugt war, es handele sich um eine üble Nachrede. Wie tief solche Identifikationen mit fremden Ideen sind, zeigt sich darin, dass bei tiefergehender Reflexion. B. sich noch lange eingestehen musste, dass die pauschale Bewunderung der Skandinavier auch später aus seiner Ideenwelt trotz sehr unterschiedlicher Erfahrungen nicht ganz verschwand.

Diese einfachen Beispiele deuten schon an, dass Identifikation mit der Bezie-

hung zu einem Elternteil verbunden sein könnte; sie zeigen andererseits auch, wie tief verwurzelt sogar solche partiellen Identifikationen sind, wie schwer ihre Realitätsprüfung und Korrigierbarkeit selbst bei bewusster Absicht sind; wir alle tragen eine Vielzahl solcher Ideen, Urteile und Vorurteile in uns, die wir oft nicht hinterfragen. Man könnte dadurch besser verstehen, weshalb weit verbreitete Vorurteile, wie z. B. der Antisemitismus, oft über Generationen auf diese Weise trotz 'besserer Einsicht' fortbestehen können.

Es fiel dem Autor bei einem Besuch im Jahre 1983 in Valladolid, Zentralspanien, auf, dass manche Wände mit antisemitischen Parolen beschmiert waren. Bekannterweise leben in Zentralspanien sogut wie keine Juden mehr seit ihrer Vertreibung 1492 unter dem katholischen Königspaar Ferdinand und Isabella (FABIAN 2002a).

Das Kind kann sich also mit *allen* bewussten und unbewussten Charaktereigenschaften, Überzeugungen, Einstellungen und Ideologien wichtiger Identifikationspersonen identifizieren und diese unbemerkt übernehmen, ja später mit Heftigkeit vertreten: mit Ängsten, Aggressivität oder Mut, mit Lebensfreude, Optimismus, Humor oder (sehr häufig) mit Anhedonismus, depressiver Weltanschauung, mit Männerhass und Frauenhass, Fremdenhass, Nationalismus, oder mit ethischen Werten wie Gerechtigkeit, Humanismus, auch mit der Liebe zur Kunst, Musik, mit wissenschaftlicher Neugier und geistigen Interessen, besonders dann, wenn diese von den Vorbildern echt und überzeugend vertreten werden. Identifikation mit *Eigenschaften* heißt Identifikation mit einem *Teil des Vorbildes* (mit einem 'Introjekt').

Identifikation scheint also allgegenwärtig zu sein, von der oberflächlichen Identifikation mit einem bekannten Pop-Sänger oder einer berühmten Persönlichkeit bis hin zur Identifikation mit ethisch hochstehenden Vorbildern oder Idealen, im destruktiven wie im konstruktiven Sinn. Manche Fragen drängen sich hier auf: Welcher Stellenwert kommt der Identifikation bei den komplexen Prozessen der Bildung des Gesamtpersönlichkeit jenseits der Identifikationsprozessen mit Introjekten zu? Welchen Gesetzmäßigkeiten gehorcht die Identifikation und wonach entscheidet sich, mit wem sich ein Kind identifiziert und mit wem nicht, und, wenn ja, mit welchem Anteil der Personen? Wonach entscheiden sich Vorbilder oder Teile davon? Welche Bedeutung hat die Identifikation bei den Fortführungen von Familiendynamiken und der Tradierung transgenerationaler Konflikte oder Dynamiken? Und schließlich: Welche Rolle spielt die Identifikation mit dem Therapeuten in der Psychotherapie? Ich werde in dieser Arbeit versuchen, einigen Antworten auf diese Fragen näher zu kommen.

Identifikation in der psychoanalytischen Literatur

Dass identifikatorische Prozesse eine bestimmte Rolle im Aufbau der Persönlichkeit und der psychosexuellen Identität spielen, ist allgemein bekannt. Lernprozesse identifikatorischer Art sind, wie erwähnt, von der Entwicklungspsychologie seit langem beobachtet und beschrieben worden, sie sind zentral v. a. in der behavioristischen Lerntheorie und der Verhaltenstherapie verankert. Es handelt sich dabei aber oft um Identifikation kognitiver Art. Die unbewusste, tieferreichende Identifikation ist die Domäne der Psychoanalyse.

Wie eingangs erwähnt, beschäftigt sich die neuere Literatur überwiegend mit den pathologischen Varianten der Identifikation: seit Anna FREUD mit der Identifikation mit dem Angreifer, seit Melanie KLEIN mit der projektiven Identifikation. Insbesondere diese letztere Form der Identifikation hat infolge der vermehrten Beschäftigung mit der Therapie schwer traumatisierter und Borderline-Patienten erheblich an Interesse gewonnen. Die Familientherapie betont die mangelnde Triangulierung, und damit die fehlende Identifikationsmöglichkeit mit dem 'abwesenden' Vater für den Ablösungsprozess von der Mutter (GRIESER 2001, S. 64-65). In der Depression ist der Patient auf die Aufrechterhaltung einer idealisierenden Identifikation für die Stabilisierung seiner Identität angewiesen (WEISS, LANG 2000, S. 320-325). Der psychotische Patient war nicht imstande, die stabile 'Ur-Identifikation' (LOCH 1961) zu erlangen, die die "Unabhängigkeit von den bedürfnisbefriedigenden Objekten ein für alle Mal garantiert" (LOCH 1961, S. 715).

WINNICOTT sagt, dass "ein großer Teil unseres Lebens von gegenseitigen Beziehungen aufgrund von Kreuzidentifikationen bestimmt" wird. (2002, S. 115) Schon das Spiel des Kindes besteht überwiegend aus identifikatorischen Prozessen. Beim Spiel identifizieren sich die Kinder miteinander durch Gemeinschaftserlebnisse und lernen dadurch auch mitzufühlen. Das Mädchen spielt Mutter und Baby mit ihrer Puppe, der Junge spielt Tarzan oder Superman. Später treten Alltagshelden an ihre Stellen, die Jugendlichen identifizieren sich mit Sängern, Popstars, bekannten Sportlern und, weniger sichtbar mit bestimmten Zügen, meist ihrer gleichgeschlechtlichen Elternteile. Bis heute dauert die Diskussion über Erbung versus Identifikation an. Aber warum identifiziert sich der Knabe mit Tarzan oder mit Superman? Oft ist der Vater ja kein Held, sondern vielleicht ein 'harmloser' Beamter, der nach seiner Bürotätigkeit zuhause mürrisch seinen Garten pflegt oder sein Haus baut. Die Mutter des Mädchens mag keine besonders mütterliche Mutter sein. Man würde

daraus schließen, dass die Kinder kompensatorisch das Entgegengesetzte von den Eltern, d. h. ihre *Wunscheltern* fantasieren (FREUD 1909, S. 223-226); plausibler ist es aber anzunehmen, dass sie die nicht bewussten Fantasien ihrer Eltern übernehmen, sich mit den von diesen sozusagen *angebotenen* Fantasien identifizieren. Denn je inhaltsleerer und unbefriedigender das Leben der Eltern, umso lebhafter dürfte die Sehnsucht nach einem 'Heldenleben', nach Ruhm oder narzisstischer Bestätigung sein. Der Vater dürfte von Macht, Ruhm, Reichtum, Erfolg 'bei den Frauen' und Potenz in der Sexualität, die Mutter mag von Schönheit, Verführungskunst und Glück an der Seite eines Mannes träumen, einen starken, berühmten, potenten Mann-Vater haben – wenn ihnen diese Fantasien 'erlaubt', d. h. nicht so schmerzlich wären; ansonsten müssen sie verdrängt werden. Die Kinder aber spüren das Verdrängte und nehmen es in sich auf, so wie sie auch verdrängte Konflikte in sich aufnehmen. Warum tun sie das? Weil sie spüren, dass sich die Eltern diese Fantasien wünschen, aber sich selbst nicht gestatten; erlaubt ist aber noch die 'realistische' Fantasie, dass die Tochter oder der Sohn das eines Tages werden, was sie, die Eltern, nicht haben werden können. Das Kind bestätigt also, dass es

1. diesen Wunsch erkennt und anerkennt;
2. dass es die damit verknüpfte Hoffnung doch noch realisieren könnte und sogar möchte;
3. dass es damit 'Papas' oder 'Mamas' Kind ist und sogar deren Wunsch nach Identität und Unsterblichkeit in sich aufnimmt. Und
4. damit wird das Kind *beliebter,* besonders dann, wenn die Beziehung pathologisch verformt ist.

Auch der strenge, kalte, narzisstische Vater wird oft liebevoll, wenn es um die 'große Zukunft' seines Kindes geht (Beispiele sind u.a. in der Musikgeschichte sehr häufig – Clara SCHUMANN, PAGANINI, BEETHOVEN, SCHUBERT, BRAHMS u.v.a.; vgl. G. KREMERS Autobiographie 'Kindheitssplitter' (1997). Freilich ist das dann nicht primär Kontakt zum Kind, sondern narzisstische Projektion der Eltern, die bis zur emotionalen Ausbeutung des Kindes reichen kann; trotzdem beinhaltet es zumindest eine *Beziehungschance,* die umso wichtiger für das Kind ist, je schwieriger oder gestörter die Beziehung in der Realität ist. Also in diesem Fall ist der Sinn der Identifikation der eines Beziehungsgeschehens – eines Beziehungsgeschehens, das besonders bei Kindern, die unter Verlassenheit leiden, sich des Narzissmus der Eltern zur Verbesserung ihrer Beziehungen – und damit ihres Schicksals – bedient.

In der frühen psychoanalytischen Literatur ist von Identifikation als Verinnerlichungsprozess von Personen- (meist Eltern-)anteilen die Rede; diese Introjekte sind dann am Aufbau der Persönlichkeitsstruktur beteiligt. Identifikation ist, für FREUD, die früheste Form, die 'Vorstufe der Objektwahl', er nennt sie 'primäre Identifikation'. In Zusammenhang mit seiner Erklärung der Depression in 'Trauer und Melancholie' spricht FREUD von "narzisstischer Identifizierung mit dem [verlorenen] Objekt", die das Objekt ersetzt mit dem Erfolg, dass "die Liebesbeziehung trotz des Konflikts mit der geliebten Person nicht aufgegeben werden muss" (FREUD 1917, S. 203). Insgesamt "bildet sich [das Ich] zum guten Teil aus Identifizierungen", schreibt FREUD (1923, S. 315); und nach FENICHEL sei das Ich "bis zu einem gewissen Ausmaß eine Zusammensetzung aus früheren Identifikationen. Seine Natur variiert daher mit der Qualität der Vorbilder solcher Identifizierungen" (FENICHEL 1974, S. 30). Anfangs identifiziert sich der Säugling durch den archaischen Mechanismus der oralen, kannibalistischen Einverleibung, wie FREUD schon in seinem Frühwerk, den 'Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie' von 1905 beschrieben hat (bei den Menschenfressern wird ja der Feind gespeist, damit seine Macht und seine heldenhaften Züge auf den Verzehrer übertragen werden). Die spätere Identifikation ist für FREUD insgesamt ein Vorgang ambivalenter, ödipaler Natur: "Des Vaters bemächtigt sich der Knabe durch Identifizierung [; in dieser Identifikation sei] von Anfang an [die] enthaltene Ambivalenz manifest" (FREUD 1923, S. 299). Identifikation wird in dieser Phase der Theoriebildung FREUDS als Synonym von Introjektion benutzt. "Die Introjektion ist der Versuch, Teile der Außenwelt ins Ich einfließen zu lassen" (FENICHEL 1974, S. 63).

Identifikation ist also nach FENICHEL die allererste Objektbeziehung. Sie begleitet weiter den Aufbauprozess des Ichs in immer reiferen Formen, vom Einverleiben über "passive Vorläufer der Liebe (ambivalente Objektbeziehungen), bis hin zur reifen Liebe". FREUD spricht von 'sekundärer Identifikation' als einer späteren Form der Identifikation mit Vorbildern, die als Wiederholung der 'primären Identifikation' zu verstehen ist; er geht nicht näher auf diese Form der Identifikation ein. Anna FREUD illustriert die spielerische Identifikation des Kindes mit gefährlichen Tieren, um an der Stärke des Tieres teil zu haben und seinen Schutz zu genießen, als ein archaisches Beispiel für die Identifikation im Dienst der Angstbewältigung (als Vorläufer der Identifikation mit dem Aggressor).

Der Prozess, durch den die Identifikation beim Aufbau der Persönlichkeit in der frühen Entwicklungsphase des Kindes stattfindet, wird von FREUD am de-

taillliertesten am Beispiel des Über-Ichs untersucht. Das Über-Ich, das 'Erbe des Ödipus-Komplexes', entsteht aus Identifikationen, und zwar "solange das Ich noch schwach war" (FREUD 1923, p. 315), als Ersatz elterlicher Autorität. "Die in der Identifizierung von Anfang an enthaltene Ambivalenz [wird hier] manifest" (FREUD 1923, p. 299), d. h., dass der frühere Anteil, die 'direkte' Identifikation mit dem Vater hier einfließt, während der ödipale Teil, die Konkurrenz mit dem Vater, allmählich überwunden ('desexualisiert und sublimiert') und später im eigenen Vatersein reaktiviert wird. Der Mechanismus der Identifikation und Introjektion, die in der späteren Entwicklung die Objektbesetzung ersetzen, wird von FREUD in mehreren Arbeiten (1910, 1915, 1918, 1924) ausführlich untersucht und zur 'Erklärung eines bestimmten Typus von Homosexualität' (FREUD 1923) verwendet, d. h. in der Entstehung der psychosexuellen Entwicklung zu Mann oder Frau.

MEISSNERS Monographie über die Identifikation (1972) und SANDLERS (1988) Untersuchung des Über-Ich-Aufbaus beim Kind sind die wichtigsten Arbeiten, die seit den Kriegsjahren dem Thema Identifikation gewidmet sind. MEISSNER hat sich mit den Begriffen von Inkorporation, Introjektion, Imitation und Identifikation als Formen der Verinnerlichung (Internalisation), die von der Reife der Person und der Entwicklung und Qualität der Objektbeziehungen des Individuums bestimmt werden, ausführlich auseinandergesetzt. SANDLER hat sich mit dem Unterschied zwischen Introjektion und Identifikation beschäftigt. Nach SANDLERS Auffassung erlaubt die Introjektion dem Introjekt (z. B. des Angreifers) eine Art eigenes Leben, wie das eines 'inneren Begleiters'. Der Konflikt zwischen diesem Introjekt und dem Ich verursacht nach SANDLER Schuldgefühle und Spannungen, die durch Identifikation mit dem Introjekt verringert werden können. Demgegenüber ist die Identifikation eine *Assimilation*, die das Identifizierte zum Teil des eigenen Ichs werden lässt.

Sowohl SANDLER als auch MEISSNER untersuchen in Detail die Mechanismen früher Identifikationsprozesse und ihre Bedeutung für die spätere Persönlichkeitsstruktur, verlassen jedoch nicht den traditionellen konzeptuellen Boden von FREUDS Instanzenmodell. Beide sprechen von der Identifikation mit Objekten als von einer lebenslangen 'Fähigkeit' der seelischen Strukturbildung, unabhängig davon, ob es sich um Personen aus der Umgebung des Subjektes oder Introjekten handelt: "The capacity to identify with objects (via representations) continues through life, irrespective of wether these objects are persons in the subject's environments or introjects" (MEISSNER 1972, S. 236). Den Identifikationsprozess definiert MEISSNER als einen dynamischen Prozess

der Assimilation, die zur Strukturbildung oder Umstrukturierung des Ichs in Richtung der Synthese und der Integration führt. Der Beziehungsaspekt der Identifikation wird bei den beiden Autoren, wie auch bei FREUD, nicht sichtbar.

Das Verdienst Anna FREUDs ist, die Identifikation mit dem Angreifer (ursprünglich von FERENCZI beschrieben; Anna FREUD erwähnt ihn nicht) als lebensnotwendige Strategie des Kindes zur Bewältigung seiner Angst beschrieben zu haben (A. FREUD 1936). Dem Kind geht es bei dieser archaischen Form der Identifikation nicht um Identifikation mit der Person, sondern um eine angstlindernde Strategie: Das 6-jährige Kind, das unter dem Zahnarzt gelitten hat, wird gegen Gegenstände aggressiv, es lässt diese 'leiden'. "Es wäre falsch [aber] zu sagen", folgert Anna FREUD, "dass es Zahnarzt spielt. In seinem Benehmen ist das Bild des Arztes gar nicht mitenthalten" (A. FREUD 1936, S. 87). Es identifiziert sich "nicht mit der Person des Gegners, [sondern] nur [mit] dessen Aggression". Damit sei die "Identifizierung mit dem Angreifer eine gar nicht seltene Zwischenstufe in der normalen Über-Ich-Entwicklung des Individuums" (A. FREUD 1936, S. 90).

Die rein aus dem ökonomischen Prinzip und der inselhaften Auffassung des Ichs abgeleitete Prozessbeschreibung der Identifikation durch FREUD und viele seiner Nachfolger ist auch in diesem Fall, wie beim Ödipus-Komplex (FABIAN 1993, 1999) dadurch erklärbar, dass FREUD zwar erkennt, dass Identifikation auch außerhalb des Bereichs der Elternfiguren stattfindet, aber eine solche Identifikation nicht in seiner Theorie jenseits von elterlichen (und späteren Übertragungs-) Objekten vorgesehen ist. Noch wichtiger ist jedoch die Tatsache, dass die Bedeutung der Identifikationsprozesse mit den Elternfiguren und anderen Vorbildern erst durch die Wahrnehmung der *Beziehungen* innerhalb der Primärgruppe deutlich wird. Das Beziehungsdenken ist erst bei FERENCZI erkennbar. FERENCZI betrachtet, im Gegensatz zu FREUD, die Eltern nicht als Konstanten, sondern als Menschen, die aus eigenen Beweggründen ihre 'Schwächen' haben, ja das Kind sogar schwer traumatisieren können. Er untersucht die Folgen schweren Missbrauchs durch Vertrauenspersonen und beschreibt, vor Anna FREUD, die Identifikation mit dem Angreifer als Schutz vor der überwältigenden Angst und als Versuch, die schwache psychische Struktur nach dem Trauma zu stabilisieren; er beschreibt aber auch die Übernahme der Schuldgefühle des Erwachsenen durch das Kind, also die Parentifizierung; und schließlich die idealisierende Identifikation mit dem Erwachsenen als eine den Erwachsenen angenehme Reaktion auf die 'forcierte', d. h. festhaltende 'Liebe'. Damit erweist sich FERENCZI nicht nur als 'Vater' des Beziehungs-

denkens in der Psychoanalyse, sondern, wie HIRSCH (2004) zu Recht bemerkt, auch der psychoanalytischen Traumatologie.

FAIRBAIRN, der FERENCZIS Arbeit in Richtung der Objekttheorie fortsetzt (ohne ihn jemals zu zitieren), weist in seinem 1952 erschienen Hauptwerk 'Psychoanalytic Studies of the Personality' darauf hin, dass die Verinnerlichung von Objekten nicht nur die Objekte, sondern v.a. die biographischen *Erfahrungen* mit ihnen betrifft. Er unterzieht FREUDS Libidotheorie einer bedeutenden Veränderung, indem er schreibt, die "Libido strebt nach Objektbeziehung und nicht nach Triebbefriedigung" (FAIRBAIRN 1952, S. 21). Die Identifikation ist "das charakteristische Merkmal der emotionalen Beziehung" (FAIRBAIRN 1952, S. 77) schlechthin in der frühen Kindheit. Wie er anhand des klinischen Beispiels eines Mädchens beschreibt, das, um den emotionalen Kontakt zum Vater in ihrer verzweifelten Einsamkeit zu erzielen, sich diesem als Sexualobjekt anbietet, erhält das 'Opfer' des Traumatisierten einen 'Sinn' erst im Rahmen der Beziehung.

Nicht nur einzelne Personen dienen dem Kind als partielle Identifikationsobjekte. Auch Beziehungen werden verinnerlicht und spielen später in der eigenen Beziehungsfähigkeit und -gestaltung eine wichtige Rolle – darüber wird weiter unten ausführlicher berichtet. Auch andere Personen oder ihre Beziehungen zur Familie 'liefern' vielfältige Teil-Identifikationsmöglichkeiten.

Der bereits weiter oben erwähnte Herr B. berichtete über die große Bedeutung, die einigen Personen, die außerhalb der Familie standen, in der späteren Gestaltung seiner Identität zukam: So identifizierte er sich mit der Zivilcourage und dem 'Rückgrat' seiner Grundschullehrerin; das Interesse eines späteren Lehrers und eines bekannten Wissenschaftlers wurden prägend für seinen späteren Beruf, sein Pate inspirierte ihn in einem später wichtigen Hobby, usw. Bemerkenswert dabei ist, dass all diese Personen insbesondere von seinem Vater bewundert wurden, so dass es naheliegend ist anzunehmen, dass die Identifikation nicht nur mit Eigenschaften dieser Personen stattfand, sondern auch mit der Beziehung von B.s Vater zu ihnen, bzw. mit der Bedeutung, die diese für den Vater hatten.

Einige Mechanismen der Identifikation

Oft sind wir aber bei Patienten Zeugen eines gegenteiligen Prozesses: Alles Identifikatorische, das mit dem gleichgeschlechtlichen Elternteil zusammenhängt, wird vom identifikatorischen Prozess gleichsam ausgeschlossen. Der Sohn 'weigert sich' beispielsweise, sich mit einem 'solchen Vater' zu identifizieren – er wird zum '*Gegenteil*' des Vaters. Im späteren Alter kann in einer Analyse die Spur solcher doch erfolgten Identifikationen gefunden werden, meistens sogar in unerwartet hohem Maße, jedoch wird der verinnerlichte Teil aufs Heftigste abgewehrt. Wir wissen, dass solche 'negativen' Identifikationen nicht weniger zäh sind, sie dominieren nicht selten als psyschischer 'Leitfaden' die Taten und das Leben solcher Menschen, die von der 'ödipalen' Devise geleitet werden: "Alles anders als der Vater" (oder "... die Mutter"). Die dadurch entstandene Abhängigkeit ist extrem stark, aber erträglich, imponiert sie doch bewusst gerade als die über alles gewünschte Unabhängigkeit.

Wie entsteht die 'negative' Identifikation? Wie und wann 'entscheidet' das Kind im fortwährenden identifikatorischen Aufbau seines Ichs, ob es Elternteile positiv oder negativ verinnerlicht (introjiziert) bzw. sich mit ihnen identifiziert? Mit Sicherheit stellt eine negative Identifikation eine aggressive, 'radikale' Abgrenzung den Eltern oder dem Elternteil gegenüber dar, die von diesen als Herausforderung erkannt und ihre Reaktion hervorrufen wird. Ich nehme an, dass die Polarität von positiver und negativer Identifikation einen durchgehenden, von der Kindheit bis zum Tod aktiven, in der Pubertät und Adoleszenz besonders kritischen Prozess des Aufbaus und der Entwicklung der eigenen Persönlichkeit darstellt. Aus ihren zunächst unbewussten, später immer bewusster selektiven und damit reiferen 'Mischung' entsteht die einmalige Persönlichkeit des Menschen. Wie viel Abgrenzung (oder Autonomie) und Identifikation (zunächst Anpassung) gefordert bzw. 'erlaubt' wird, hängt m. E. nicht nur von der Toleranz der Eltern (und von ihrer eigenen Identität) ab, sondern auch vom *Beziehungsgeflecht der Eltern zueinander und in der gesamten Primärgruppe* ab. Identifikationsprozesse sind also gruppendynamische Prozesse. Auf die Bedeutung der Beziehung der Eltern als Paar von Mann und Frau – 'ein Grundmodell der Bezogenheit' – hat BOVENSIEPEN (1997) hingewiesen.

Von großer Bedeutung in diesem Zusammenhang ist, dass frühe Traumatisierungen das Kind in seinen *Beziehungen* (meist in der Primärgruppe) verunsichern, schockieren und zur Dissoziation 'zwingen' und seine Identifikationsmöglichkeiten weitgehend zerstören können (vgl. HIRSCH 2004)

Beziehungen werden also durch selektive Identifikation verinnerlicht (selektiv, d. h. solche, die dem Kind förderlich und von der Gruppe zugelassen werden): so die Beziehungen der Eltern und der Großeltern zueinander, der Großeltern zu den Eltern, der Eltern zu ihren Geschwistern und zu den Geschwistern des Kindes usw. Das Wesentliche ist die Art der Beziehungen, und das beinhaltet immer auch die unbewusste Metakommunikation zueinander jenseits der verbalen (und damit oft widersprüchlichen) Kommunikation. Wichtig für das Kind ist das 'Dach über dem Kopf'.

Wichtig ist in diesem Zusammenhang, wie viel Abgrenzung das Kind 'wagt', ohne die Beziehung, die ihm Sicherheit gegen Vernichtungsangst bietet, zu gefährden; aber auch, welches 'Schicksal' die verschiedenen Identifikationsprozesse erfahren, d. h. wie sie zu einer eigenen Persönlichkeit, einer eigenen Identität 'gefiltert' und moduliert, und von Faktoren wie Neid, Eifersucht, Sympathie Anderer, usw. in diesem Modulationsprozess modifiziert werden.

Vieles von dem, was in diesem Prozess stattfindet, wird gleich verdrängt oder abgewehrt, da es nicht zum oben angeführten Ziel führt, d. h. die betreffende Beziehung nicht zu bessern vermag: Der Vater etwa ignoriert die Annäherungsversuche des Sohnes, die im Identifikationsprozess inhärent sind. Dieser Mechanismus kann großen Einfluss haben auf die Ausbildung und das Ausmaß des Ödipus-Komplexes bzw. durch den Laios-Komplex des Vaters entstehen (FABIAN 1993).

Der übergreifende Sinn der Identifikationen ist in der Verbindung mit der Identitätsbildung zu suchen. Identitätsbildung ist eng mit der Abgrenzungsleistung des Individuums verbunden. Die Frage ist immer: Wie viel Abgrenzung wird in der Primärgruppe (und in späteren Gruppen) gestattet, ohne die Gruppe zu 'verraten', ihre 'Identität' als Gruppe zu bedrohen. Die Polarität von Abgrenzung und Annahme, d. h. von negativer und positiver Identifikation, ist das Feld, in dem Integration stattfindet.

Wie erklärt sich, dass unbewusste Identifikationen z. B. mit den eigenen Eltern mit zunehmendem Alter ausgeprägter werden? Wird dagegen weniger angekämpft? Findet ein subtiler Versöhnungsprozess in der Tiefe statt? Vielleicht werden mit der Zeit die Widerstände gegen die unbewusste Identifikation schwächer, da der 'Kampf' um Abgrenzung und Autonomie 'nach oben', d. h. mit den eigenen (verinnerlichten) Eltern zugunsten dessen 'nach unten', also zu den eigenen Kindern und Nachfolgern, verlagert und abgemildert wird. Dies wird in vielen Analysen deutlich, bei denen Patienten 'erschrocken' sind, wenn sie realisieren, wie viel Identifikation mit den abgelehnten Elternteilen in ihrer

Persönlichkeit verborgen ist.

Die 'Mischung' von positiven und negativen Teil-Identifikationen, von der weiter oben die Rede ist, ist im Falle von Borderline-Patienten besonders brisant. Nach GRINKER leiden Borderline-Patienten darunter, dass sie mangels an Identifikationsmöglichkeiten auf der infantilen Ebene der Nachahmung arretiert sind. Charakteristisch für diese Patienten sind, nach AMMON (1979, S. 340) 'flüchtige Identifikationen bis hin zu einer Verschmelzungshaltung'. Was ist der Grund dafür? Der Borderline-Patient ist in seinen Identifikationen gerade von seiner Primärgruppe oft einem 'gruppendynamischen Druck' ausgesetzt: Verschmelzungswünsche der Eltern oder der gesamten Familie, Ausbeutung, Misshandlung, Anpassungsgebot, etc. gehören zu diesem 'Druck'. Daher das Dilemma des Kindes, welche Identifikationen es für den Aufbau seines Ichs benutzen kann. In diesen Fällen sprechen BOHM und DULZ von "Regulationsversuchen [...] auf dem Feld fusionärer Wünsche und antifusionärer Maßnahmen zur Identitätssicherung" (BOHM u. DULZ 2002, S. 256). VOLKAN und AST (1992) sprechen vom ambivalenten Kampf um Identifikation als Vorstufe der Selbstachtung. Was bestimmt die Stärke "fusionärer oder antifusionärer Maßnahmen" oder, mit anderen Worten, des Abhängigkeits-Autonomie-Kampfes?

Zum 'gruppendynamischen Druck' gehören 'Angebote' an das Kind: 'Angebote' zu Schutz, Beziehung, Stärkung der eigenen 'Fraktion', Koalitionen – und damit *Sicherheit* – also *Identifikation mit dem Protektor*: "Ich bin so wie du, also gehören wir zusammen und du schützt mich gegen Gefahren und Feinde". Das Kind ist bereit, alles für seine Sicherheit zu 'opfern', d. h. für die Sicherheit gegen die Angst und das Alleinbleiben.

Die Familie kann auf diese Weise ein Kind in Positionen 'hineinzwingen', wie die Rolle des Schuldigen, die der Treue, vor allem aber die des 'Sinngebenden' einer identitätslosen (oder identitätsarmen) Familie (BURBIEL 1996) und des 'Retters' bzw. 'Hoffnungsträgers' der unausgelebten oder unerreichten Fantasien (FABIAN 2004).

Transgenerationale Identifikation

Natürlich sind die Übergänge zwischen diesen 'Positionen' oder 'Rollen' fließend. Die Rolle des Rettenden wird besonders deutlich in den Familien mit parentifizierenden Dynamiken und in der transgenerationalen Weitergabe von Schuld und Sühne. Die transgenerationale Weitergabe ist meist eine tückische

Form der Parentifizierung, die von Generation zu Generation tradiert wird: "Das Kind ist identifiziert mit der Forderung, die Eltern zu versorgen" (HIRSCH 2004, S. 49). Es unterliegt dem "Zwang, sich in die Eltern einzufühlen, um ihre nicht mitgeteilte Geschichte zu erfahren und für sie ihre ungelebten Emotionen zu empfinden" (HIRSCH 2004, S. 61). Nach GRUBRICH-SIMITIS versuchen "die Kinder, [...] in einer Art Rollenumkehr sorgend einen Defekt der Eltern auszufüllen" (GRUBRICH-SIMITIS 1979, S. 1006). Es handelt sich also in solchen Fällen um eine Art 'Zwangs-Identifikation'; FAIMBERG spricht von einem "tyrannischen Eindringen einer [fremden] Geschichte" in das wehrlose Kind. (1987, S. 121)

Nicht nur die Eltern, sondern die gesamte Familie ist oft 'interessiert', einen 'Nachfolger' für die unbearbeiteten Konflikte der Vergangenheit zu finden. Ein solcher 'gruppendynamischer Druck' erstreckt sich in manchen Familien auf frühere Generationen, d. h. Großeltern, Ahnen usw., bis in die dritte oder vierte Generation. Deren 'ungelöste Konflikte', deren Trauerarbeit werden weitergegeben und übernommen. Schon Jahwe, der Gott Israels, droht mit der Ahndung der Nachkommen bis in die 9. Generation; und durch Jeremiah lässt er verkünden: "Die Väter haben saure Trauben gegessen, und den Kindern werden die Zähne stumpf" (zitiert bei V. BÜLOW 2003, S. 142).

Eine Reihe von Autoren haben den Mechanismus der transgenerationalen Transmission untersucht, darunter GRUBRICH-SIMITIS, KOGAN, BERGMANN, VOLKAN, HIRSCH, sowie M. AMMON und v. BÜLOW. Generell wird dabei objekttheoretisch von einer unbewussten Introjizierung der Opfer- oder Täterrolle ausgegangen durch die Generation, die diese Rolle nicht durchgearbeitet hat. Das Introjekt wird dann durch "die Eltern, die sie projektiv oder projektiv-identifikatorisch an ihre Kinder delegieren" (HIRSCH 2004, S. 49) weitergegeben; die Kinder übernehmen identifikatorisch das gleichsam 'implantierte Introjekt' wie ein Fremdkörper: "Manche Patienten stellen, ohne dass sie sich des Sinns ihres Tun bewusst wären, die traumatischen Momente der Lebensgeschichte ihrer Eltern konkretistisch dar, als sei es ihre eigene Biographie. (GRUBRICH-SIMITIS 1995, S. 369)

Der eigentliche 'Sinn' ist hier auch, wie bei der Parentifizierung, "die Eltern zu besseren Eltern zu machen" (HIRSCH 2004, S. 49), natürlich in der Hoffnung, die eigene Sicherheit zu verbessern.

Der gleiche Mechanismus wirkt m. E. nicht nur bei der Transmission von Traumata von einer Generation zur anderen, sondern genauso auch von anderen tiefen Konflikten oder von Identitätsdefiziten ganzer Familien. Dazu

gehören die Weitergabe der Retterrolle oder der Rolle des 'Sinn-Stifters' einer Familie. Dadurch kommt oft ein Identifikationsprozess mit 'Unbekannten' zustande, um Familienmythen und -legenden weiter zu tradieren.

Ein Mann wuchs als Kind einer jüdischen Großfamilie auf, die seinen nach Amerika ausgewanderten Onkel grenzenlos idealisierte. Dem Onkel, der noch vor der Geburt des Kindes ausgewandert war, wurde eine Reihe ungewöhnlicher und genialer Talente zugeschrieben, sowohl auf dem Gebiet der Künste, als auch der Wissenschaften, praktischen Fähigkeiten und Fremdsprachen. Da die übrigen Geschwister des Onkels (wie auch der Rest der Familie) kaum über ungewöhnliche Fähigkeiten verfügten und keine besonderen Erfolge aufzuweisen hatten, schien die Hoffnung der Gesamtfamilie nach einem erfüllten, besseren Leben auf diesen Onkel abgeladen worden zu sein. Dem Jungen wurde vom frühesten Alter 'nahegelegt', eine 'Wiedergeburt' dieses Onkels zu werden; er identifizierte sich in der Tat so stark mit ihm, dass er während seiner ganzen Kindheit und Adoleszenz dessen hinterlassenen Schriften und Lebenszeichen erforschte und die gleichen Talente entwickelte wie der Onkel, wenn sie ihn auch oft überforderten. Zum transgenerationalen Charakter der Weitergabe in diesem Fall gehört auch der im osteuropäischen Judentum kulturell tradierte Aspekt des Auswanderers nach Amerika, also dessen, der es geschaffen hat, in Freiheit und Reichtum zu leben.

Fr. M., eine junge Patientin, kommt aus einer ausländischen Großfamilie, die in ähnlicher Weise fast überirdische Eigenschaften um die Person der längst verstorbenen Großtante der Patientin ranken ließ. Sie soll besondere Schönheit mit Güte und Reinheit des Herzens, Begabungen und Edelmut vereint haben. Über das reale Leben dieser 'Heiligen' weiß die Patientin recht wenig, sie wurde aber schon in frühen Jahren 'auserwählt', eine ähnliche 'Heilige' zu werden; bevor sie mit 20 Jahren in Psychotherapie kam, pflegten die Familienmitglieder im Falle von Krankheiten oder schwer lösbaren Problemen nicht nur ihren Rat zu suchen, sondern sich auch durch Handauflegen ihre ungewöhnlichen 'heilenden' Fähigkeiten zugute kommen zu lassen. Drei Jahre später träumte die Patientin, nachdem von dieser Tante in ihrer Therapie die Rede war, dass sie sich in einem Hotel in einer fremden Stadt befand und im Hotelzimmer ihren Koffer auf der Suche nach Kleidern öffnete. Oben fand sie im Koffer bekannte Kleider, die sie aber beiseite räumte, um in der Tiefe weiter zu suchen. Dort lagen Sachen, die ihr vollkommen fremd waren, und sie kramte verzweifelt weiter, ohne zu wissen, wonach. Dieser Traum hätte der Analytiker, ohne die Kenntnis der unbewussten, 'aufgezwungenen' Identifikation der Patientin mit

ihrer Großtante, ohne Weiteres im Sinne der Suche in sich selbst nach verschütteten Seiten oder Eigenschaften, inmitten der 'Fremden Welt' ihrer Einsamkeit gedeutet.

BUCHHOLZ, ein systemischer Therapeut, der das Kind als schwächstes Glied der Familie kennzeichnet, drückt es folgendermaßen aus: "Als Fantasieträger ist das Kind geradezu prädisponiert, irgendwo auf dem Kontinuum zwischen den Positionen 'Kind-als-Monster' und 'Kind-als-Erlöser' eingeordnet zu werden." (BUCHHOLZ 1993, S. 119)

Transgenerational können auch Lebensunfähigkeit, Erfolglosigkeit, Anhedonismus, Aufopferung oder rücksichtslose Durchsetzung und andere 'zentrale Eigenschaften' von Familien durch gruppendynamisch aufgezwungene Identifikation weiter tradiert werden. M. AMMON spricht von "gruppendynamischen Aufträgen, die [einen] konstruktiven sozialenergetischen Austausch verhindern" (2002, S. 653). Die Psychotherapie hat die Aufgabe, Patienten, die Opfer einer transgenerationalen Weitergabe sind, zu helfen, "sich aus der Teilnahme an dem unbewussten Selbstheilungsprozess der Eltern zu lösen und von der Last der gemeinsamen Überlebensschuld zu befreien" (HIRSCH 2004, S. 139). In V. BÜLOWS Worten soll sie helfen, "die Kette der von Generation zu Generation weitergereichten Traumatisierungen, eine Kette von Ohnmacht, Verzweiflung und Gewalt – gegenüber anderen und / oder sich selbst" (V. BÜLOW 2003, S. 144) – zu unterbrechen.

Psychotherapie und Identifikation

HIRSCH fasst zusammen: "Ich denke, es kommt nicht so sehr darauf an, was der Therapeut *tut*, sondern wer er *ist*" (HIRSCH 2004, S. 115). Viele Analytiker sind sich darin einig, dass Psychotherapie den Patienten durch Bearbeitung seiner archaischen Abhängigkeiten und pathologischen Abwehrmechanismen in die Lage versetzen soll, neue Beziehungen und damit reife, 'verlässliche' Identifikation einzugehen (GRIESER 2001, LOCH 1961, KISSEN 1974). Identifikation mit dem Analytiker setzt voraus, dass dieser auch der Identifikation fähig ist und damit seine Menschlichkeit beweist. In dem Sinn, in dem Psychotherapie nachholende Ich-Entwicklung bedeutet, kann man von ihrer Wirkung als 'nachholender Identifikation' sprechen.

Für die Patienten, die schon in ihrer frühen Kindheit die Unsicherheit in der tragenden Funktion der Familie (WINNICOTT) erlebt haben und in der existenziellen Angst der Verlassenheit lebten, repräsentiert der Therapeut (im Übertra-

gungsprozess) die sichere Basis. Die Eigenschaften des Therapeuten sind deshalb von Bedeutung; er/sie wird zur zentralen Identifikationsfigur. Die Deutungsarbeit ist von sekundärer Bedeutung und verdeutlicht oft lediglich die Fähigkeit des Therapeuten, den Patienten verstehen zu wollen und zu können, sowie seine Empathiefähigkeit.

Besonders bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen, die in ihrer frühen Entwicklung keine eindeutigen Identifikationsangebote bekommen haben, sind Authentizität und ethische Dimensionen des Therapeuten sehr bedeutsam. Wie bereits erwähnt (s. S. 256), führen chronische Beziehungstraumata, Inkonstanz und Ambivalenz der Bezugspersonen und rasch wechselnde Beziehungsqualitäten zur Zerstörung der Identifikationsmöglichkeiten und des Urvertrauens (BUTOLLO et al. 1999). Auf diese Weise füllen oft pathologische, idolisierende Identifikationen als Identifikationsersatz das Vakuum der mangelnden eigenen Identität. Schon FREUD beobachtete die Überforderung der Integrationskraft des kindlichen Ich, die

> zu einer Aufsplitterung des Ich [führt], indem sich die einzelnen Identifizierungen durch Widerstände gegeneinander [aktiv werden und] vielleicht [...] das Geheimnis der Fälle von sogenannter multiplen Persönlichkeit [erklären mögen, bei denen] die einzelnen Identifikationen alternierend das Bewusstsein an sich reißen. (FREUD 1923, S. 298)

In AMMONS Worten sind deshalb Identifikationsprozesse "bei Grenzfallpatienten [...] als Ich-Bausteine und Formen der nachholenden Ich-Entwicklung *oft lebensrettend*" (AMMON 1976, S. 340).

Gerade in der Therapie solcher Patienten, schreibt AMMON: "muss sich der Therapeut als Person dem Patienten zeigen, so wie er wirklich ist und mit dem, was er selber für wichtig hält. [Dazu gehören auch] seine Interessen, wie zum Beispiel soziale Probleme, kulturelle Dinge, Theater, Musik, Kunst oder Dichtung." (AMMON 1979, S. 347)

Auch der Humor des Therapeuten, oder noch besser, seine Verspieltheit, Relativierungsfähigkeit und humorvolle Einstellung zum Leben, sind wichtige Identifikationspunkte in jeder Therapie (FABIAN 2002b). Der Therapeut muss, wie STÄHELIN betont, die Fähigkeit besitzen, seine persönlichen Eigenschaften dem Patienten zur Identifikation anzubieten (STÄHELIN 1999). Das bedeutet, dass er tiefe Kontaktebenen in seinem Unbewussten annehmen und 'offen legen', d. h. durch flexible Abgrenzung zum eigenen Unbewussten sich als Mensch, als Vorbild im wahrsten Sinne des Wortes zur Verfügung stellen soll – wie das von 'guten' Eltern auch erwünscht ist. Deshalb fordert BURBIEL zu

recht, dass in der psychoanalytischen Ausbildung besondere Aufmerksamkeit der Identität des Ausbildungskandidaten geschenkt werden soll, seinen persönlichen Eigenschaften und Interessen, seinem kreativen Lebensstil, seiner Verbindung zum eigenen Unbewussten (BURBIEL 1996).

AMMON sprach auch von einer bedeutenden Begegnung zwischen Pat. und Therapeuten bereits im ersten Gespräch: Nur signifikante Begegnungen bereichern, man könnte sagen, 'veredeln' unsere Identität in bleibender Weise. FERENCZI spricht, vielleicht in diesem Sinne, vom 'Trost', den der Patient 'in der Identifikation mit dem Analytiker' findet (FERENCZI 1926); und MEISSNER betont, dass die wachsende Identifikationsfähigkeit des Patienten in der Therapie ein Indiz seiner Entwicklung ist: "The course of therapy can often be traced in terms of [...] the increasing capacity for identification" (MEISSNER 1972, S. 255).

Widerstand gegen Identifikation in der Therapie ist eine Form der Kontaktabwehr zwischen Patienten und Therapeuten, die, wenn nicht im Prozess der Übertragung-Gegenübertragung bearbeitet wird, chronifiziert wird. Solcher Identifikationswiderstand beruht meistens auf paranoischer Abwehr (Angst, durch Identifikation vom Therapeuten abhängig und nicht mehr losgelassen zu werden) und kann einer der Gründe der Stagnation einer Therapie sein. Der Therapeut soll aber auch kritisch Zeichen der Über-Identifikation betrachten.

Identifikation in der Gruppentherapie

Die Gruppentherapie ist *das* Gebiet der vielfältigen, komplexen Identifikation in der Therapie (BATTEGAY, AMMON, RUTAN u. STONE, YALOM, RICHARZ u. RÖMISCH, HIRSCH); in der analytischen Gruppentherapie ist die Bedeutung der Identifikation mit dem Leiter/den Leitern und den Mitgliedern der Gruppe zum ersten Mal konzeptualisiert worden.

In der Gruppentherapie finden Identifikationsprozesse unter den Teilnehmern statt (FINGER-TRESCHER spricht von horizontalen 'Übertragungsidentifizierungen'), die z. T. dem 'reifen Typus' der Identifikation (OHLMEYER 1976) zuzuordnen sind. BATTEGAY nennt solche Identifikation eine 'aktive Ich-Leistung' der Teilnehmer, die "nicht nur [gestattet], sich in die anderen zu versetzen, sondern sich auch den anderen gegenüber abzugrenzen" (BATTEGAY 1979, S. 27). Die "Bereitschaft zur Rollenübernahme [ist in der Gruppentherapie] wesentlich größer und verläuft via projektiver, introjektiver und reifer Identifikation häufig 'automatisch'" (FINGER-TRESCHER 1990, S. 314). Identifikati-

onsprozesse in der Gruppentherapie verlaufen sowohl unbewusst als auch bewusst.

> Mit zunehmender Dauer der Gruppenarbeit werden sich die Mitglieder in der Regel bewusster über ihre Identifikationstendenzen mit anderen Rechenschaft ablegen [...]. Je bewusster die gegenseitige Identifikation in einer Gruppe ist, desto reifer und gefestigter ist sie. (BATTEGAY 1979, S. 35-36)

Nach AMMON kann die

> Erfahrung, dass eine ganze Gruppe von Menschen interessiert zuhört, sich um [den Teilnehmer] sorgt, ihm sexuelle und aggressive Äußerungen gestattet und ihm gemeinsam hilft, mit Gefühlen, Träumen, Erfahrungen umzugehen und sich selbst in seinem Verhalten im Hier und Jetzt zu erleben, eine Wende darstellen. (AMMON 1976, S. 342)

Der Drehpunkt, der zur Wende führen kann, ist m. E. die Identifikation mit den Mitgliedern der Gruppe und mit der Gruppe als Ganzen. In Bezug auf die Identifikation und Identifikationsfähigkeit symbolisiert die Gruppentherapie den Weg von den Eltern zu den Geschwistern.

Der Identifikationsprozess, der durch seinen 'reifen' Charakter das strukturelle Wachstum der Gruppenteilnehmer ermöglicht, setzt jedoch, wie AMMON betont, die vorherige Auseinandersetzung mit dem Gruppenleiter (bzw. den Gruppenleitern) voraus. "Der Gruppenanalytiker ist das primäre Objekt der Gruppe" (FINGER-TRESCHER 1990, S. 321), er garantiert Existenz, Selbst-Erhaltung und Grenzen der Gruppe; mit seiner Hilfe entwickelt die Gruppe 'ihre eigene Sprache', d. h. ihren Stil und ihre Gruppenidentität. Der Gruppenleiter verkörpert durch "seine Zuverlässigkeit, seine empathische Teilhabe am unbewussten Prozess und seine wohlwollende Distanz" (FINGER-TRESCHER 1990, S. 322), insgesamt durch seine Haltung das Klima, die Atmosphäre, in der der Gruppenprozess mit ihren Identifikationsprozessen möglich wird. Dabei sind die Deutungen des Leiters (wie die des Einzeltherapeuten) nur ein Teil – und manchmal ein unwesentlicher Teil – seiner Bedeutung. Vielmehr kommt es auch hier, wie in jeder Therapie – auch der Verhaltenstherapie – auf "die persönlichen Qualitäten des Therapeuten [an]. Nicht nur seine Worte, sondern auch sein Verhalten zählt. Die Patienten registrieren die Ängste, Frustrationen, Hemmungen, Verwirrungen, wie auch das Zögern des Therapeuten". (BATTEGAY 1974, S. 92)

BATTEGAY (1979), RUTAN und STONE (1993) fügen noch hinzu die 'geteilte hoffnungsvolle Einstellung', die 'freundliche Annahme von Gefühlen' und die 'Bestrebung, eine Verständigung zu erzielen'.

AMMON setzt REDLS Arbeit in Bezug auf die Bedeutung der zentralen Figur

als Identifikationsfigur fort und betont "den *Beziehungsaspekt* der Gruppe zu ihrem Leiter als modellhafte Auseinandersetzung für die Entwicklung von Gruppengrenzen" (AMMON 1979, S. 166). Die aggressive Auseinandersetzung mit dem Gruppenleiter stellt eine Bedingung für die Grenzbildung und damit die Arbeitsfähigkeit der Gruppe dar. Sie kommt zustande durch die Fähigkeit des Leiters, sich seinerseits mit dem schwächsten (oder 'kränksten') Glied der Gruppe zu identifizieren und dadurch *Vorbildsfunktion* zu übernehmen.

> Wird diese Aggression bearbeitet, die die Gruppe gegen ihr schwächstes Mitglied richtet bzw. dieses Mitglied im Sinne des Widerholungszwanges gegen sich wendet, können die Teilnehmer der Gruppe aufhören, destruktiv zu reagieren, weil sie Verständnis und das Angenommensein erleben, welches ihnen in ähnlichen Situationen in ihrer Lebensgeschichte versagt geblieben ist (AMMON 1979, S. 171).

Damit wird die Identifikation mit dem Gruppenleiter angebahnt.

In der psychoanalytischen Arbeit, und besonders in der analytischen Gruppentherapie, beschränkt sich die Identifikation nicht auf die Übernahme und Integration wichtiger 'Züge' des Therapeuten. Der identifikatorische Prozess spielt sich als Austauschsprozess in tiefen Schichten des Unbewussten ab und wird u.a. auch in den Träumen von Patienten und Leitern einer Gruppe deutlich (RICHARZ u. RÖMISCH 2004). Derselbe Prozess findet auch unter den Teilnehmern der Gruppe statt. BENEDETTI und PECICCIA (1993) sprechen in diesem Zusammenhang von einer 'Migration unbewusster Fantasien'.

Identifikation mit Therapeuten oder Mitpatienten in der Gruppe geschieht auch über Hilfs-Ich-Funktionen; ein Patient zum Beispiel, der Traurigkeit nicht spürt, für den aber diese Traurigkeit vom Therapeuten oder der Gruppe übernommen und wiedergespiegelt wird, kann sich allmählich mit dieser Empathie identifizieren – und dadurch zu seinen ursprünglichen Gefühlen finden.

In der Gruppe gibt es allerdings auch Identifikationsprozesse, die als Widerstand, als 'Identitätsabwehr' (AMMON 1979) zu verstehen sind. Dazu gehören regressive Identifikationsprozesse wie Idealisierung oder Idolisierung (AMMON 1979), aber auch die von BATTEGAY beschriebene "Atmosphäre der gemütlichen Gesprächigkeit, der Identifikation der Mitglieder untereinander und des Gefühls eines Verschmelzens zu einer befreienden Gemeinsamkeit", die am Anfang des Gruppenprozesses noch als normal zu bezeichnen ist (BATTEGAY 1974, S. 199). W. SCHINDLER (1955) spricht von der 'Familienübertragung' der gesamten Gruppe; FREUD hat in seiner 'Massenpsychologie und Ich-Analyse' das hypnotische Massenphänomen beschrieben: Die Individuen einer Masse setzen "ein und dasselbe Objekt [nämlich den Führer] an die Stelle ihres Ich-

Ideals [und identifizieren sich] infolgedessen in ihrem Ich miteinander" (FREUD 1921, S. 119). Das Stagnieren in dieser Phase der Gruppenentwicklung – durch fehlende Durcharbeitung der darin enthaltenen symbiotischen Aggression als Identitätsabwehr – kann in der Gruppentherapie, wie in entsprechenden Familien, zur Entwicklungsarretierung führen; auf der gesellschaftlichen Ebene kann es eine diktatorisch-faschistische und enthumanisierte Entwicklung zur Folge haben.

Nationale, kulturelle und geistige Identifikation.

Ein Teil der transgenerational tradierten Weitergabe ist geistiger Natur. Dazu gehören auch vielfältige kulturelle Traditionen und das Gefühl der nationalen und historischen Zugehörigkeit.

Wir können an dieser Stelle nicht in die Tiefe der sehr komplexen Frage nationaler Identifikationsprozesse einsteigen. Sie sind vielfältiger und widersprüchlicher Natur. Vielleicht sind wenige Beispiele der nationalen Frage historisch so bedeutend und schicksalhaft geworden und so oft diskutiert worden (von Befürwortern und von Gegnern), wie die Identifikation mit dem Judentum; und vielleicht hat keiner dieses Problem in so kurzer, aber treffender Weise ausgedrückt, wie FREUD selber. In seinem Vorwort zur hebräischen Ausgabe von 'Totem und Tabu' von 1930 schreibt er:

> Keiner der Leser dieses Buches wird sich so leicht in die Gefühlslage des Autors versetzen können, der die heilige Sprache nicht versteht, der väterlichen Religion – wie jeder anderen – völlig entfremdet ist, an nationalistischen Idealen nicht teilnehmen kann und doch die Zugehörigkeit zu seinem Volk nie verleugnet hat, seine Eigenart als jüdisch empfindet und sie nicht anders wünscht. Fragte man ihn: Was ist an dir noch jüdisch, wenn du alle diese Gemeinsamkeiten mit deinen Volksgenossen aufgegeben hast, so würde er antworten: Noch sehr viel, wahrscheinlich die Hauptsache. Aber dieses Wesentliche könnte er gegenwärtig nicht in klare Worte fassen. (BATTEGAY 2002, S. 625)

Und in einem Brief von 1925 schreibt FREUD: "Andererseits habe ich immer ein starkes Gefühl der Solidarität mit meinem Volk gehabt und habe es auch bei meinen Kindern gepflegt. Wir alle sind in der jüdischen Konfession geblieben." (zitiert bei GAY 1999, S. 89)

FREUD spricht hier für viele jüdische Intellektuelle, auch heute noch, nach dem Holocaust und nach der Schaffung des Staates Israel; der tiefreichenden Ehrlichkeit des Rationalisten und Wissenschaftlers FREUD kann man auch heute wenig hinzufügen; er war freilich nicht der Einzige, den diese Irrationalität

beschäftigt hat: Noch vor der Nazizeit waren die meisten jüdischen Intellektuellen damit konfrontiert. Heute können wir versuchen, der emotionalen Qualität dieses Zugehörigkeitsgefühls dadurch näher zu kommen, dass wir uns den transgenerationalen Charakter der Identifikation über viele Generationen jüdischer Vorfahren mit ihrer Geschichte von Religionsverbundenheit, Verfolgung und Abgrenzung bewusst machen.

VOLKAN (2000) nennt unter den "sieben Fasern, die ein ethnisches Großgruppenzelt zusammen halten" die Identifikationen über die gemeinsame Sprache, Mythen, Essen, gemeinsame Feinde, Ruhm, 'ausgewählte Traumata' (wie z. B. die Schlacht auf dem Amselfeld von 1389 und die historische Figur Lazars für die Serben) und wichtige Symbole. Identifikation bedarf für die Massen der symbolischen Kristallisationspunkte. Unter anderen weist auch BATTEGAY auf die Bedeutung der Uniform für die von den Machthabern manipulierbaren Identifikationen mit Armee und Volk hin: "Im Militärdienst garantiert eine Uniform das Ähnlichkeitsempfinden. Wo auch immer eine Tracht getragen wird, erleichtert sie die Identifikation mit den Zugehörigen, aber auch mit der Gesamtheit der Gruppe." (BATTEGAY 1974, S. 84).

DEUTSCHMANN (1979) betont die Bedeutung der gesellschaftlichen Identifikation besonders in einer Zeit, die 'gekennzeichnet [ist] durch eine instabile Beziehungsfähigkeit, lose und brüchige Identifikationen' seitens der Familien. Hier spielt auch der soziale Wandel der Gesellschaft mit dem nicht nur psychologisch, sondern oft auch physisch abwesenden Vater eine wichtige Rolle.

Schlussfolgerung

Identifikation ist wahrscheinlich die bedeutendste Kraft im lebenslangen Bildungsprozess der Persönlichkeit. Wir können nur ahnen, bis zu welchen Tiefen Identifikation dringen kann – und können uns fragen, ob nicht auch 'Erblichkeit' und 'Vererbung' z. T. auf bis ins Körperliche hineinreichende unbewusste Identifikationen beruhen könnten.

Reife Identifikationsfähigkeit ist eine Eigenschaft des entwicklungsfähigen Menschen. Sie ist eine geistige Form der Identifikation, die mit der ethischen Reifung der Persönlichkeit und mit der Liebesfähigkeit eng verbunden ist. Nach MORGENTHALER (1978) ist diese Art von Identifikation 'eine Vorstufe der Liebesbeziehung'; sie ist in der Psychoanalyse wenig thematisiert worden, wie FENICHEL feststellt: "Über die Identifikation auf höherer Stufe, die die Liebe konstituiert, weiß man fast nichts" (FENICHEL 1974, S.128). Wir wissen, dass

es keine reife Liebe geben kann ohne die Fähigkeit zur Wahrnehmung, Empathie und die Fähigkeit, sich mit einer Person auf einem höheren Niveau zu identifizieren. Reife Identifikation ist m. E. die Identifikation, die *nicht unter der Ägide der Angstökonomie geschieht.* Die Fähigkeit zur reifen Identifikation, zur Identifikation mit höheren Lebensinhalten und Zielen, ist auch eine Voraussetzung für die geistige Entwicklungsfähigkeit des Menschen.

Aber in unserer Zeit sind echte Vorbilder, ethisch hoch stehende Persönlichkeiten, deren Leben von echten Idealen geleitet wird, unter denen, die uns und unser Schicksal regieren, selten geworden. Wir leben in einer identifikatorisch verdünnten Zeit mit flüchtigen Idealen von raschem Erfolg, von hedonistischen und opportunistischen Zielen.

Umso wichtiger ist es, dass wir Psychotherapeuten uns unserer Verantwortung als Identifikationspersonen bewusst werden. Psychotherapeuten sind weit mehr als nur Stütze und Hoffnung in Zeiten des Leides und der Krise: Sie sind auch Vorbilder, die wichtige Impulse zum menschlichen Wachstum des Patienten geben und dieses Wachstum begleiten. Ohne solches Wachstum bleibt die Psychoanalyse ein bloßes Handwerk. Auch Eltern und Lehrer sind Vorbilder – im Grunde genommen jeder, der mit Kindern oder kranken Menschen zu tun hat. Bei jedem inneren Wachstum, in der Psychotherapie wie in der Erziehung, kommt es in erster Linie auf die Person an.

The Importance of Identification for Psychotherapy

Egon Fabian (Munich)

We know from the development research of the child about the significance of identification for learning. Learning theory stresses the importance of imitation and learning from models; it treats the learning person, however, "as a physical object, unable to give information about himself" (RÖDER 1973, p.12; author's translation). For psychoanalysis, identification is not only important for learning, but it represents a central mechanism in the process of personality building. It remains thereby unclear why the child identifies with certain traits and properties of certain people in certain times and not with others, at other times. Identification is a selective process.

The child can identify with all conscious and unconscious characteristics, convictions, attitudes and ideologies of important identification persons and can take these over unnoticed and even show these identifications later in a

decisive way: With anxieties, aggressivity, or courage, with joy of living, optimism, humour or (very often) with anhedonism, a depressive view of the world, also with hate of men or women, hate of strangers, nationalism, or with ethical values such as justice, humanism, with love of art, music, scientific curiosity and spiritual interests—particularly when these attitudes or beliefs are genuinely embodied by its models. Identification with certain traits also means identification with a part of the model (i.e., with an 'introject').

However, in this connection several questions can be raised: What is the importance of identification in the complex process of building up one's personality, beyond the identification with introjects? Which laws govern the identification process, how will be decided, with whom the child identifies and with whom not, and with what part of a person? How will it decide with which models to identify? What will be the importance of identification in the continuation of family dynamics or transgenerational conflicts? And finally: what role does the identification with a therapist play in psychotherapy? The present work attempts to facilitate the answer to these questions.

In the early psychoanalytic literature, identification is treated as an interiorization process of parts and aspects of the parents; these introjects participate in building up the ego and super-ego. Identification is, for FREUD, the earliest form of object choice, he calls it 'primary identification'. In the context of his explanation of depression in 'Mourning and Melancholy', FREUD speaks of the 'narcissistic identification with a lost object' which substitutes the object, so that "its loss should not lead to the loss of the relationship in spite of the conflict" (FREUD 1917, p. 203, author's translation). He concludes that "the ego is built up in a large part by identifications" (FREUD 1923, p. 315; author's translation). The later process of identification is for FREUD a process of ambivalent, oedipal nature: "The youngster overcomes his father by identification"; in this identification, "the original ambivalence becomes manifest" (FREUD 1923, p. 299; author's translation).

Even the play of the child consists to a great part of identification processes. The children identify with each other through collective experiences and learn thereby also "to have empathic feelings with other people" (SLAVSON 1956). The girl plays mother and baby with her dolls, the boy plays Tarzan or Superman. Later on, these will be replaced by 'everyday heroes'; young people identify with pop-stars, well-known sport champions and, less conspicuously, with their parents of the same sex. But why does the boy identify with Tarzan or with Superman? His father is often no hero, but rather a modest clerk who after

work comes home and works in his garden; the girl's mother may be no particularly motherly woman. One could conclude that the children compensate by fantasysing the opposite of their parents i.e. their wish-parents (FREUD 1909). It is, however, more plausible to suppose that the children take over the unconscious fantasies of their parents and identify themselves, as it were, with the fantasies offered by them. For the emptier and the more unsatisfactory the life of the parents is, the more vivid will be their yearning after a 'real life', a life of 'heroes', after fame and narcissistic confirmation. If these fantasies are too painful, they must be repressed. But the children feel the repression and take it up in themselves, just as they would take up repressed conflicts. Why do they do that? Because they feel that the fantasies are the wishes of their parents, which these do not allow themselves; what is allowed, is their more 'realistic' fantasy that the daughter or the son should be one day what they, the parents, could not be. Therefore, the child confirms that it understands and accepts this wish and the hopes associated with it, that he could still realize them one day and become papa's or mama's 'pride'. The child would become thereby more beloved, especially if the relationship has already been pathologically deformed. In this case, the aim of identification is that of contributing to the amelioration of the relationship to the parent—and thereby of its fate, particularly in the case of emotional abandoned children.

In therapeutic work we often witness a contrary process: Every identification, especially with the parents of the same sex, is apparently avoided. The son 'refuses' to identify with 'such a father'; he becomes the contrary of him. Later, for instance during an analysis, such an identification may be found, sometimes even to an unexpectedly high degree, it will, however, be vehemently repressed. We know that such 'negative' identifications are not less intensive and may dominate as a deep connecting thread the deeds and the lives of such people, who are lead by the seemingly oedipal motto: 'everything just different from father (or from mother)'. The lifelong dependence this negative identification produces may be extremely strong, but bearable, since it seemingly leads to the desired independence.

How does this 'negative identification' come about? To be sure, negative identification is an aggressive, radical attempt at demarcation from one or both parents, which will mostly be recognized as a challenge by the parents and will call forth their reaction. We may surmise that the polarity of positive and negative identifications is an active process from childhood to death, and particularly critical in puberty and adolescence. The 'mixture' of these, at the beginning

unconscious, later possibly more conscious and selective, more mature identifications, will determine the unique personality of a human being. How much demarcation or autonomy and identification (or accommodation) will be 'allowed', depends, in my opinion, on the tolerance of the parents, but also on the relationships within the whole primary group. Therefore, identification processes are also group dynamic processes.

Relationships, too, will be internalized through selective identification: for example, the relationship to the parents and of the grandparents to each other, of the grandparents to the parents, of the parents to their siblings and of the siblings to one another. The essential factor is the quality of the relationship, and this always includes also the unconscious meta-communication beyond the verbal (and often contradictory) communication.

The 'mixture' of positive and negative partial identifications mentioned above is particularly explosive in the case of borderline patients. According to GRINKER, borderline patients are arrested on the infantile level of imitation due to missing identification possibilities (GRINKER 1977). It is characteristic for these patients, as AMMON pointed out, "to hesitate between superficial, cursory identifications, all the way to fusion attempts" (AMMON 1979, p. 340, author's translation). The borderline patient has frequently been exposed in his primary group to a "group dynamic pressure: Fusion wishes of the parents and of the whole family, exploitation, maltreatment, pressure of accommodation, etc. are part of this 'pressure'. Hence the dilemma of the child, which identifications it can 'use' to build up his ego.

In my opinion, the same mechanism which is active in the transmission of traumata from one generation to the other, is also at work in the case of deep conflicts or of identity deficits of whole families. In this context we often find the transmission of the role of 'saviour' or of the 'giver of sense' in a family. Thus, identification processes may be also found with unknown persons, via family myths and legends.

A part of the transgenerational transmission may be of a spiritual nature. Also cultural traditions and a feeling of national and historic appurtenance may be transmitted.

Many psychotherapists agree that psychotherapy should not only enable the patient to work through his archaic dependences and pathological defence mechanisms, but also to be able to create new, secure relationships characterized by confidence (GRIESER 2001, LOCH 1961, KISSEN 1974). For patients who had in their early childhood experienced the uncertainty of the containing function

of the family (WINNICOTT) and the resulting existential anxiety, the therapist represents (in the transfer process) the secure basis. Therefore, the characteristics and traits of the therapist are of great importance; he or she will become an essential identification figure. Interpretation in the psychotherapy of early disturbances is of secondary importance and emphasizes only the fact that the therapist is capable of empathy, warmth and understanding.

In particular in the case of patients with personality disorders, who in their early development have lacked on equivocal identification offers, the authenticity and the ethical attitudes of the therapist are of great importance. The therapists must, writes AMMON, "show himself to the patient as a person, as he really is and with everything he considers important. His interests, for example for social problems, for cultural things, for theatre, music, arts and literature" are part of this (AMMON 1979, p. 347). Important identification points are also the humour of the therapist, or, even more, his playfulness, his relativizing capacity and his general humorous attitude to life (FABIAN 2002b). Therefore, BURBIEL (1996) demands that in psychoanalytic training particular attention is to be paid to the identity of the trainee, to his personal traits and interests, his creative lifestyle, his connection to his own unconscious.

In group therapy, identity processes take place between the group members—FINGER-TRESCHER speaks of 'horizontal transfer-identifications', which partly belong to the 'mature type' of identification (OHLMEYER 1976). BATTEGAY calls such identifications 'active ego achievements' of the members, which "not only allow them to put themselves in the position of the other, but also to demarcate themselves from the others. [...] The more conscious the mutual identifications in a group are, the more mature and steadfast the group will be." (BATTEGAY 1979, p. 27, author's translation)

Identification is probably the most important factor in the lifelong process of building up personality. The mature capacity of identification is the property of a person open for development, and psychotherapy should help to create or to re-create this property. It is a spiritual form of identification intimately connected with ethical maturity and the ability to love. Mature identification is an identification which does not follow the rule of anxiety economy. The capacity of mature identification, for identification with higher goals and contents of life, is also a precondition for the spiritual development of man.

In our times, genuine models, people on a high ethical standard, whose lives are guided by genuine ideals, have become rare among those governing our fate. We are living in a time characterized by spare possibilities of real identifi-

cation, in a 'fatherless society' (FEDERN 1919) with cursory ideals of rapid success, of hedonistic and opportunistic goals.

It is, then, all the more important that we psychotherapists become conscious of our responsibility as identification figures. Psychotherapists are far more than the support and hope in times of crisis and suffering: They are also models giving important impulses for the human growth of their patients and accompanying this growth. It is in this sense of responsibility that psychotherapy transcends the status of a mere helping method.

Literatur

Ammon, G. (1976): Das Borderline-Syndrom – ein neues Krankheitsbild. In: Dynamische Psychiatrie 9, 317-348

—— (1979) (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 1. München: Reinhardt

Ammon, M. (2002): Identität und transgenerationale Gruppendynamik. In: Dynamische Psychiatrie 35, 643-657

Battegay, R. (1974): Der Mensch in der Gruppe. Bern: Huber.

—— (1979): Der Mensch in der Gruppe. 3. erw. Auflage. Bern: Hans Huber.

—— (2002): Freud und seine – ambivalente – Beziehung zum Judentum, sowie seine Einstellung zu den Religionen im Allgemeinen. In: Dynamische Psychiatrie 35, 625-642

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

Bohm, T., Dulz, B. (2002): Psychotische und psychosenahe Zustände bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen. Auswirkungen auf Suizidalität und Behandlungspraxis. In: Persönlichkeitsstörungen, Theorie und Therapie (PTT) 6, 252-260.

Bovensiepen, G. (1997): Das innere Elternpaar und obtrusive Identifizierung mit dem Vater. In: AKJP 94, 187-210

Buchholz, M. B. (1993): Dreiecksgeschichten. Eine klinische Theorie psychoanalytischer Familientherapie. Göttingen: Vanderhoeck & Ruprecht

Bülow, G. von (2003): Erfahrungen bei der Integration der Mehrgenerationen-Perspektive in die psychoanalytische Arbeit. In: Dynamische Psychiatrie 36, 121-147

Burbiel, I. (1996): Psychoanalytische Ausbildung in der Dynamischen Psychiatrie. In: Dynamische Psychiatrie 29, 213-221

Butollo, W., Gavranidou, M., Maragkos, M. (1999): Entwicklung, Trauma, Bindung und Persönlichkeitsstörungen. In: PTT 3, 553-563

Deutschmann, M. (1979): Gesellschaftliche Dimensionen der Dynamischen Psychiatrie. In: G. Ammon (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 1. München: Reinhardt

Fabian, E. (1993): Zur Gruppendynamik des Ödipuskomplexes. In: Dynamische Psychiatrie 26, 358-369

—— (1999): Vatersehnsucht – Muttersehnsucht: gruppendynamische Faktoren in der Entwicklung des Ödipuskonplexes. In: Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik 35, 72-89

—— (2002a): Das Phänomen Hass. Eine dynamisch-psychiatrische Betrachtung. Dynamische Psychiatrie 35, 489-513

—— (2002b): On the Differentiated Use of Humor and Joke in Psychotherapy. In: Psychoanalytic Re-

view 89 (3), 399-412
—— (2004): Gruppendynamische Aspekte der Geschwisterrivalität. In: Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik 40, 65-84
Faimberg, H. (1987). Die Ineinanderrückung der Generationen. In: Jahrbuch Psychoanalyse 20, 114-142.
Fairbairn, W. R. (1952): Psychoanalytic Studies of the Personality. London: Routledge & Kegan Paul.
Federn, Paul (1919): Zur Psychologie der Revolution. Die vaterlose Gesellschaft. In: Der Österreichische Volkswirt 11, S. 571-574 u. S. 595-598
Ferenczi, S. (1926/1982): Das Problem der Unlustbejahung. In: Schriften zur Psychoanalyse, Bd. 2, Frankfurt: Fischer Taschenbuch.
Fenichel, O. (1974): Psychoanalytische Neurosenlehre. Olten: Walter
Finger-Trescher, U. D. (1990): Wirkfaktoren der Gruppenanalyse. In: Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik 26, 307-328
Freud, A. (1936/1964): Das Ich und die Abwehrmechanismen. München: Kindler
Freud, S. (1982): Studienausgabe (=StA). Frankfurt: Fischer Taschenbuch.
—— (1905/1982): Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. In: StA5
—— (1909/1982): Der Familienroman der Neurotiker. In: StA4
—— (1910/1982): Eine Kindheitserinnerung des Leonardo da Vinci. In: StA10
—— (1915/1979): Mitteilung einer der psychoanalytischen Theorie widersprechenden Falles von Paranoia. In: GW 10, S. 233-246
—— (1917/1982): Trauer und Melancholie. In: StA3
—— (1918/1982): Aus der Geschichte einer infantilen Neurose (Der 'Wolfsmann"). In: StA8
—— (1921/1982): Massenpsychologie und Ich-Analyse. In: StA9
—— (1923/1982): Das Ich und das Es. In: StA3
—— (1924/1982): Der Untergang des Ödipuskomplexes. In: StA5
Gay, P. (1999): 'Ein gottloser Jude'. Frankfurt: Fischer Taschenbuch
Grieser, J. (2001): Vater, Mutter, Kind und Therapeut. Die therapeutische Funktion als Dritter in der Behandlung depressiver Zustände. In: Forum der Psychoanalyse 17, 64-83.
Grinker, R. R. Sr. (1977): The borderline syndrome: a phenomenological view. In: P. Hartocollis (Ed.): Borderline personality disorders. New York: International Universities Press
Grubrich-Simitis, I. (1979): Extrem-Traumatisierung als kumulatives Trauma. In: Psyche 33, 991-1023
—— (1995): Vom Konkretismus zur Metaphysik. In: M. S. Bergmann, M. E. Jucovy, J. S. Kestenberg (Ed.): Kinder der Opfer – Kinder der Täter. Psychoanalyse und Holocaust. Frankfurt: Fischer.
Herzog, W. (2002): Erinnerung an Vorbilder. Über eine Lücke in der pädagogischen Theorie. In: Neue Sammlung 42/1, 31-51
Hirsch, M. (2004): Psychoanalytische Traumatologie – Das Trauma in der Familie. Stuttgart: Schattauer
Kissen, M. (1974): The concept of identification: an evaluation of its current status and its significance for group psychotherapy. In: M. Rosenbaum (ed.): Group psychotherapy from the south-west. New York: Gordon & Breach
Kremer, G. (1997): Kindheitssplitter. München: Piper
Loch, W. (1961): Anmerkungen zur Pathogenese und Metapsychologie einer schizophrenen Psychose. In: Psyche 19, 172-187
Meissner, W. W. (1972): Notes on identification. In: The Psychoanalytic Quarterly 41, 224-260
Morgenthaler, F. (1978): Technik. Zur Dialektik der psychoanalytischen Praxis. Frankfurt: Syndikat
Ohlmeyer, D. (1976): Gruppeneigenschaften des psychischen Apparates. In: Psychologie des 20. Jahrhunderts 2. Zürich: Kindler, 1133-1144

Richarz, B.; Römisch, S. (2004): A group's process and the therapist's dreams. Unconscious identification with the therapist in analytic group psychotherapy. In: Group Analysis 37/2, 287-304

Röder, H. (1973): Identifizierung und Identifikation. Ein Vergleich zwischen dem psychoanalytischen und dem lerntheoretischen Konzept. Dissertation, Univ. Saarbrücken

Rutan, J. S.; Stone, W. N. (1993): Psychodynamic group psychotherapy. Lexington: Collamore Press

Sandler, J. (1988) (Hrsg.): Projection, identification, projective identification. London: Karnac

Schindler, W. (1955): Transference and counter-transference in 'family-pattern' Group Psychotherapy. In: Acta Psychother. 3, suppl., 345

Slavson, S. R. (1956): Einführung in die Gruppentheorie. Göttingen: Verlag für medizinische Psychologie.

Stähelin, M. (1999): 'Ich hätte gern Ihr Haar'. Überlegungen zur Frage der Identifizierungen bei schizophrenen Patienten. In: Forum der Psychoanal. Psychother. 1, 50-71

Volkan, V. D. (2000): Borderline-Psychopathologie und internationale Beziehungen. In: O. F. Kernberg; Dulz, B., Sachsse, U. (Hrsg.): Handbuch der Borderline-Störungen. Stuttgart, New York: Schattauer

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

Weiss, H., Lang, H. (2000): Object Relations and Intersubjectivity in Depression. In: Am. J. Psychotherapy 54/3, 317-327.

Winnicott, D. W. (2002): Vom Spiel zur Kreativität. Stuttgart: Klett-Cotta

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

About the Author

Dr. med. (Univ. Tel-Aviv/ Israel) Egon Fabian, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Arzt für Psychotherapeutische Medizin, Psychoanalyse, Chefarzt der Klinik Menterschwaige.

Dr. med. (Univ. Tel-Aviv / Israel) Egon Fabian
Aretinstr. 29
D-81545 München
efabian@klinik-menterschwaige.de

The Role of Therapeutic Relationship in Trauma Therapy

Gabriele von Bülow (Berlin)

A holding and empathic relationship is not only the basis or a necessary condition for working through trauma, exposition, and the integration of trauma in later phases of processes. It is a genuinely effective therapeutic agent in its own right. It is important, therefore, that the patient experiences the therapist as being noninvasive and non-overbearing. Working very carefully with countertransference and transference to develop a relationship of trust, the therapist can induce a release of trauma energy that the patient's body still retains for purposes of survival. This release will reduce the physiological symptoms of toxic stress and dissociation. The case vignette of a borderline outpatient is used to illustrate this point of view.

Keywords: cumulative trauma, borderline patient, neurobiology of trauma, Somatic Experiencing, therapeutic relationship, countertransference

Although all of today's trauma therapy paradigms emphasize the importance of a good relationship between therapist and patient, there is some disagreement as to the exact role this relationship should play. One school of thought regards the patient-therapist relationship as a fundamental prerequisite for trauma exposition, trauma work, and trauma integration into later phases of the therapeutic process (REDDEMANN et al. 2001, HUBER 2003) and cautions against the use of transference and countertransference in trauma therapy, a view also shared by the psychoanalyst REDDEMANN. An opposing view is held by the psychodynamic and psychoanalytic school of trauma therapy, which very probably does use transference and countertransference and regards the therapeutic relationship as a far more important factor than the application of any specific trauma techniques (FISCHER 2000, HIRSCH 2004).

In this paper, I would like to use a case study to show that the judicious use of transference and countertransference can be particularly useful in removing obstacles to the development of an empathic relationship between traumatized patients and their therapists. Moreover, I regard a supportive, empathic relationship ('holding') as a genuinely effective therapeutic measure, irrespective of any specific technique that might be applied. In order for trauma therapy to

succeed, the patient must build a relationship to someone that in the patient's mind provides protection and sets limits and neither invasive nor overwhelming. Only in this way can the patient come to regard the therapist as trustworthy. This process alone releases energy in the patient that the patient mobilized during the traumatic experience and stored in her body and nervous system in the form of physical and psychological symptoms. I am grateful for this insight to Larry HELLER's course in Peter LEVINE's 'Somatic Experiencing' in 2004 in the city of Lienen (Germany).

I would like to begin with two definitions of trauma as well as a short discussion of the physiological essentials of trauma and the resulting symptoms, which constitute an attempt on the part of the patient to cure her- or himself.

FREUD defined trauma as:

> An experience in the person's life that is characterized by its suddenness and intensity, the subject's inability to respond adequately to it, and permanent disturbances in the subject's psyche. The mind is bombarded with stimuli that exceed the person's tolerance level and his ability to cope with or work through these stimuli (FREUD 1917).

As early as 1895, in his 'Studies on Hysteria', FREUD defined "the conditions that make such an experience a psychic trauma." (1895/1968) As he stated, these conditions arise when the patient cannot cope with 'the affective stimuli' initially by 'discharging' or working them off ("from tears to acts of revenge"; FREUD 1978, p. 8)

We should bear in mind that in the early days of psychoanalysis, traumatic childhood experiences, particularly those involving sexuality, were regarded as the source of neurosis (this was part of FREUD's seduction theory). But after 1897, the etiological significance of trauma faded from view for the most part and was replaced by the fantasy life and the dynamics of intrapsychic conflict. FERENCZI evoked this paradigm in his 1932 paper 'The confusion of tongues between adults and children: the language of tenderness and passion.' (author's translation) In Germany, in the 1970s and 1980s, Alice MILLER and Günter AMMON made important contributions to the understanding of traumas experienced by patients in early childhood and developed psychoanalytic methods for dealing with these traumas.

Trauma therapy has always involved dynamic psychotherapeutic ego-structural work with patients who have archaic ego disorders as the result of childhood trauma from which they still suffer as adults.

However, in order to give the physical and psychological impact of traumatic experience its due in therapeutic practice, nowadays it is indispensable to take

into account the massive amount of neurobiological knowledge that is available to us. The judicious and above all integrated use of specific trauma therapy techniques that are based on this body of knowledge can be extremely effective.

The second definition of trauma that I would like to cite was devised by Peter LEVINE, an American biologist and psychologist who has developed a body-oriented psychotherapeutic approach to the resolution and healing of trauma known as 'Somatic Experiencing'. His definition of trauma is similar to FREUD's which has been cited above:

> Traumatic symptoms are not caused by the 'triggering' event itself. They stem from the frozen residue of energy that has not been resolved and discharged; this residue remains trapped in the nervous system where it can wreak havoc on our bodies and spirits. The long-term ... symptoms of PTSD develop when we cannot complete the process moving in, through, and out of the 'immobility' or 'freezing' state (LEVINE 1997).

LEVINE's approach is based upon the observation that predaceous animals, though threatened routinely, are rarely traumatized.

A wild animal that is under attack by a predator creates a small moment of respite for itself by reflexively showing a freeze response, thus disrupting the predatory behavior of the aggressor animal and forestalling the fatal bite. When the predator withdraws, the possible victim spontaneously 'awakes' from his immobilized response and by shaking his body it discharges the 'frozen' energy that was accumulated during that life threatening event.

Human beings also face situations that are completely beyond their control, that leave them powerless, helpless, and defenseless, that cannot be escaped by either fight or flight, and which, as LEVINE puts it, becomes 'a devastating moment' 'frozen in time' that ultimately creates 'an internal straitjacket.' Thus traumas derive from an aborted attempt to flee or fight in a situation that is perceived to be life threatening and in which the energy mobilized for fleeing or fighting is frozen rather than being used. However, the traumatized person also has a strong urge for this interrupted reaction to come to a completion.

The nervous system recognizes the end of a threat only by the neutralization of the energy mobilized for the defense; so it continues to mobilize energy until the discharge of the activated reserves.

In traumatic situations, both parts of the autonomic nervous system are overstimulated. These parts are the sympathetic constituent of the vegetative nervous system, which strengthens the organism by increasing muscle tone, heart rate, and blood pressure, and the parasympathetic nervous system, which

allows for active relaxation and recovery.

It is like:

> ... what occurs in your car if you floor the accelerator and stomp on the brake simultaneously. The difference between the inner racing of the nervous system (engine) and the outer immobility (brake) of the body creates a forceful turbulence inside the body similar to the tornado.
>
> [The] residual energy does not simply go away. It persists in the body, and often forces the formation of a wide variety of symptoms e.g. anxiety, depression, and psychosomatic and behavioral problems, (LEVINE 1997)

as well as addictions to drugs and alcohol which serve as self-administered medication. "These symptoms are the organism's way of containing (or corralling) the undischarged residual energy". (LEVINE 1997)

The overall conflict consists of being jerked back and forth between, on one hand, a physiological deadness which, thanks to dissociative symptoms such as amnesia and alexithymia, feels extracorporal, and on the other hand, a withdrawal from human contact, depression and physiological fighting and flight responses. These responses in turn provoke symptoms such as hyperactivity, hypervigilance, chronic restlessness, mental strain, rage, panic, and fibromyalgia.

Case study of M.

M. is a young woman who suffers from loneliness, inner emptiness and abandonment anxiety, self-doubt, depression, recurring panic attacks, and compulsive behavior. She finds it difficult to be alone and often provokes rejection and anger in others. During a preceding inpatient treatment she was diagnosed as suffering from 'emotionally unstable personality disorder, borderline type.'

We now know that borderline patients are also traumatized patients. Traumas are caused not only by physical and sexual violence and severe neglect, but also—as with M.—insecure attachment resulting from a lack of sensitive persons in the child's environment who could serve as psychobiological regulators, who could help the child to regulate their affective responses (SCHORE 1994). Traumas are also caused by emotional abandonment by significant others or parents who are overwhelming the children by parentifying them. These factors produce a fear of death in the child, as well as chronic flooding with stress hormones. This phenomenon is related to the concept of cumulative trauma developed by Masud KHAN in 1963. Already FREUD had observed in 1895: "It often happens that classic cases of hysteria are associated with a

number of partial traumas rather than a single major trauma. When such traumas are interrelated, they can provoke traumatic effects cumulatively and form the basis for chronic psychic pain." (FREUD 1895)

The initial phase of my outpatient work with M. has proven to be quite difficult. She and I are not really able to connect. I feel as though M. is putting me into a double bind. On one hand she often sits there totally distraught with tears and is clearly sending a signal that says, "Please help me, I need you desperately." But on the other hand, she makes it impossible for me to feel empathy for her and so mostly I felt cold and unmoved, and that the patient does not reach me and I do not reach her. I feel angry and frustrated but at the same time guilty and full of self doubt for feeling so cold—or at best a kind of inner rage—when I am with her. I have talked about my countertransference feelings in supervisory sessions. That really constitutes a relief. Who am I in the transference to the patient? Probably M.'s father! M. has always tried to keep him in a good mood so that he would not drink so much. He often called her a free-loader when she allegedly disobeyed him—the person living off his money. This resulted in her feeling the constant compulsion not to be worth the money it cost her father to support her. M.'s father punished her by refusing to give her money, by completely ignoring her, and not speaking to her for days at a time. M. was also sexually abused on a subtle level that did not involve any direct physical contact, but did involve numerous boundaries being transgressed. For example, her father called her a 'hot number', or spent time in the bathroom with her, when she was a teenager. Although M. had long ago lost respect for her father because of his horrible behavior, she craved attention and recognition from him.

During one session, which I shall describe now, I shared my countertransference feelings with M.—in other words, I indicated to M. that I was in a double bind. She immediately understood what I meant and wholeheartedly agreed that that was in fact her strategy. When I asked her what I represented, she mentioned the various men she had been with, which led her to say that I represented her father. For M. her father was the father from hell—everything a father should not be, because of what he had made out of her. She wanted her father to realize what he had done to her and to apologize for it.

- I said to M., "In doing this, you're making yourself very dependent on your father. God only knows if your father will ever understand what he has put you through. But there is space right here for all your feelings toward your father, including your disappointment and your overwhelming rage."

- M. then said the following, without much feeling, "Even if I don't kill him, I'd still love to." I asked her to repeat what she had said.
- "If I didn't know that telling him that would kill him, I'd still really like to kill him. But saying that makes me feel guilty."
- "That was straight talking," I said to her.

I told M. some basic facts about neurobiology. I told her that it is natural for every animal—which means every animate creature, including us—to defend itself when it is attacked and in fear of its life, or it feels that the basis of its existence is threatened. The basic principle in such situations is: to kill or being killed. Any animal will kill before it allows itself to be killed. In legal terms, this is called self defense and killing in self defense is not a crime. And the fact was that M. had felt that her father was robbing her of the basis for her existence. For a living being to defend itself under such circumstances is a purely biological response, an instance of self assertion, not against the other but on your own behalf—for yourself. Before FREUD elaborated the concept of the 'death instinct' which is the inborn drive to destroy oneself and die, he said that aggressive behavior is a natural response of the survival instinct. I could strangle poor FREUD for all of the confusion and suffering that the following interpretation of the death instinct created in our world.

I said all this to M. with a great deal of emotion and work myself up into a great rage, but a rage that is still under the control of my ego, which is as it should be for an analyst, and in doing so I am taking on the auxiliary ego-function of constructive-destructive aggressive behavior. In this role, I find it gratifying to give M. the permission to experience her own rage, but a rage that is constructive and sets limits for her.

M. told me that she is beginning to feel vitality in every cell of her body, that something in her is beginning to relax, and that she feels less tense.

When I observe the effect of this therapeutic sequence that takes the form of emotional speech on the part of the therapist, it strikes me that it has a body psychotherapeutic character.

A few minutes later, M. had cramp-like sensations in her diaphragm, which is where all her tension was. Tensing up is one of the most potent homeostatic regulation mechanisms. Too much relaxation can lead to what Larry HELLER calls a 'rebound effect' (HELLER 2003), which means that the musculature shifts, like a pendulum, to a higher degree of readiness to tense up. I recommended to M. that she shift her focus back and forth between, on one hand, the

sensations of being more relaxed and full of life, and on the other, the tension in her diaphragm. This is a basic 'Somatic Experiencing' technique (LEVINE 1997). When M. did this, her cramping resolved, whereupon she began to feel dizzy. She said that she had felt tense for decades and that the vitality was a new experience for her.

- I said, "Your nervous system and your whole body need to integrate new sensations and you're dizzy now due to a slight overdose of vitality."

I also helped M. to ground herself by having her put her feet on the ground and pay attention to her breathing. I also gave her some water to drink. She still felt dizzy, but her body was able to tolerate the new quality of her experience. Her psychological and physical ego boundaries were transgressed, and her former homeostasis was thrown out of balance, but within tolerable limits.

This session marked a turning point in the establishment of a constructive working relationship between M. and me.

In a session three months later, it became clear that it was the unfamiliar intense contact between her and me that has caused her anxiety symptoms of dizziness.

Again the quality of the contact between us became the focus of the session. I had explained to M. how past disappointments were still causing her to repudiate the good things that her mother not only could give her, but actually had given her on one occasion that M. had described.

M. seemed quite moved by this. I felt that she was sad, and I told her this, and M. said that she did indeed feel sad. This was the first time that she had ever allowed herself to experience her profound sadness during a session, and the first time that she had allowed me to share in that sadness. A few minutes later, she said in a pessimistic tone of voice, that she would never be able to overcome her problems.

- I said, "Oh come on. Something just changed a few minutes ago, right in this room. You experienced your own sadness and allowed me to feel it, too. The relationship between us has totally changed."
- M. said that she felt as though she were filled with lead, as though she were extremely heavy, but that she could not feel herself at all. She said that she was disappearing into herself, a state she called 'derealization.' And she said she felt sick because of the intense contact between us. This made her anxious, she said.

It seemed to me that M. was experimenting to see how she could react to the

new experiences. A person who feels that she is filled with lead is nonetheless present and is something quite different from lead. M. oscillated between a total inner freeze—a dissociative disappearance within herself, and physical sensations that were very similar to this dissociative state but nonetheless constituted a small step out of her inner deadness.

- I said to M. that this must be an unfamiliar experience for her and therefore it was understandable that she felt anxious about it. I told her that it would take time to get accustomed to this experience and to integrate it into her everydays life.
- M. took a few deep breaths.

The process of trauma resolution is similar to the problem one faces when warming up a person who has nearly frozen to death: You have to proceed extremely slowly. Or, using a different metaphor, a large glacier that melts too quickly will become a powerful wave that will drown everything in its path—which explains why so many patients are terrified to cry. Fact is that crying, as a genuine manifestation of sadness, can be immensely liberating and healing if it occurs in the presence of an empathic person. In this sense, from a physiological standpoint, crying can discharge a great deal of stored up trauma energy.

However, one has to proceed with caution, because anything that is too much for a patient to handle may provoke a new trauma, which may even be provoked by a positive but overwhelming experience for which the nervous system has yet to develop the necessary psychic space (HELLER 2003).

Am I perhaps stretching the concept of trauma beyond recognizable limits? I think not. Any overwhelming experience, any experience of being flooded with emotion or sensation, confronts the subject with past experiences of helplessness that are associated with experiences that at some point in the past provoked anxiety about death and a loss of the self. And this anxiety is being relived in what seems like a here and now that is frozen in an endless traumatic timelessness.

Our task as therapists is to consciously, sensitively, and patiently support the slow, and gradual process whereby the patient builds up resources within her/his body, a process that is the counterpart to the gradual establishment of the therapist-patient relationship, and the patient's growing ability to tolerate human contact, and emotional intimacy.

Familiarity with the neurobiological mechanisms that underlie these processes can prevent us from jumping to the conclusion that the patient is exhibiting pathological resistance when in fact she is merely protecting herself

against a retraumatization that could be provoked by an unduly rapid resurgence of inner vitality. This of course does not completely rule out the possibility that the patient will exhibit destructive resistance, which always begins at the point where the patient persistently avoids taking on her share of the responsibility for creating, in partnership with the therapist, a social energy relationship that will allow for new, and healing experiences. This is crucial because the acceptance of social energy is by far the most important requirement for human growth, and healing. (AMMON 1982)

Die Bedeutung der therapeutischen Beziehung in der Traumatherapie

Gabriele von Bülow (Berlin)

Gegenwärtige traumatherapeutische Behandlungskonzepte betonen die große Wichtigkeit eines guten Arbeitsbündnisses zwischen Therapeut und Patient. In der vorliegenden Arbeit wird anhand einer Fall mit Auszügen aus Sitzungsprotokollen gezeigt, dass es auch und gerade bei traumatisierten Patienten hilfreich und geradezu notwendig sein kann, sehr sorgfältig mit Übertragung und Gegenübertragung zu arbeiten, etwa um Hindernisse für den Aufbau einer empathischen Beziehung zum Patienten auf Seiten des Therapeuten wie des Patienten aus dem Weg zu räumen. Darüber hinaus versteht die Autorin eine tragfähige, empathische Beziehung als genuines therapeutisches Agens, das als solches bereits eine hoch wirksame traumatherapeutische Intervention darstellt, jenseits aller spezifischen Techniken. Entscheidend für den Prozess der Traumaheilung ist es, eine Beziehung zu entwickeln zu jemandem, der nicht als invasiv oder überwältigend, sondern als Schutz gebend und Abgrenzung erlaubend erlebt wird und der so zu einer Person wird, der man vertrauen kann. Schon dies allein wird beim Patienten zu einer Freisetzung von Energie führen, die während der traumatisierenden Erfahrungen für den Überlebenskampf mobilisiert wurde und in Form von körperlichen und seelischen Symptomen noch im Körper, im Nervensystem gespeichert ist (vgl. HELLER 2004).

Die frühen, ökonomisch formulierten Definitionen von 'Trauma' durch FREUD (1895), der das Trauma kennzeichnete durch ein nicht mehr psychisch zu bewältigendes Überflutetwerden von Reizen, wobei die Affekte nicht mehr entladen oder abreagiert werden konnten, erfahren heute in der neurobiologisch orientierten Forschung ihre Bestätigung und Präzisierung. So durch Peter

LEVINE, der die körperpsychotherapeutische traumazentrierte Behandlungsmethode 'somatic experiencing' entwickelte:

> Traumasymptome entstehen nicht durch das traumatische Erlebnis, sondern durch erstarrte Energie, die nach dem Abklingen des traumatischen Erlebnisses nicht aufgelöst worden ist. [...]
>
> Da das Nervensystem das Ende einer Bedrohung nur daran erkennt, dass die für die Verteidigung mobilisierte Energie wieder neutralisiert ist, fährt es so lange mit der Mobilisierung von Energie fort, bis es zum Abbau oder zur Neutralisierung ('Entladung') der aktivierten Reserven kommt (LEVINE 1998).

Die Anfangsphase der ambulanten Behandlung einer Borderline-Patientin mit 'kumulativem Trauma' (KHAN 1963) gestaltete sich lange Zeit schwierig, da die Patientin keinen wirklichen Kontakt, kein empathisches Mitschwingen mit ihrem Leid zuließ. Durch das Thematisieren von Gegenübertragung und Übertragung, durch die Übernahme der Hilfs-Ich-Funktion konstruktiver Aggression durch die Therapeutin erlebte die Patientin die Erlaubnis für ihre eigenen Empfindungen einer konstruktiven Abgrenzungswut – wonach sie ein ungewohntes und zunächst noch beängstigendes Ausmaß von Vitalität, Befreiung und Entspannung erlebte. Diese Therapiesequenz, im Medium einer auf der Seite der Therapeutin emotional aufgeladenen Sprache, hatte, betrachtet man den Effekt, einen körperpsychotherapeutischen Charakter. Gleichzeitig markierte sie einen ersten Wendepunkt im Aufbau eines konstruktiven therapeutischen Arbeitsbündnisses.

Unsere Aufgabe als Psychotherapeuten ist das bewusste feinfühlige, geduldige Aushalten des kleinschrittigen Prozesses des Aufbaus von Ressourcen im Körper, das dem sich langsam vollziehenden Aufbau der Beziehung zwischen Patient und Therapeut, der wachsenden Fähigkeit des Patienten, Kontakt, emotionale Nähe auszuhalten, entspricht.

References

Ammon, G. (Ed., 1982). Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 2. München: Reinhardt.

Breuer, J., Freud, S. (1895/1968). Studien über Hysterie. In: GW 1. Frankfurt: Fischer, S.

Ferenczi, S. (1932/1984). Sprachverwirrung zwischen dem Erwachsenen und dem Kind. (Die Sprache der Zärtlichkeit und der Leidenschaft.) In: Bausteine der Psychoanalyse 3. Bern: Huber, S. 511-525.

Fischer, G. (2000). Mehrdimensionale Psychodynamische Traumatherapie. Heidelberg: Asanger.

Freud, S. (1917/1968). Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. In: GW 11. Frankfurt: Fischer

—— (1978) Standard Edition. Vol. 2. London: Hogarth, p. 8

Heller, L. (2003, 2004). Weiterbildungskurs in Somatic Experiencing,. (Fortbildungsveranstaltung in Lienen).

Hirsch, M. (2004). Psychoanalytische Traumatologie. Das Trauma in der Familie. Stuttgart: Schattauer.

Huber, M. (2003). Trauma und die Folgen. Paderborn: Junfermann.

Khan, M. M. M. (1963). The concept of cumulative trauma. Psychoanal Study Child 18, 286-306.

Levine, P. A. (1997). Waking the tiger. Healing trauma. Berkeley: North Atlantic Books.

—— (1998). Trauma-Heilung. Das Erwachen des Tigers. Essen: Synthesis.

Reddemann, L., Wöller, W., Kruse, J. (2001). Opfer traumatischer Gewalt. Patienten mit posttraumatischen Störungsbildern. In: W. Wöller, J. Kruse (Hrsg.): Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Stuttgart: Schattauer.

Schore, A. N. (1994). Affect regulation and the origin of the self. Hillsdale: Erlbaum.

About the Author

Gabriele von Bülow: Dipl. Psych., M.A.

Psychologische Psychotherapeutin, Psychoanalytikerin, Lehr- und Kontrollanalytikerin (DAP),

Leiterin des Ausbildungsganges 'Analytische Psychotherapie' am Berliner LFI der DAP.

Berliner Str. 51

D-10713 Berlin

G.v.Buelow@t-online.de

Erich Neumann (†) zum 100. Geburtstag

'Ursprungsgeschichte des Bewusstseins' – wiedergelesen

Walter Verlag 2004 – Fischer Taschenbuch Verlag 1999

Ulrich Rüth

Erich NEUMANN wurde am 23. Januar 1905 in Berlin geboren und gehört zu den profiliertesten Schülern C. G. JUNGs. Er studierte Philosophie und Medizin, promovierte 1927 zum Dr. phil. und legte in Berlin 1933 sein Staatsexamen in Medizin ab. Er emigrierte im gleichen Jahr in die Schweiz, erhielt 1933/34 eine tiefenpsychologische Ausbildung bei C. G. JUNG und siedelte dann 1934 nach Palästina über. In Tel Aviv führte er eine Privatpraxis für Psychotherapie. Erich NEUMANN sollte C. G. JUNGs fachliches Erbe antreten. Er starb am 5. November 1960 noch vor JUNG.

Zwei Hauptwerke zeichnen Erich NEUMANN als großen Psychologen und Kulturanthropologen aus: Die 'Ursprungsgeschichte des Bewusstseins' (1949) und 'Die große Mutter'. In der Ursprungsgeschichte des Bewusstseins entwirft Erich NEUMANN auf der Grundlage der Mythen und Archetypen der unterschiedlichsten Kulturen ein Bild der Bewusstseinsentwicklung der Menschheit. In dem Band 'Die große Mutter' hat uns Erich NEUMANN einen schier unerschöpflichen Quell der kulturellen Erscheinungsformen des Weiblichen gegeben, indem er das Bildmaterial des Eranos-Archivs aufarbeitete. Wandlungs- und Elementarcharakter des Archetyps der Großen Mutter werden hierbei in den unterschiedlichsten Ausformungen dargestellt. Als Vortragender, aber auch Teilnehmender der Eranos-Tagungen in Ascona suchte Erich NEUMANN im Kreis von Natur- und Geisteswissenschaflern wie Adolf PORTMANN, Martin BUBER, Karl KERÉNYI, Heinrich ZIMMER nach einer Zusammenschau der verschiedenen Disziplinen und Fakultäten.

Die Ursprungsgeschichte des Bewusstseins

Bewusstseinsentwicklung fasst Erich NEUMANN als menschheitsgeschichtliches und ontogenetisches Geschehen auf. Menschheitsmythen stellen nach NEUMANN die symbolische Darstellung der Bewusstwerdung der Menschheit

dar. Der Schöpfungsmythos, beginnend mit dem Uroboros als der menschheitsgeschichtlichen Urfrühe, beschreibt die Geburt des Bewusstseins aus dem Unbewussten. Die Schöpfungsmythologie des Lichts beschreibt die Verselbständigung des Bewusstseins vom Unbewussten. Unter der 'Großen Mutter' herrscht weiterhin eine Dominanz des Unbewussten über das Bewusstsein vor, auch und gerade in der Phase der 'furchtbaren Großen Mutter' mit ihrem Zerstörungscharakter. Im Heldenmythos wird durch die Muttertötung und den Drachenkampf die Herrschaft des Unbewussten gebrochen. Im Wandlungsmythos wird die Zentroversionstendenz und die schöpferische Wirklichkeit der Seele deutlich. Drei Formen der Heldenaktivität, Veränderung der Außenwelt, Erlösung der Innenwelt und Verwandlung der Persönlichkeit werden insbesondere im Wandlungsmythos um Osiris ausgestaltet.

Im zweiten Teil seines Bandes beschreibt Erich NEUMANN dann die psychologischen Stadien der individuellen Persönlichkeitsentwicklung anhand archetypischer Bilder. Grundlage dabei ist, dass Bewusstsein und damit Ich einen aus der Gesamtpsyche bzw. dem Unbewussten herausdifferenzierten Persönlichkeitsteil, einen sogenannten 'Komplex' darstellt. Neben dieser 'Abspaltung' aus dem Unbewussten wirkt die Zentroversionstendenz des Seelischen aus dem 'Selbst' heraus gestalt- und kohärenzbildend.

In der individuellen Persönlichkeitsentwicklung erzeugt die Abspaltung des Bewusstseins vom 'Nacht-Raum' des Unbewussten Angst, und die primäre Geborgenheit im Unbewusste muss durch die sekundäre der Menschenwelt in den Familienbeziehungen ersetzt werden. Durch die fortschreitende Identifizierung des Ichs mit dem Bewusstsein und dem Verlust des Kontakts zum Unbewussten ist der Kulturierungsprozess des Kindes dabei auch ein Entwurzelungsprozess. In der Pubertät wird das Ich endgültig Träger der Individualität, jedoch mit Hilfe des Außerpersönlichen und der Projektionsträger in der Welt. In mancher Hinsicht ist die Pubertät dabei ein Lebensabschnitt, in dem Überpersönliches ein Lebensgefühl entstehen lässt, das dem des Frühmenschen ähnlich ist. Interesse an der Umwelt wird gespeist durch die 'Archetypen', die hinter den konkreten Erscheinungen liegen.

In der zweiten Lebenshälfte, nachdem das Bewusstsein stark genug geworden ist für eine Begegnung mit dem Unbewussten, ohne durch dessen überlegene Kraft ausgelöscht zu werden, wird das Erleben dieser Archetypen mehr- und vieldeutig, was die Notwendigkeit der Zentroversion und damit die Selbstwerdung oder Individuation bedingt.

NEUMANN zitiert in diesem Zusammenhang die chassidischen Mystiker,

welche Gott und Mensch als Zwillinge sehen. Der ursprüngliche hermaphrodisische Urstoff des Unbewussten wird durch den Wandlungsprozess in den 'Stein der Weisen' verwandelt: Anfangs- und Endsituation sind die gleiche, im Verlauf Lebenszyklus allerdings bereichert durch das entstandene Bewusstsein und das ausgeformte Individuelle der Persönlichkeit.

Literatur

Werke von Erich Neumann

— Tiefenpsychologie und neue Ethik (1949). Zürich: Rascher; dto. (1964) München: Kindler
— Ursprungsgeschichte des Bewusstseins (1949). Zürich: Rascher; dto. (1999): Frankfurt: Fischer Taschenbuch; dto. (2004): Zürich: Walter; dto. (2004). Düsseldorf: Patmos
— Amor und Psyche (1952). Zürich: Rascher; dto. (2000). Olten: Walter
— Kulturentwicklung und Religion (1953). Zürich: Rascher; dto. (1984). Frankfurt: Fischer Taschenbuch
— Umkreisung der Mitte, 3 Bände (1953/1954). Zürich: Rascher
— Zur Psychologie des Weiblichen (1953). Zürich: Rascher; dto. (1969). München: Kindler; dto. (1993). Frankfurt: Fischer Taschenbuch
— Die große Mutter (1956). Zürich: Rhein-Verlag; dto. (2003). Düsseldorf: Patmos Verlag
— Der schöpferische Mensch (1959). Zürich: Rhein-Verlag; dto. (2002). Frankfurt: Fischer Taschenbuch
— Krise und Erneuerung (1961). Zürich: Rhein-Verlag
— Die archetypische Welt Henry Moores (1961). Zürich: Rascher
— Das Kind (1963). Zürich: Rhein-Verlag; dto. (2002). Frankfurt: Fischer Taschenbuch
— Amor und Psyche (2000). Zürich: Walter
— Der schöpferische Mensch (2002). Frankfurt: Fischer Taschenbuch
— Kunst und schöpferisches Unbewusstes (2004). Einsiedeln: Daimon Verlag

Sekundärquellen

Dieckmann, H.; Meier, C.; Wilke, H. J. (Hrsg., 1980): Kreativität des Unbewussten. Zum 75. Geburtstag von Erich Neumann (1905-1960). Basel: Karger
Dr. Erich Neumann im Internet: www.opus-magnum.de/neumann/

Anschrift des Verfassers

Dr. med. Ulrich Rüth
Heckscher-Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des Bezirks Oberbayern
Deisenhofener Straße 28
D-81539 München
ulrich.rueth@heckscher-klinik.de

Erratum

The article 'Professional burnout in its relation to interpersonal recognition and trust: an empirical study', printed in the last issue of this journal, nr. 210/211, 2005, pp. 89-109, has been published by Stijn Vanheule, Vicky Palmans, Stefan Bogaerts, and Mattias Desmet. The name of Vicky Palmans had been dropped by mistake. We regret this mistake.

Announcements / Ankündigungen

14 th European Congress of Psychiatry – Nice, France – 4-8 March 2006

14 th AEP 2006 CONGRESS SECRETARIAT
KENES INTERNATIONAL
17 Rue du Cendrier – P.O. Box 1726 – CH-1211 Geneva 1 – Switzerland
tel +41 22 908 04 88 | fax +41 22 732 28 50 | email aep2006@kenes.com
www.kenes.com/aep2006

Bildnachweis / Pictures

Abb. 1, 3, 4, 5, 7, 8, 9 WADP Congress 2005 – Abb. 2, 6 Monika Dworschak

Impressum

Verlag / *publisher:* 'Pinel' Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie GmbH – Kantstr. 120 / 121 – 10625 Berlin – Geschäftsführer (komissarisch): Werner Feja – Tel. + Fax: 030 / 313 6959 – Email: pinelverlag@web.de – Skripte an / *manuscripts to:* redaktion@dynpsych.de – Amtsgericht Charlottenburg HRB 64279

Redaktion / *editorial board:* Dr. phil. Maria Ammon (Herausgeberin / *editor* / verantwortl. Redakteur wiss. Teil), Eva Aralikatti (Organisation), Dipl. Psych.Thomas Bihler, Dr. med. Anette Binder, Dr. phil. Ilse Burbiel (Nachrichten / *news*), Dipl. Psych. Gabriele von Bülow, Dipl. Psych. Hellmuth Cox (Redaktionsleitung / *editing coordinator*), Dr. med. Dorothee Doldinger, Dr. med. Egon Fabian, Dr. med. Ulrike Fabian, Dipl. Psych. Saskia Heyden (Buchbesprechungen / *book reviews*), Dr. phil. Gertraud Reitz, Dipl. Psych. Gerhard Wolfrum

Hauptgesellschafter des Verlags (Anteil über 5%): Dr. Maria Ammon, Berlin (14%) – Deutsche Akademie für Psychoanalyse e.V., München (11%) – Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin e.V, München (10%) – Klinik für Dynamische Psychiatrie GmbH, München (10%)

Schriftsatz / *layout, typesetting:* Werner Feja, Berlin.

Druck / *printed by:* Druckarnia Art-Druk – Rafael Bartnicki – ul. Lompy 13 – PL-71-699 Szczecin

Erscheinungsweise /*frequnecy:* 3 Ausgaben jährlich / *3 volumes per year.*

Preise / *prices*: 60,- € p. a.; Bibliotheken (bei Direktbestellung) 51,-; Einzelheft / *single volume* 20,- (zzgl. Porto / *mailing fee additional*: Deutschland 4,-; *Europe & world surface* 6,50) – *Customers not residing in Germany are requested to subscribe via subscription services.*

Zahlungen / *payment:* Lieferung auf Rechnung / *delivery with invoice:* Berliner Volksbank (BLZ 100 900 00) – Konto-Nr. / *bank account*: 521 535 9001 – IBAN: DE74 1009 0000 5215 3590 01 – BIC: BEVODEBB