

Selbstgefühl eine schützende Schlüsselrolle im Hinblick auf die kurz- und langfristigen Auswirkungen von Belastungen zu. Vom Vorhandensein emotional warmer und zuverlässig verfügbarer Beziehungen hängt es ab, ob sich ein solches entwickeln kann.

Neben den Entwicklungsprozessen auf der individuellen und dyadischen Ebene muss auch die Entwicklung der Dreierbeziehung beim Kind und in der Familie untersucht werden. Jeder Wandel ist mit einer erhöhten Instabilität der innerpsychischen Strukturen verknüpft und damit auch mit einer grösseren Verletzlichkeit für psychische Erkrankungen. Die Herstellung neuer, innerer Gleichgewichte hängt wesentlich davon ab, wie flexibel-elastisch oder wie starr-rigid die vorbestehenden psychischen Strukturen waren.

Die neueren Forschungen zu den Schutzfaktoren kreisen vor allem um drei Bereiche:

1. Reduktion der Risikoauswirkung (z.B. Veränderung der Risikoexposition oder der Risikobeteiligung) und damit Abnahme der Wahrscheinlichkeit negativer Kettenreaktionen infolge der Risiko- begegnung. Beim Verlust der Mutter vor dem 11. Lebensjahr zeigte sich z.B., dass ein schwerer Mangel an liebevoller Fürsorge die Schlüsselvariable darstellte, die eine Depression voraussagen liess – und zwar mit oder ohne mütterlichen Verlust. Der Verlust der Mutter wies keine Assoziation mit einer Depression auf, sofern das Kind sich auf eine liebevolle Fürsorge verlassen konnte [8]. Die emotionale Verfügbarkeit des überlebenden Elternteils oder eine alternative signifikante Bindung bot somit Schutz vor negativen Kettenreaktionen.

Protektive Faktoren modifizieren Risikoauswirkungen in eine positive Richtung. Zu ihnen zählen: eine bessere sozioökonomische Situation; weibliches Geschlecht in der Präpubertät, männliches Geschlecht danach; keine organischen Defizite, aufgeschlossenes Temperament; jüngeres Alter zur Zeit eines Traumas; keine frühkindlichen Trennungen oder Verluste. Weiter sind unterstützend: eine kompetente elterliche Beziehung und Funktion; eine gute warmherzige Beziehung mit mindestens einer primären Betreuungsperson;

im Erwachsenenalter das Vorhandensein sozialer Unterstützung durch Ehepartner/in, Familie oder andere signifikante Bezugspersonen; bessere Vernetzung durch informelle Beziehungen; soziale Unterstützung durch bessere Ausbildungserfahrungen; Engagement in organisierter religiöser Aktivität und Glauben [9].

Folgende Charakteristika scheinen Kinder vor Stresssituationen zu schützen: hoher IQ; gute Fähigkeit, Probleme zu lösen; bessere Anpassungs- und Bewältigungsstrategien; Aufgaben-bezogene Selbsteffizienz; autonomer oder interner Kontrollort (d.h. die Kontrolle eines Ereignisses unterliegt dem eigenen Wirkungskreis); Selbstwirksamkeitsüberzeugung; ein grösseres Selbstvertrauen; interpersonale Wahrnehmung; Empathie; Wille und Fähigkeit zu planen und ein guter Sinn für Humor [9].

2. Fördern des Selbstvertrauens und der Selbsteffizienz durch verfügbare stabile und unterstützende Beziehungen oder durch erfolgreiche Aufgabenbewältigung. Kinder schwer psychisch kranker Eltern können diese belastende Situation bewältigen, sofern sie über eine Fähigkeit verfügen, soziale Bindungen mit anderen Familienmitgliedern oder alternative Beziehungen ausserhalb der Familie zu entwickeln, die ungenügende elterliche Beziehung als einen Ausdruck der Krankheit anzunehmen und sie nicht als einen Mangel bei sich selbst oder als Folge böswilliger Gefühle ihrer Eltern ihnen gegenüber zu betrachten [10]. Bei Kindern von körperlich chronisch kranken Eltern vermag die Qualität der emotionalen Verfügbarkeit des gesunden Elternteils die Unaufmerksamkeit des kranken zu kompensieren. Spezifische Interventionen mit dem Ziel, chronisch kranken Eltern bei der Bewältigung ihrer Krankheitssituation zu helfen, unterstützen Kinder in ihrer eigenen Auseinandersetzung und bei der Anpassung an die elterliche Krankheitssituation [11].

3. Eröffnen von neuen Gelegenheiten und Chancen. In einer Longitudinalstudie über adoleszente Entwicklung wurden mittels Interviews Narrative auf ihren Beitrag zur Resilienzförderung hin untersucht [7]. Das Geschichtenerzählen bietet die Möglichkeit, einen symbolischen Prozess aus-

zulösen, d.h., Emotionen können über die mit ihnen verknüpften Erinnerungen und Bilder hervorgerufen und dank der Sprache mit verbalen Systemen verbunden werden [12]. Das Berichten von Narrativen dient hauptsächlich dazu, Lebensereignissen, die die Kontinuität des Erlebens unterbrochen haben, erneut Sinn und Bedeutung zuzuschreiben [13]. Die narrative Kohärenz wird dabei als wichtiger Faktor für die persönliche Integration von schmerzlichen Erfahrungen angesehen. Als zentral erwiesen sich die persönliche Übernahme von Verantwortung, ein aktiver Einsatz, um eine ungünstige Lebenssituation zu bewältigen und damit die Entwicklung mit zu gestalten, sowie das Reflexionsvermögen und ein zuverlässiges Engagement in Beziehungen.

Resilienz

Viele Kinder sind einer Vielzahl von Risikofaktoren ausgesetzt und haben sich allen Erwartungen zum Trotz im Leben *erstaunlich gut* entwickelt, was mit dem Terminus *Resilienz* zu erfassen gesucht wurde. Dieser Begriff umfasst ein interaktives Konzept, das sich auf eine relative Widerstandsfähigkeit gegenüber Umweltrisikoe Erfahrungen oder auf die Bewältigung von Stress oder ungünstigen Belastungen bezieht. Resilienz führt zu einer erfolgreichen Anpassung und Integration trotz hoher Risiken, chronischem Stress und psychosozialer Belastungen [14]. Sie ist verantwortlich für die individuellen Variationen, die sich bei Kindern und Jugendlichen als Reaktionen auf ähnliche Erfahrungen hin zeigen [15].

Was bezeichnet dieser Begriff? Lange Zeit wurde er im psychotherapeutischen Schrifttum nur recht peripher verwendet. Er orientiert sich nicht in erster Linie am Mangel, sondern an verfügbaren Ressourcen. Und er ist dadurch gekennzeichnet, dass er sich mit mehreren anderen Begriffssystemen überlappt und nur unscharf abgegrenzt ist. Ähnliche Bereiche werden durch Termini wie Resistenz, Unverwundbarkeit, optimales Bewältigungsvermögen oder protektive Faktoren umschrieben. Es handelt sich bei der Resilienz also um die Fähigkeit, gewissen Überbelastungen, übermässigem Stress, Traumata und anderen destabili-

sierenden Ereignissen zu widerstehen und die Kontinuität im Handeln, Empfinden, Denken und eigenen Sein in die Zukunft hinein zu bewahren. Wo es keine Herausforderung gibt, existiert auch keine Resilienz [7]. Resilienz bleibt nicht anhaltend gleich, sondern sie kann im Verlaufe des Lebens situations- und kontextabhängig durchaus fluktuieren. Positive Adaptation wird gewöhnlich als *soziale Kompetenz* oder als erfolgreiches Durchlaufen markanter phasenspezifischer Entwicklungsaufgaben definiert.

Neben der Beschreibung von potentiell mit Resilienz verbundenen protektiven Faktoren und der zugrundeliegenden Prozesse und Regulationsysteme galt es – dank der integrierenden Forschung auf den Gebieten der Neurowissenschaften, der molekularen Genetik und der Verhaltensentwicklung – immer wieder, Resilienz durch präventive Interventionen bei Kindern, die in Not-situationen gefährdet waren, zu fördern sowie die der Resilienz zugrundeliegenden multiplen komplexen Prozesse auf verschiedenen Ebenen besser zu verstehen. Da die Resilienz – nach einer Kindheit unter kritischen ungünstigen Umständen sich – infolge positiver Erfahrungen im Erwachsenenalter – auch erst in einem späteren Lebensabschnitt manifestieren kann, ist ein über eine Lebensspanne andauernder Forschungsansatz notwendig [15].

Nicht nur in Kriegs- und Unruhesituationen (z.B. Anne Frank), sondern auch bei nicht wenigen behinderten, misshandelten, chronisch kranken Kindern sowie bei Kindern alkoholkranker bzw. sonstige Suchtmittel konsumierender oder auch psychotischer Eltern sind klinisch immer wieder Beispiele resilienter Kinder zu finden. Im allgemeinen handelt es sich um *Individuen, die bereits sehr früh imstande sind, zu anderen Menschen in Beziehung zu treten und diese für ihre Entwicklung zu nutzen* (d.h. sie haben eine hohe interaktive Kapazität). Sie lernen dadurch mühelos die unendliche Vielfalt und Reichhaltigkeit in ihrer Umgebung kennen und verlocken ihre Eltern auch zu besserer Elternschaft. Diese Fähigkeit kann als eine Art Sockel der Resilienz betrachtet werden. *Obwohl vulnerabel, verlieren diese Kinder durch Belastungen ihr seelisches*

Gleichgewicht nicht. Sie verfügen gleichsam über eine Fähigkeit, anhaltend Belastungen zu bewältigen, und vermögen, posttraumatische Stress-Reaktionen massiv zu verringern oder gar auf null zu reduzieren. Traumatische Erfahrungen im Leben bewirken nicht einzig nur Leid und psychische Störung, sondern sie können auch Reifungsprozesse insbesondere in drei Bereichen auslösen: der Selbstwahrnehmung, den interpersonellen Beziehungen und der Lebenseinstellung [16].

Ergebnisse der neueren Resilienzforschung

Die meisten Untersuchungen wurden in der westlichen Hemisphäre durchgeführt und nur sehr wenige bei Kindern in Entwicklungsländern, in Situationen von Krieg oder nach Naturkatastrophen. Zu den hauptsächlichsten Ergebnissen der neueren Resilienzforschung gehören folgende Punkte:

a) Resistenz gegenüber einer Risikosituation kann infolge einer *kontrollierten Risikoexposition* und nicht infolge einer Risikovermeidung entstehen. Auseinandersetzung mit Stress oder ungünstigen Belastungen vermag (wenn diese nicht zu stark einwirkend gewesen sind), die Resistenz gegenüber späteren Stressfaktoren zu stärken. Es wird angenommen, dass bei der erfolgreichen Bewältigung einer Herausforderung physiologische Anpassung, psychologische Gewöhnung, ein Gefühl von Selbsteffizienz, die Aneignung von wirksamen Anpassungs- und Bewältigungsstrategien und/oder eine kognitive Neudefinition der Erfahrung beteiligt sind.

b) *Widerstandsfähigkeit* wird durch schädigende Auswirkungen auf neurale Strukturen infolge Stress (d.h. eine Art biologische Programmierung) vermindert [15]. Sie kann auf Eigenschaften oder Umständen beruhen, die – sofern relevante Umfeldrisiken fehlen – keine bedeutsamen weiteren Auswirkungen haben.

c) Resistenz vermag vielmehr aus *psycho-physiologischen Anpassungs- und Bewältigungsprozessen* zu resultieren als von externen Risiko- oder protektiven Faktoren abzuhängen.

d) Die *Gen-Umfeld-Interaktions-Forschung* zeigt, dass der Gen-Einfluss nur durch die Inter-

aktion mit dem Umfeldrisiko zum Ausdruck kommt. Es besteht also kein einziger generell anwendbarer Resilienz-Wesenszug. Gen und Umfeld teilen einen gemeinsamen kausalen pathophysiologischen Weg und führen zu einer spezifischen (eventuell psychopathologischen) Eigenschaft. Die genetische Variation per se stellt weder einen Risiko- noch einen protektiven Faktor dar.

Bei *depressionsgefährdeten Kindern und Jugendlichen* wurden bidirektionale Einflüsse des sozialen Kontexts auf Resilienzprozesse auf der neurobiologischen Ebene sowie Mediator- und Moderatorfunktionen des biologischen Kontexts auf Resilienzprozesse auf der sozialen Ebene nachgewiesen. Veränderungen von Resilienzmanifestationen fanden sich vor allem während Entwicklungsübergängen, in denen neue Risikofaktoren auftauchten und protektive Faktoren herausgefordert wurden. Die Resilienzabläufe verändern sich also in der Adoleszenz [17]. Die Schwierigkeit, negative Emotionen adaptativ regulieren zu können, dürfte bei jüngeren Kindern mit internalisierenden Symptomen und bei Adoleszenten mit depressiven Symptomen und Störungen verbunden sein. Die Fähigkeit, wirksam Emotionen zu regulieren, mag zur Resilienz von depressionsgefährdeten Kindern beitragen [18]. Die Forschung auf dem Gebiet der Gen-Umwelt-Interaktionen zeigt, dass der soziale Kontext, z.B. eine fürsorgliche unterstützende elterliche Betreuung, vor dem Ausbruch einer depressiven Entwicklung bei Kindern mit genetischen Risikofaktoren zu schützen vermag [19, 20]. Es tragen, wie oft festgestellt, sowohl soziale als auch biologische Einflüsse zur Entwicklung von Resilienz bei depressionsgefährdeten Kindern bei. Zu den sozialen Faktoren gehören eine warme Eltern-Kind- und eine nicht konflikthafte Ehepaar-Beziehung. Positive Erfahrungen im sozialen Kontext können negative Auswirkungen neurobiologischer Vulnerabilität kompensieren. Präventive Interventionen müssen darauf ausgerichtet sein, die Fähigkeit der Kinder, Emotionen zu regulieren und die familialen Einflüsse, die dazu beitragen, zu fördern.

e) Die *Entwicklungsforschung* hat gezeigt, dass die *Charakteristika des sozialen Kontextes* bessere

Prädiktoren von Resilienz darstellten, als es die individuellen Eigenschaften eines Kindes sind [21]. Die Qualität elterlicher Funktionen, der Eltern-Kind-Beziehungen und des familialen Milieus stellen somit wirkungsvolle Mediatoren und Moderatoren ungünstiger Belastungssituationen dar. Gewisse individuelle Charakteristika psychischer Gesundheit und hohe Intelligenz (eine Art «individueller Resilienz») vermögen den Auswirkungen hoher Umfeldrisiken jedoch zu widerstehen. Dennoch können einzelne, chronisch andauernde Umfeldbelastungen, wenn sie sich zu multiplen Risiken anhäufen, ein enormes Ausmass annehmen und auch die Entwicklung der Kinder der nächsten Generation beeinflussen.

f) *Gute intellektuelle Fähigkeiten und geeignete elterliche Ressourcen* dürften – wie Längsschnittuntersuchungen über 10 Jahre in Primarschulen zeigten – fundamentale Anpassungssysteme, die ihrerseits die kindliche Entwicklung im Kontext von ernsthaft belastenden Lebensbedingungen zu schützen vermögen, signifikant günstig beeinflussen [22].

g) Auch die Auswirkungen von *psychosozialem Stress* und die damit verbundene Art der Auseinandersetzung und Bewältigung sind zum Verständnis von Resilienzphänomenen in der Kindheit und Adoleszenz von grosser Bedeutung [23]. Die psychologischen und biologischen Prozesse der Reaktivität auf Stress und der Erholung von Stress sind fundamental für das Verständnis des Ausmasses der emotionalen und physischen Folgen von andauerndem chronischem Stress. Stress trägt nicht nur zu physischer Krankheit und zu Verhaltens- und emotionalen Störungen bei, sondern unterbricht gerade diejenigen Hirnfunktionen, die primär für ein wirksames Bewältigen und die Selbstregulation verantwortlich sind. Die direkte Auswirkung von chronischem Stress wird also verstärkt durch die Beeinträchtigung der Fähigkeit, wirksam Stress bewältigen zu können.

h) *Temperament* bezieht sich auf relativ stabile, früh erscheinende, biologisch verankerte individuelle Unterschiede in Verhaltenseigenschaften, die ein Potential in sich tragen, sich während der Entwicklung des Kindes sowohl qualitativ als auch

quantitativ zu verändern und sich unterschiedlich, je nach der Natur des Kontexts, in dem sich das Kind befindet, zu manifestieren [24]. Individuelle Unterschiede des Temperaments reflektieren die zugrundeliegenden ungleichen Fähigkeiten der Reaktivität und Selbstregulation. Temperamentsunterschiede widerspiegeln individuelle zentralnervöse Funktionen und Strukturen. Sie reflektieren aber nicht nur genetische und zerebral bestimmte Beiträge, sondern auch bioökologische Einflüsse, wie z.B. die Art der Ernährung, und Umfeldcharakteristika, wie z.B. die elterliche Beziehung oder die Natur des Familienkontexts. Temperamentsunterschiede beeinflussen Bewältigungs- und Anpassungsstrategien im Umgang mit Stresssituationen, die ihrerseits zu Vulnerabilität oder Resilienz beitragen. Kinder, die aktive und flexible Bewältigungsstrategien nutzen, sind erfolgreicher im Umgang mit Stresssituationen, was als Resilienz bezeichnet wird.

Aber eindeutige, hereditär vorgegebene *Temperamentsfaktoren* (z.B. aktiv/passiv, ruhig/unruhig), die stets zu Resilienz Anlass gäben, konnten bisher nicht nachgewiesen werden. Es dürften aber *hereditäre, genetisch-konstitutionelle Faktoren* (z.B. die Fähigkeit, stark auf die Aussenwelt bezogen zu sein), interpersonal in der Interaktion mit der Umwelt *erworbene Eigenschaften* (z.B. intrapsychische Fähigkeiten wie die zur Beziehungsaufnahme und -gestaltung, zur Eigenständigkeit, zur Problemlösung oder zum Bindungs- und Vertrauensaufbau mit Erwachsenen) und *aus der Wechselseitigkeit von Anlage und Umwelt hervorgegangene Anpassungsfähigkeiten*, die in Kombination mit Handlungsimpulsen (initiativ, kreativ, humorfähig, Lebensfreude erhaltend) sichtbar werden, diesbezüglich von Bedeutung sein.

i) In einer *transgenerationellen Sichtweise* entspricht Resilienz (als normale Entwicklung unter schwierigen Bedingungen) einer Reihe von sozialen und intrapsychischen Prozessen, die über eine gewisse Zeitspanne hinweg bei günstiger Kombination kindlicher Eigenschaften und einem unterstützenden familialen, sozialen und kulturellen Umfeld stattfinden [25]. Alle psychosozialen Prozesse, die eine gesunde Entwicklung untermauern,

können beteiligt sein [26].

Für Eltern mit einer persönlichen Geschichte von Deprivation, Vernachlässigung oder Misshandlung stellt die Familiengründung und die adäquate Erziehung von Kindern einen Bereich hoher Vulnerabilität dar. Das Risiko einer transgenerationalen Transmission von Misshandlung wird auf 30% geschätzt. Viele als Kinder misshandelte Personen werden, trotz des beträchtlichen Risikos einer intergenerationellen Übertragung von Misshandlung, kompetente Eltern. Folgende günstige Prädiktoren wurden in früheren Untersuchungen identifiziert: ein unterstützender Ehepartner, finanzielle Sicherheit, physische Attraktivität, hoher IQ, positive Schulerfahrungen, strenge religiöse Zugehörigkeit, ein Gefühl von Effizienz in der Elternrolle und ein Gefühl von Optimismus dem Kind gegenüber [27].

j) Eine *sichere Bindung* stellt einen Teil des Mediationsprozesses dar, bei dem Resilienz beobachtet wird. Das elterliche Bindungs- und Beziehungsmodell beeinflusst die Bindungssicherheit des Kindes. Jeder Elternteil übermittelt sein internes Bindungs- und Beziehungsmuster auf das Kind, und zwar unabhängig vom anderen Elternteil. Ob, wie und wann das Kind die beiden getrennten internalisierten Beziehungsmodelle seiner primären Betreuungspersonen zu integrieren vermag, ist nicht bekannt. Es wird vermutet, dass ein sicheres internes Beziehungsmodell, neben einem anderen unsicheren, einen schützenden Faktor darstellt und zur Resilienz des Kindes in einer Deprivationssituation beiträgt. Die Wahrnehmung mentaler Zustände in sich selbst und im anderen stellt einen essentiellen Aspekt des psychotherapeutischen Prozesses dar [28]. Es bestehen klare (bei Müttern besonders deutliche) Zusammenhänge zwischen dem Vermögen von Eltern, sich reflektierend über sich und ihr Kind Klarheit zu verschaffen, und der Bindungssicherheit des Kindes. Deshalb wird angenommen, dass das Reflexionsvermögen eine Mediatorrolle innehat und zum Resilienzprozess beiträgt [9].

Resilienzförderung

Resilienz kann zu einem wesentlichen Verbün-

den in unseren psychosozialen Bemühungen werden, wenn es uns gelingt, sie zu *mobilisieren* oder zu *unterstützen*. Das sorgfältige Verstehen der bisherigen Entwicklung eines Kindes und der Personen in seinem Umfeld, zusammen mit detaillierten, alle Beteiligten einbeziehenden Verhaltensbeobachtungen, mag ein erster Schritt dazu sein. Dann geht es weiter darum, die – manchmal auch latenten – Ressourcen, sowohl des Kindes als auch seiner hauptsächlichsten Bezugspersonen, in der unmittelbaren Interaktion empathisch zu erkennen, und behilflich zu sein, dass Entwicklungsraum für diese entsteht, gemeinsame Entwicklung gefördert werden und die *Beziehungsbefähigung aller Fortschritte machen kann*. Der von den Helfenden ausgehende, schrittweise Aufbau von zwischenmenschlichem Vertrauen sowohl zum Kind als auch zu dessen primären Bezugspersonen ist ein Agens, das sich eine betroffene Familie allmählich, zuerst imitatorisch und dann identifizatorisch, zu eigen machen und nutzen kann.

Entwicklungsstufen sind, über das ganze Leben hinweg, mit spezifischen Belastungen verbunden. Diese können bei entsprechenden Vulnerabilitäten eines Individuums zu klinisch manifesten Störungen führen. Entwicklung ist nicht nur eine Summierung im Sinne linearer Addition, sondern die *anhaltende Umwandlung und Neuorganisation alter und neuer Erfahrungsinhalte*. Frühe Verhaltensformen werden in komplexere hierarchisch integriert. In Zeiten seelischer Belastung werden allerdings frühere Funktionsmodalitäten rasch wieder manifest. Die zuletzt integrierten Muster sind im Hinblick auf eine regressive Auflösung am anfälligsten. Vielleicht entwickelt die moderne Neurophysiologie und -chemie Modelle, die sich mit entwicklungspsychologischen Erfahrungen in Verbindung setzen lassen, beschreibt doch Kandel [29], wie sich bei einfachen Organismen unter chronischer Belastung eine veränderte Synapsenstruktur mit Absenkung der Reiz-Reaktions-Schwelle ausbildet, so dass schliesslich bereits eine kleine Belastung ausreicht, um die ursprüngliche Reaktion auszulösen. *Belastungen in der frühen Lebenszeit hinterlassen also Spuren in den Synapsen* (Veränderung von Strukturen und Funktionsweisen

nach «gelernter Angst») und schaffen damit eine *biologisch fixierte Vulnerabilität bzw. Prädisposition für ähnliche Belastungen zu einem späteren Zeitpunkt. Erfahrungen (auch positiver Art) vermögen somit, die Neurostruktur und -funktion zu verändern.*

Resilienz wurde also als die physische, psychische und soziale Kraft definiert, die es Menschen ermöglicht, selbst aus den widrigsten Umständen von Not und Elend gestärkt hervorzugehen [30]. Sie wurde aber auch als ein «Gedeihen trotz widriger Umstände» bezeichnet [14] oder als Fähigkeit, zerrüttenden Herausforderungen des Lebens standzuhalten und aus diesen Erfahrungen gestärkt und bereichert hervorzugehen, sowie als Kapazität «von Menschen, Krisen im Lebenszyklus, unter Rückgriff auf persönliche und sozial vermittelte Ressourcen, zu meistern und als Anlass der Entwicklung zu nutzen» ([14], S. 13). Bei Vorliegen von Resilienz werden, durch Nutzung von Möglichkeiten, die im eigenen Lebensumfeld zur Verfügung stehen, Schicksalsschläge ertragen, und es wird ein Gedeihen trotz widriger Umstände möglich.

Resilienz erweist sich als eine Eigenschaft, die sich zum Teil in Beziehungen entwickelt (sie ist also zu guten Teilen eine interaktionale bzw. soziale Kategorie) und zum Teil auf Grund angeborener Faktoren zum Tragen kommt. Es kann somit auch von einer persönlichen, familialen oder systemischen Resilienz gesprochen werden. Im Belastungsfall werden in zwischenmenschlichen Beziehungen Wandel und Wachstum angestossen und entwickelt.

Resiliente *Familien* zeigen häufig starke *Überzeugungen und Wertsysteme* (religiösen Glauben, politische Haltungen, starke Vorbilder, verlässliche Bezugspersonen, gemeinsame Wirklichkeitskonstrukte, vorgegebene, bewährte Muster der Sinnfindung, Optimismus [Zukunftsperspektiven], starke gegenseitige Verbundenheit, Kohäsion in der Familie, aber auch Flexibilität, soziale und ökonomische Ressourcen [klare Rollenmodelle], klare Kommunikationsformen, angemessenen Ausdruck von Gefühlen [Vertrauen, Empathie, Toleranz], die Fähigkeit, gemeinsam Probleme zu

lösen [proaktive Haltung, Fairness, gegenseitiges Verständnis]), einen zuverlässigen intrafamilialen Zusammenhalt und eine flexible Anpassung an neue Anforderungen, was alles zusammen dazu beiträgt, Krisen aktiv zu bewältigen.

Resilienz in Prävention und Therapie

Kinder, die *multiplen soziodemographischen Risikofaktoren* ausgesetzt sind, können als höchst vulnerabel für lang andauernde psychosoziale Probleme gelten. Die Wahrscheinlichkeit schwerer Anpassungsstörungen nimmt mit zunehmender Anzahl soziodemographischer Risiken, wie z.B. schlechter mütterlicher Ausbildung, grosser Familien, Minoritätsstatus, elterlicher psychiatrischer Erkrankungen usw., exponentiell zu [22]. Kinder, die zwei koexistierenden Risikofaktoren ausgesetzt sind, zeigen eine vierfache Zunahme von Anpassungsstörungen; wenn vier oder mehr Risikofaktoren gleichzeitig vorhanden sind, können die Anpassungsprobleme um ein Zehnfaches zunehmen [31].

Die Resilienzforschung konnte deutlich zeigen, dass Interventionen in allen Entwicklungsphasen von höchstem Wert sind [32], wobei länger andauernde effizienter waren als kürzere [33]. Für gefährdete Kinder erwiesen sich Interventionen zur Zeit von Entwicklungsübergängen (wie z.B. Schuleintritt, Adoleszenz, Eintritt in die Arbeitswelt) als ganz besonders vorteilhaft [31]. Besondere Aufmerksamkeit verdienen nach Rutter [10] die schützenden Massnahmen, die an Schlüsselpositionen im Leben operieren, nämlich dann, wenn ein Risikoverlauf in einen besseren Anpassungsweg umorientiert werden kann.

Die Resilienzforschung sollte sich vermehrt kultur-, ethnische- und rasseübergreifenden Perspektiven widmen und Kinder aus Entwicklungsländern einschliessen. Migranten und Flüchtlinge sind multiplen biologischen und psychosozialen Risikofaktoren ausgesetzt, die ihre Vulnerabilität gegenüber Gefährdungen massiv erhöhen, dies im Vergleich zu in relativ stabileren und wirtschaftlich gesicherteren Lebenssituationen aufwachsenden Kindern.

Dennoch ist *Resilienz keine statische Eigen-*

schaft, sondern vielmehr eine Handlungs-, Orientierungs- oder Verarbeitungsweise, d.h. Teil eines Prozesses. Sie ist nicht auf eine spezifische Lebensphase beschränkt, manifestiert sich aber in den unterschiedlichen Lebensabschnitten in ungleicher Form und wird im allgemeinen dort wirksam, wo Belastung, Stress, Trauma, Risiko oder Krise zu beobachten ist. Was heute als Resilienzfaktor erscheint, kann sich morgen als Risikofaktor erweisen. Resilienz ist somit eine Bezeichnung für einen Anpassungs- und Entwicklungsprozess und muss stets im Kontext der vorhandenen Belastungen bestimmt werden. Sie beseitigt Risiken und Belastungen nicht, sondern tritt als Folge abschwächender Faktoren in Erscheinung, die es dem Individuum ermöglichen, geeigneter mit den Risiken und Belastungen umzugehen. Eine *resilienzorientierte Perspektive* scheint im klinischen Bereich somit wichtiger als die Resilienz als scheinbares Persönlichkeitsmerkmal.

Resilienzpotentiale, Resilienzmuster, Resilienzphänomene ganz allgemein und auch resilienzfördernde Prozesse können – sowohl in der Quer- als auch in der längsschnittlichen Betrachtungsweise – vor allem bei *wichtigen Übergängen* in der Entwicklung eines Individuums, einer Familie oder eines breiteren sozialen Systems beobachtet werden (z.B. Ein- und Ausschlussprozesse bei triadischen Phänomenen). Sie wird durch tragfähige *Beziehungen und Bindungen* zu Verwandten, Lebenspartnern und Bezugspersonen gefördert. Resilienz und Risiko stehen, aus biopsychosozialer Perspektive, im Lichte vielfältiger rekursiver Einflüsse, denen das Individuum, die Familien und auch grössere soziale Systeme unterliegen.

Als *relationales Konstrukt* entspricht Resilienz einer Aufrechterhaltung der biopsychosozialen Gesundheit trotz hoher Störungsrisiken; der Entwicklung von Kompetenz unter aktueller Belastung; der Fähigkeit, sich von Traumata zu erholen und sich trotz Stress erfolgreich in die Gesellschaft zu integrieren. *Empirisch validierte Resilienzmodelle* basieren auf Widerstandskräften gegen Risikofaktoren, konstitutionellen und erworbenen Persönlichkeitsmerkmalen sowie Ressourcen der Familie und des Umfeldes [30]. Resilienz versucht

die Varianz, die von den Risiko- und Schutzfaktoren nicht erklärt wird, zu erfassen.

Die *Beschreibung von Resilienz* bedient sich häufig verschiedenster *Metaphern*. Allen Resilienzvorstellungen liegt ein Interaktionsschema zugrunde. «Wir sind resilient (oder auch nicht) immer nur in Bezug auf etwas anderes, das etwas <mit uns macht> und daher auf irgendeine Weise ein Problem für uns darstellt, auf das wir reagieren» ([34], S. 234). Es wird von *resilienten Objekten* (z.B. Rambo oder irgendein anderer Held) oder von einem *resilienten Organismus* gesprochen (die Homöostase kann trotz schädlicher Einwirkungen aufrechterhalten oder wiederhergestellt werden, z.B. durch eine besondere Fähigkeit zur Balance oder zum Kampf [Tapferkeit, Mut]; dies betrifft Individuen, Familien oder Systeme). *Gewichtsmetaphern* (persönliche, soziale oder ökonomische Belastungen, denen man entgegenwirkt), *Wegmetaphern* (Resilienz entspricht all dem, was einen Weg erleichtert), aber auch *Behältermetaphern* kommen zur Anwendung (z.B. die Fähigkeit zur Aufrechterhaltung, Verstärkung und Befestigung von Grenzen [z.B. von innen und aussen]), und schliesslich werden zur Beschreibung von Resilienzphänomenen auch *Netzwerkmatahern* verwendet (Knüpfung, Verstärkung oder Reparatur von sozialen Netzen).

Präventive und psychotherapeutische Prozesse können somit, durch Veränderungen verschiedener Teilfaktoren (z.B. Zunahme der protektiven und Reduktion der Risiko-/Belastungsfaktoren, kontrollierte Exposition, veränderte Reagibilität auf Stress, sorgfältige Traumareaktivierung, Veränderungen der Beziehungsqualität und der Selbstregulation), die Resilienz in gewissen Situationen und Kontexten in ihrer Entwicklung unterstützen. Die Resilienzforschung zeigt eindeutig, dass die *Vulnerabilität* von Kindern und Jugendlichen, die *in belastenden Lebenssituationen aufwachsen oder kritischen Lebensereignissen ausgesetzt* sind, nicht unabdingbar zu psychopathologischen Entwicklungen führen muss, sondern *durch Vermitteln von frühzeitigen, protektiven und lang andauernden Interventionen ausgeglichen werden kann*.

Literatur

- 1 Rutter M. Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder. *Br J Psychiatr.* 1985;147:598–611.
- 2 Zeanah CH, Bons NW, Larrieu JA. Infant development and developmental risk: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1997;36/2:165–78.
- 3 Laucht M, Esser G, Schmidt MH. Risiko- und Schutzfaktoren der frühkindlichen Entwicklung: empirische Befunde. *Zeitschr Kinder-Jugendpsychiatr Psychother.* 1998;26(1):6–20.
- 4 Largo Remo H. Kinderjahre: die Individualität des Kindes als erzieherische Herausforderung. München, Zürich: Piper; 1999.
- 5 Werner EE. Children of the Garden Island. *Sci Am.* 1989;260(4):106–11.
- 6 Manciaux M. L'enfant et la résilience. *Schweiz Ärztezeitung.* 2000;81(24):1319–22.
- 7 Hauser S, Allen JP, Golden E. Out of the Woods. Tales of resilient teens. Cambridge: England Harvard University Press; 2006.
- 8 Brown GW, Harris TO, Bifulco A. The long-term effects of early loss of parent. In: Rutter M, Izard CE, Read PB, editors. *Depression in Young People.* New York: Guilford Press; 1986.
- 9 Fonagy P, Steele M, Steele H, Higgitt A, Target M. The Emanuel Miller Memorial Lecture 1992. The theory and practice of resilience. Review. *J Child Psychol Psychiatry.* 1994;35(2):231–57.
- 10 Rutter M. Psychosocial resilience and protective mechanism. *Am J Orthopsychiatr.* 1987;57(3):316–31.
- 11 Steck B, Grether A, Amsler F, Schwald Dillier A, Romer G, Kappos L, et al. Disease variables and depression affecting the process of coping in families with a somatically ill parent. *Psychopathology.* 2007;40:394–404.
- 12 Bucci W. The power of the narrative: a multiple code account. In: Pennebaker JW, editor. *Emotion, Disclosure and Health.* Washington, DC: American Psychological Association; 1995. p. 93–124.
- 13 Kohler Riessman C. Strategic uses of narrative in the presentation of self and illness: a research note. *Social Science and Medicine.* 1990;30:1195–200.
- 14 Weiter-Enderlin R, Hildenbrand B, Herausgeber. *Resilienz – Gedeihen trotz widriger Umstände.* Heidelberg: Carl-Auer; 2008.
- 15 Rutter M. Implications of Resilience Concepts for Scientific Understanding. *Ann N Y Acad Sci.* 2006;1094:1–12.
- 16 Tedeschi RG, Park CI, Calhoun LG. Posttraumatic growth: conceptual issues. In: Tedeschi RG, Park CI, Calhoun LG, editors. *Posttraumatic Growth: positive changes in the aftermath of crisis.* Mahwah, NY/London: Lawrence Erlbaum; 1998.
- 17 Silk JS, Vanderbilt-Adriance E, Shaw DS, Forbes EE, Whalen DJ, Ryan ND, et al. Resilience among children and adolescents at risk for depression: mediation and moderation across social and neurobiological contexts. Review. *Dev Psychopathol.* 2007;19(3):841–65.
- 18 Masten AS. Regulatory processes, risk and resilience in adolescent development. *Ann N Y Acad Sci.* 2004;1021:310–9.
- 19 Eley TC, Deater-Deckard K, Fombonne E, Fulker DW, Plomin R. An adoption study of depressive symptoms in middle childhood. *J Child Psychol Psychiatr.* 1998;39(3):337–45.
- 20 Kaufman J, Plotsky PM, Nemeroff CB, Charney DS. Effects of early adverse experiences on brain structure and function: clinical implications. *Biol Psychiatry.* 2000;48:778–90.
- 21 Sameroff AJ, Rosenbaum KL. Psychosocial constraints on the development of resilience. *Ann N Y Acad Sci.* 2006;1094:116–24.
- 22 Masten AS, Hubbard JJ, Gest SD, Tellegen A, Garmezy N, Ramirez M. Competence in the context of adversity: pathways to resilience and maladaptation from childhood to late adolescence. *Dev Psychopathol.* 1999;11:143–69.
- 23 Compas BE. Psychobiological processes of stress and coping. Implications for resilience in children and adolescents – comments on the papers of Romeo & McEwen and Fisher et al. *Ann N Y Acad Sci.* 2006;1094:226–34.
- 24 Wachs TD. Contributions of temperament to buffering and sensitization processes in children's development. *Ann N Y Acad Sci.* 2006;1094:28–39.
- 25 Rutter M. Psychosocial resilience and protective mechanism. In: Rolf J, Masten AS, Cicchetti D, Neuchterlein KH, Weinteraub S, editors. *Risk and protective factors in the development of psychopathology.* New York: Cambridge University Press; 1990. p. 79–101.
- 26 Cicchetti D. Developmental psychopathology: some thoughts on its evolution. *Development and Psychopathology.* 1989;1:1–4.
- 27 Kaufmann J, Ziegler E. The intergenerational transmission of child abuse. In: Cicchetti D, Carlson W, editors. *Child Maltreatment: theory and research on the cause and consequences of child abuse and neglect.* Cambridge: Cambridge University Press; 1989. p. 125–50.
- 28 Fonagy P, Moran GS, Target M. Aggression and the psychological self. *British Psycho-Analytical Society Bulletin.* 1993;29:1–10.
- 29 Kandel ER. From metapsychology to molecular biology: explorations into the nature of anxiety.

Am J Psychiatr. 1983;140(10):1277–93.

- 30 Lanfranchi A. Resilienzförderung von Kindern bei Migration und Flucht. In: Welter-Enderlin R, Hildenbrand B, Herausgeber. Resilienz – Gedeihen trotz widriger Umstände. Heidelberg: Carl-Auer; 2008. S. 119–38.
- 31 Luthar SS, Cicchetti D. The construct of resilience: implications for interventions and social policies. Review. Dev Psychopathol. 2000;12(4):857–85.
- 32 Rutter M. Resilience reconsidered: conceptual considerations, empirical findings, and policy implications. In: Shonkoff JP, Meisels SJ, editors. Handbook of Early Childhood Intervention. 2nd edition. New York: Cambridge University Press; 2000. p. 651–82.
- 33 Luthar SS, Sawyer JA, Brown PJ. Conceptual issues in studies of resilience. Past, present, and future research. Ann N Y Acad Sci. 2006;1094:105–15.
- 34 Levold T. Metaphern der Resilienz. In: Welter-Enderlin R, Hildenbrand B, Herausgeber. Resilienz – Gedeihen trotz widriger Umstände. Heidelberg: Carl-Auer; 2008. S. 234.

Korrespondenz:
Prof. em. Dr. med. Dieter Bürgin
Gundeldingerstrasse 177 (Praxis: 175)
CH-4053 Basel
e-mail: dieter.buergin@unibas.ch

PD Dr. med. Barbara Steck
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -Psychotherapie FMH
St. Alban-Anlage 35
CH-4052 Basel
e-mail: barbara.steck@unibas.ch

Le prix du silence et le temps de la créativité

Enseignant à l'Université Nationale du Rwanda, Directeur adjoint de l'Institut de Recherche et Dialogue pour la Paix (IRDP)

N. Munyandamutsa

Summary

Munyandamutsa N. [The price of silence and the time of creativity.] Schweiz Arch Neurol Psychiatr. 2008;159:490-5.

Usually, therapists and clinicians have few opportunities to meet resilient individuals, because they do not ask for help. Nevertheless, we know something about their path through their artistic creations, altruist commitments or life styles. The question remains open to know if resilience, a very specific capability to cope, is acquired thanks to the environment or through personal resources.

This paper questions the role of the therapist as a catalyst of a process of self-reconstruction.

Through the reality of the trauma the time of silence will gradually leave a space for the process of elaboration. The consequences of trauma are numerous and often devastating on the cyclic life, among them the incapacity to put into words what is impossible to think.

Two vignettes will underline the importance of the role of the therapist as "tutor of resilience". This paper also emphasises the crucial role of supervision of therapists dealing with severely traumatised patients.

Keywords: resilience; psychological trauma; PTSD; genocide; supervision

Introduction

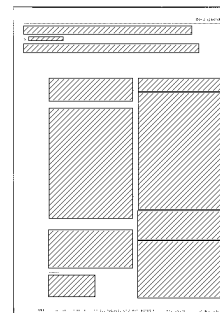
Nous connaissons peu, en tant que cliniciens, les personnes résilientes, parce qu'en général, elles ne viennent pas nous consulter. Elles passent par un processus de négociation avec elles-mêmes, avec la société qui les porte ou qui les agresse. Pour le peu que nous connaissons, nous l'avons rencontré à travers des œuvres artistiques, à travers des réalisations altruistes, ou un modèle de vie qui nous interpelle sans connaître nécessairement le che-

min tortueux que ces personnes ont emprunté, le silence imposé ou recherché, pour enfin parvenir à faire face.

Nous connaissons probablement mieux les tentatives coûteuses de renaître des cendres pour les personnes brisées, broyées, à travers des sociétés ayant subi et imposé des violences extrêmes. Nous connaissons aussi, pour l'avoir vu journallement devant nos yeux, pour l'avoir expérimenté dans notre corps et dans notre psyché, les traces du vide, la redondance de la répétition des scènes traumatiques subies et la difficulté de remettre en mouvement la ronde du temps.

Cette capacité de faire face, est-elle acquise grâce aux conditions créées par l'environnement et soutenue par les ressources propres et internes du point de vue psychique? Ou alors cette capacité de rebondir est-elle le produit d'une construction minutieuse, de la détermination à vivre malgré tout et à prendre sa revanche face au malheur de la vie qui nous fracasse?

Quel pourrait être le rôle du thérapeute? Sait-il comment devenir le catalyseur du processus de reconstruction de soi? Peut-il accéder au statut de «tuteur de résilience» dans le sens que véhicule ce concept proposé par Boris Cyrulnik? [1-3] Une littérature abondante depuis cette dernière décennie nous a permis d'éclairer le concept de résilience et l'élaboration de ce concept a vu renaître l'espoir du clinicien face à la sidération du trauma! Mais ce



qu'on connaît moins c'est comment précisément l'action du clinicien pourrait procéder à l'émergence et à la construction de la réalité de la résilience.

Nous examinerons comment, à travers la réalité traumatique, le temps du silence fait place à l'élaboration ou alors à l'omnipotence de l'expérience traumatique qui fait écran à la symbolisation. Nous verrons comment les personnes, soumises à la douleur morale ou au poids de la honte, négocient péniblement avec la volonté de vivre ensevelie sous la sidération traumatique. Nous ouvrirons enfin une réflexion sur la gestion problématique du temps de la survenue de la rencontre et la création des conditions de l'émergence de la créativité.

Le poids du trauma

Dans les situations de violences extrêmes, la résilience constitue un défi parce que, précisément, ce contexte de violence inutile de l'homme sur l'homme s'attaque à l'environnement propre et intersubjectif favorable à l'émergence de la résilience.

Cet environnement ici est celui dont Michel Lemay parle en attirant notre attention sur la nécessité d'orienter notre regard vers «sa qualité antérieure, actuelle et future en tant que soutien, enveloppe, contenant ou creuset, pour mieux saisir la résistance aux événements désorganisateur» [4].

Penser la réalité de la résilience appelle préalablement une certaine réflexion sur les effets du trauma tels que nous les rencontrons journallement en clinique du traumatisme dans le contexte du génocide.

Ces effets, les plus illustratifs, peuvent être structurés comme suit: le trauma dans ce contexte

- brise les alliances sur lesquelles nous nous appuyons pour résister,
- impose la solitude et fait taire,
- induit fracture traumatique infranchissable dans certaines situations,
- interrompt la ronde du temps et le présent du passé décolle peu du passé réel,
- impose l'exil de soi, en soi ou loin de soi,
- crée le chaos traumatique.

Nous allons illustrer ces effets à travers deux ques-

tionnements qui surgissent lors de la rencontre avec de jeunes cliniciens à différents moments et dans des contextes différents.

L'une des questions dénonce l'incapacité de mettre des mots et de construire un récit face à l'impensable. Mais en même temps une volonté de mettre un terme au contrat avec l'adversité et l'omnipotence de la mort. L'autre dénonce l'effet destructeur de la honte, mais en même temps une voix timide au fond du chaos du trauma murmure: «Mais je vais vivre.»

A partir de ces deux questions posées, dont les effets sont déstabilisants pour le thérapeute, nous allons aborder le défi de la résilience dans de tels contextes. Nous tenterons surtout de penser l'action du thérapeute, vis-à-vis de la réalité de la résilience, qui ne peut en aucun cas se construire seule.

La *première question* surgit un après-midi, au cours d'une réflexion clinique avec de jeunes collègues de terrain; elle est soulevée par une praticienne qui nous parle d'une jeune patiente qui la bouleverse: «Comment faites-vous pour travailler avec quelqu'un dont les mots peinent à venir et dont la mémoire s'empresse à mettre le rideau sur un passé douloureux?» Elle ajoute: «Accepteriez-vous de nous rejoindre dans le processus thérapeutique aujourd'hui bloqué dans une impasse?» Je lui demande à mon tour: «Quelle langue parle-t-elle? S'agit-il du langage du silence? Ou du corps mandaté pour exprimer l'inexprimable? Ou s'agit-il du langage de la mort dont on ne sait pas parfois de qui il émane?»

Nous sommes devant la solitude dans sa double implication: celle de cette jeune fille perdue au carrefour des chemins, qui ne sait plus à qui demander, et celle du thérapeute sidéré face au chaos traumatique qui anéantit la possibilité de recourir à la parole qui lie si l'on parvient à créer des conditions favorables aux liaisons significatives.

Cette parole qui lie pourrait-elle devenir le tremplin d'où se déploieraient les mécanismes de résilience aboutissant à la vie possible? Or la vie survient quand on peut structurer son questionnement et compter sur un destinataire réel et pas seulement imaginaire.

La jeune fille dont il est question est venue vers le thérapeute dans un mouvement de quête du vecteur adéquat pour sortir du chaos traumatique au sein duquel elle était suspendue, submergée par des ressentis qui ne génèrent pas du sens pour elle.

Jean Claude Métraux écrit ceci: «lorsqu'un chaos traumatique anéantit le souvenir pour le remplacer par un simple retour de sensation déjà vu, déjà entendu et surtout déjà vécu, la narration en tant que telle cesse» [5].

Nous le savons, la survenue des symptômes dénonce l'échec de la quête de sens vis-à-vis de ce qui trouble le sujet de l'intérieur ou qui fait effraction dans son monde interne.

La jeune fille sollicite le thérapeute à travers un triple symptôme qui pousse le thérapeute vers l'enfermement dans l'impasse:

- Il s'agit d'une troublante douleur psychique vécue et affichée sous un masque de tristesse inhabituel.
- Un tableau dissociatif qui force la perte momentanée de la vigilance.
- Et un symptôme somatique qui trouble par son échec à la symbolisation et à l'intransigeance de son authenticité: la jeune fille se plaint d'hémorragie vaginale et les médecins ne savent qu'en penser.

La collègue thérapeute poursuit: «Lors de chaque consultation, dès que l'on commence à parler ensemble, elle se met à transpirer, à avoir des difficultés respiratoires et à s'enfoncer dans une espèce de perte de connaissance.»

Cette collègue devient spectatrice d'une tragédie qui échappe à son contrôle.

Et elle ajoute: «Je panique chaque fois qu'elle est devant moi, et quand elle sort de son inconscience, j'évite de dire quoi que ce soit et je l'accompagne, main dans la main, pour nous retrouver à l'extérieur du bâtiment avant de nous dire au revoir!»

Et elle me demande: «Pouvez-vous m'indiquer les mots justes auxquels je dois faire appel quand je suis avec elle?»

Mais quels sont ces mots qui auraient la vertu de déclencher le processus de résilience? La rési-

lience comporte la notion de résister, de surmonter, et de réussir de manière acceptable pour la société. Cette jeune fille tente de résister à ce qu'elle n'aimerait surtout pas garder en mémoire. Le corps dénonce l'échec d'intégration du trauma à travers ce symptôme terrifiant qu'est l'hémorragie vaginale. On sent qu'elle voudrait surmonter ce qui est venu la briser, parce qu'elle pose des questions à la thérapeute, qui elle-même nous les rapporte.

La *seconde question* est soulevée par une praticienne de terrain prise entre deux feux croisés émanant d'un jeune patient et du processus de juridiction traditionnelle Gacaca au Rwanda, appelée à juger des auteurs de viols au cours du génocide des Tutsis du Rwanda.

Rassurée, au moins momentanément, par le groupe qui la porte, l'écoute et la contient dans un cadre de supervision clinique sous ma responsabilité, la collègue thérapeute lance cette question: «Dites-moi, vous autres qui avez l'habitude de négocier avec l'horreur, comment vous la transformez pour éviter qu'elle vous brise et vous déstabilise?»

Je lui réponds: «Peut-être n'allons-nous pas négocier avec l'horreur; nous allons plutôt en faire un objet d'étude. Nous allons en plus amorcer avec toi un processus d'interaction et de transaction pour faire de toi une bonne négociatrice dans ce contexte troublant.»

A l'occasion du génocide, dans cette région au centre du pays, les exterminateurs font la loi. Le mot d'ordre est clair: nul n'échappera parmi les Tutsis. Le mal devient victorieux, l'horreur prend une diversité de figure impensable. Ce jeune patient aujourd'hui âgé de 32 ans, a environ 17 ans au moment où l'on assassine son père, ses frères et sœurs. Il ne reste plus que sa mère et lui-même face à une foule brandissant les machettes pleines de sang de ses frères. Sa mère est violée devant lui, et on l'oblige à violer sa mère. La mère amorce un exil loin d'elle-même à travers un état syncopal pour ne pas assister à cette abominable scène. Inconsciente, on la mute au niveau des organes génitaux après l'inceste forcé.

Après le génocide, le fils s'exile à plusieurs

kilomètres. La mère s'exile à son tour en elle-même et plonge dans un silence qu'elle espère éternel. Les deux essaient, chacun de son côté, de tenter de faire comme si de rien n'était. La douleur morale est au rendez-vous chez l'un comme chez l'autre.

Le processus de justice Gacaca appelle la population à briser le silence. Le fils vient de sa propre initiative voir le thérapeute: «Je voudrais enfin vivre, je voudrais transférer ma honte que je porte depuis si longtemps sur les criminels eux-mêmes. Je voudrais parler, parce que je voudrais enfin regarder le visage de ma mère.»

Notre collègue rencontre la mère sans le fils et lui fait part du projet du fils. La mère dit: «Je ne veux pas regarder le visage de mon fils, je ne serai jamais capable de supporter le regard du monde si le silence est brisé. S'il parle, je vais disparaître.»

Comme déjà mentionné, le trauma consécutif à une violence de cette nature brise les alliances sur lesquelles nous avons besoin de nous appuyer pour résister et surmonter l'horreur vécue. Même l'alliance entre mère et fils est brisée. Or c'est sur cette alliance que le processus de résilience devrait s'appuyer. La négociation, pourtant vitale, n'est pas aisée parce que les positions sont très contradictoires. Le discours de la mère se résume ainsi: «Ta démarche ne me convient pas et elle me détruirait!» Le fils dit ceci: «Ton choix m'empêche de vivre.»

L'horreur vécue a imposé à ce couple mère/fils l'exil de soi, en soi et loin de soi et le temps semble interrompu.

Nous sommes devant ce que Jean Claude Métraux décrit en ces termes: «Le trauma a creusé un cratère dans l'histoire de vie, désormais infranchissable par la pensée. La mort a brisé la ronde du temps [...] le silence happe les vestiges de mémoire. Amputé, le passé se retire [...] l'identité personnelle se retrouve mutilée, dénudée» [5].

La jeune fille à l'hémorragie vaginale se trouve face à la brutalité de l'effraction de la violence dans son monde interne. Le thérapeute a la lourde responsabilité de permettre les conditions de mise à distance et de favoriser ainsi la possibilité de créer un «point de vue» parce que sans ce point, la vue sur ce qui nous a brisé est impossible et nous pei-

nons à devenir témoins de ce qui nous est arrivé. La résilience est peut-être aussi cette capacité de créer un «point de vue» pour glisser du statut de victime à celui de témoin.

Le jeune qui consulte et la maman qui répond au rendez-vous veulent s'appuyer sur le tiers thérapeute pour voir clair et peut-être parvenir à espérer.

A ce propos, le professeur Friedrich Loesel de l'Université de Nuremberg dit ceci: «le plus important que la résilience puisse apporter est une espérance réaliste» (cité par Vanistendael [6]).

Le prix du silence

Pour les Anglon-saxons, par exemple Rutter (1998) [7], le résilient a reçu le coup, l'a encaissé, souffre et rebondit. Lorsque ce coup est un viol exercé sur un très jeune enfant, comment un tel coup est-il encaissé? Lorsque la violence a piétiné tout tabou, toute limite et qu'elle impose l'inceste suivie de mutilations, à quel niveau la souffrance va-t-elle sévir et quand pourra survenir le rebondissement?

Le thérapeute, peut-il créer les conditions pour pointer le doigt sur les voies complexes de la souffrance dans un tel contexte et générer du sens? Nous l'avons souligné, le viol impose le silence. Et parfois le silence est une voie, coûteuse certes, quand il n'y a pas de mots pour le dire. Le silence fait barrière à la honte, aide à fuir le regard du monde, mais peut-être aussi le silence permettra au processus de résilience de se déployer.

Mais si le silence est celui qui est imposé par le tortionnaire, nous avons une responsabilité vitale de le briser et de permettre l'émergence de la parole qui lie et qui peut se faire une place dans l'espace social.

Le vécu traumatique, au-delà de la description clinique et des critères diagnostiques des manuels, est un phénomène singulier et troublant. Il prend diverses figures cliniques à chaque fois en fonction de la nature singulière et de l'importance de la blessure et de la fracture subie. Janine Altounian a écrit: «le propre du trauma n'est-il pas de n'avoir été vécu par aucun sujet et d'être répétitivement en appel d'un déplacement syntaxique spatio-tem-

porel?» [8].

Dans l'espace et le lieu de soin où je rejoins ma collègue et cette jeune patiente, les modalités de communication se superposent. Nos deux regards croisent le sien et dévoilent notre disposition intérieure engagée dans une résonance empathique. Son corps meurtri ne flanche pas à cet instant, la chute syncopale n'est pas au rendez-vous, il est peut-être porté par notre double présence à travers une modalité de communication de corps à corps.

Sur le plan temporel, le présent se confond avec le passé; et le passé est terrifiant pour elle. On est face à ce que René Roussillon appelle «des situations extrêmes de la subjectivité, c'est-à-dire, des situations dans lesquelles la possibilité de continuer de se sentir «sujets», de continuer de maintenir le sentiment de son identité et d'une identité à s'inscrire au sein de l'humaine condition, est porté à son extrême, voire au-delà du pensable» [9].

En 1994, au mois d'avril, cette jeune fille a seulement 7 ans quand deux hommes l'abîment en la violant et la laissent pour morte. Quand elle se réveille, elle assiste à la mise à mort de son père. Avec sa petite sœur, elle amorce une vie d'errance pour fuir la mort tout en la recherchant. Un homme, qui va les reconnaître, leur creuse un trou qui va leur servir d'abri durant la journée. La nuit elles dorment dans un hangar devenu un lieu de mort. Elle racontera, à l'occasion de cette séance, depuis que la parole, non encore vecteur de liaisons significatives, est retrouvée: «L'odeur du sang ne m'a jamais quittée depuis. Et dans ce terrible abri, mes yeux ont eu l'audace de découvrir le corps de ma mère traversé par un bout de bois qu'ils avaient fait pénétrer dans son sexe.»

L'odeur du sang, les traces du viol dans le corps et dans le monde interne, la réalité intransigeante de l'hémorragie vaginale, se dressent tel un écran devant notre tentative d'organiser la pensée. On saisit mieux, à cette occasion la survenue du silence et l'exil en soi à travers les chutes syncopales. Nous sommes devant la complexité du langage du corps, de l'odeur de la mort et du silence pesant que nous avons le devoir de violer parce qu'il viole cet enfant demeurée longtemps seule avec sa petite sœur dont elle se sent responsable.

L'exil et la redondance du silence chez ce couple mère-fils que nous avons décrit, répond à une menace de destruction véhiculée par la honte. On est face à un phénomène de la mythologie antique devenue réalité: Œdipe couche avec sa mère et il s'exile pour échapper au poids de la honte. Il se crève les yeux pour ne plus regarder le visage de sa mère et soutenir le regard du monde. La mère se suicide et la tragédie poursuit son œuvre de destruction.

Un tel choc n'est pas encaissé, on en souffre et la souffrance prend des proportions démesurées. Le rebondissement est lié à l'engagement thérapeutique et à la détermination de créer des conditions pour que la rencontre survienne.

Il est intéressant de formuler l'hypothèse selon laquelle le fils s'engage, à travers cette demande de soins, sur la voie du processus de résilience. Nous avons la responsabilité éthique de soutenir cette dynamique. Contrairement à la mythologie, cependant, il ne veut pas se crever les yeux, il veut s'octroyer le privilège et le droit de regarder le visage de sa mère et restaurer son droit de vivre. Il n'a point, depuis lors, fait place au lien sentimental et affectif et ne s'est pas marié, il est bloqué. Il voudrait déposer le poids de la honte devant ceux qui ont fabriqué l'horreur.

D'un autre côté, le risque de suicide chez la mère est bien réel si le silence est brisé. Le défi thérapeutique est d'apprendre à devenir le tiers compétent, à travers le processus de mise en place du tiers progressif. Car, en définitive, ce sont les juges du tribunal Gacaca, à huis clos, qui deviendront peut-être des tiers autorisés, à condition que le tiers thérapeute lève le défi de cette transaction problématique mère-enfant pour mettre en échec la honte devenue prédatrice de l'espoir de vivre. C'est à cette condition que la possibilité de rebondir et de surmonter le trauma peut être au rendez-vous.

Boris Cyrulnik décrit ainsi le résilient dans un tel contexte: «Le résilient ouvre les yeux, garde en mémoire et même souvent en hyper mémoire, le souvenir de son traumatisme. Mais cette blessure, inscrite dans son histoire, constitue son identité narrative: Je suis quelqu'un qui a connu le viol,

l'inceste, qui a connu des pertes, etc. ...» [1–3].

Le temps de la créativité

La capacité créatrice est fonction d'un certain nombre de préalables:

- Celui qui crée devient capable de jeter un regard lucide sur son passé. Son passé à travers l'appartenance filiale. Or on appartient à son histoire, à sa famille, à sa culture et au surnaturel. Mais aussi, plus proche de celui qui est brisé, se dresse une histoire de victimisation et de remise en cause des valeurs qui nous fondent. Il faut donc pouvoir poser un regard sur ce passé qui se mêle trop du présent.

Ce couple mère-fils pose des questions vitales, certes contradictoires, et le fils propose une dynamique créatrice: la honte peut être déposée chez celui qui l'a fabriquée. Le droit de regarder dans les yeux de celle qui m'a créé peut être restauré. Pour ceci, je ne voudrais pas fermer la page mais je voudrais plutôt la tourner. La mère, elle, pose une question importante: «Dites-moi, à quelle capacité créatrice je devrais faire appel pour surmonter la honte, parce que je sens qu'elle risque de m'emporter si on ouvre cette chambre-là?»

Il va falloir mobiliser la capacité créatrice du dispositif thérapeutique pour créer les conditions pour l'émergence de la parole qui lie, à partir de laquelle la résilience va se déployer.

- L'ouverture des horizons vers la capacité créatrice n'est possible qu'à la condition de décoller de l'identité victimaire qui est le produit de la fracture traumatique. Ainsi donc, la capacité créatrice nécessite un glissement indispensable de cette identité de victime vers celle de témoin. Ceci suppose une certaine distance à la fois temporelle et figurative: «Moi, à une période donnée, ceci m'est arrivé. J'essaie de négocier avec ce qui m'a amené à devenir ce que je suis.»

La résilience n'est donc pas seulement une certaine prédisposition à faire face, à résister, à surmonter, mais cette capacité doit aussi se construire.

- La capacité créatrice dépend ce que l'environnement familial, social et culturel, est à même

d'offrir à celui qui est fracassé par la violence de l'homme sur l'homme. Angelo Gianfrancesco le dit en ces termes: «un individu est résilient parce que la société a des valeurs à lui proposer. La première est de croire en lui en tant que sujet digne de respect» [10].

Le fils qui dépose devant le thérapeute son désir d'aller témoigner devant les juridictions populaires, trouvera-t-il vis-à-vis de cette société qui va l'écouter, une nouvelle valeur qui lui permettra d'appartenir à nouveau à cette société qui a généré un génocide?

Je crois que l'action du thérapeute, la créativité du dispositif thérapeutique, ce tiers progressif, pourra aider à aller dans cette direction. Tout va dépendre du désir de vivre que l'on pose sur celui qui souffre. Il faut pour cela que le sujet parvienne à construire des alliances, un réseau de proximité, pas seulement dans l'espace thérapeutique, mais aussi et surtout au sein de l'espace social.

Conclusion

Nous l'aurons compris, à travers ce texte, il y a des souvenirs qui ne peuvent pas cohabiter avec la vie. Il en découle ainsi le préalable du temps du silence, du besoin de créer des conditions d'oubli et du temps de la tristesse partagée.

Le rôle du thérapeute est important car, de la parole que les gens nous amènent, il faut faire quelque chose d'acceptable qui ouvre le processus de travail psychique. Mais si le langage qui passe par le corps y reste, le processus de résilience aura peine à se structurer.

Face à cette hémorragie vaginale, à ces troubles dissociatifs à travers des chutes syncopales et des pertes de connaissance chez cette jeune fille, on est loin du temps du silence faiseur de liens. On est face à un échec de symbolisation et d'élaboration.

La résilience est fonction du temps du silence, du temps de l'élaboration, du temps de l'émotion, du rêve et de la construction de la parole qui lie, car la parole redonne de l'ordre et de la direction. Ce processus requiert du temps. Michel Mancieux désigne ainsi ce processus: «La résilience se forge tôt, se renforce à chaque difficulté rencontrée dans toute situation existentielle, chaque stress sur-

monté, elle n'est donc ni totale, ni définitive. Elle peut faillir au hasard de l'existence, en cas de stress trop fort, trop prolongé ou outrepassant les capacités de l'individu» [11].

Le tiers thérapeute et le tiers social peuvent mobiliser la capacité d'inventer et de créer des stratégies pour résilier le contrat avec le poids de la honte et avec le corps souffrant qui ne parvient pas à créer du sens.

Références

- 1 Cyrulnik B. Un merveilleux malheur. Paris: O. Jacob; 1999.
- 2 Cyrulnik B. La résilience: un espoir inattendu. Dans: Poilpot MP, éditeur. Souffrir mais se reconstruire. Ramonville Saint-Agne: Erès; 1999. p. 13–24. (Fondation pour l'enfance).
- 3 Cyrulnik B, éditeur. Ces enfants qui tiennent le coup. Revigny-sur-Ornain: Hommes et perspectives; 1999.
- 4 Lemay M. Réflexions sur la résilience. Dans: Poilpot MP, éditeur. Souffrir mais se reconstruire. Ramonville Saint-Agne: Erès; 1999. p. 83–105. (Fondation pour l'enfance).
- 5 Métraux JC. Deuils collectifs et création sociale. Paris: La Dispute/Snédit; 2004.
- 6 Vanistendael S. Prévenir le trauma d'une agression sexuelle: un éclairage à partir de la résilience. Dans: Poilpot MP, éditeur. Souffrir mais se reconstruire. Ramonville Saint-Agne: Erès; 1999. p. 107–23. (Fondation pour l'enfance).
- 7 Rutter M, Sadler K. L'enfant et la résilience. J Psychol. 1998;162:46–9.
- 8 Altounian J. La survivance: traduire le trauma collectif. Paris: Dunod; 2000. (Inconscient et culture).
- 9 Roussillon R. Les situations extrêmes et la clinique de la survivance psychique. Dans: Furtos J, Laval C, éditeurs. La santé mentale en actes. De la clinique au politique. Ramonville Sainte Agne: Erès; 2005. p. 221–38.
- 10 Gianfrancesco A. Abus sexuel et résilience. Dans: Poilpot MP, éditeur. Souffrir mais se reconstruire. Ramonville Saint-Agne: Erès; 1999. (Fondation pour l'enfance).
- 11 Manciaux M, Tomkiewicz S. La résilience aujourd'hui. Dans: Gabel M, Jésus F, Manciaux M, éditeurs. Bientraitances; mieux traiter familles et professionnels. Paris: Fleurus; 2000. p. 313–39.

Correspondance:

Naasson Munyandamutsa
Psychiatre psychothérapeute FMH
Boîte postale 7109
Kigali – Rwanda
e-mail: mnaasson@yahoo.fr

Libres associations d'une psychoanalyste d'enfant et de bébé sur le thème de la résilience

Centre Alfred Binet, Paris (F)

■ F. Moggio

Summary

Moggio F. [An infant/child psychoanalyst's free associations on the topic of resilience.] Schweiz Arch Neurol Psychiatr. 2008;159:496-9.

The author examines the concept of resilience and its links with psychoanalytic theory. She refers to the psychoanalytic work with children and parents facing early psychological trauma or stress. French psychoanalysts have only recently shown an interest for the concept of resilience and many of them are expressing caution and questioning its extensive use.

The author goes back to some mythological characters for questioning the concept of resilience and proposes an original approach. Could resilience have something to do with an attempt to console for the loss of a child's omnipotence?

Referring to long-term psychoanalysis with a child, the author also presents a survey of the recent French psychoanalytical literature on the subject.

The author emphasises the importance of different factors, among them self-esteem, self-confidence and self-efficacy, underlying their cognitive and relational components.

Psychoanalytic theory, attachment theory and the concept of resilience have in common to raise the central question of individuality.

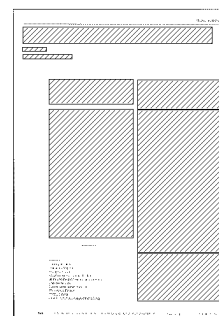
Keywords: resilience; infant/child psychoanalysis; psychological trauma; attachment theory

«Les romains aimaient à raconter qu'en ce lieu leur premier roi avait fondé leur ville. Ce roi, ils l'appelaient Romulus. Il avait été élevé sur la colline même par un berger, le bon Faustulus, qui l'avait recueilli en même temps que Rémus son frère jumeau, alors qu'ils n'étaient encore tous

deux que des nouveau-nés abandonnés dans une corbeille d'osier que le fleuve, alors en crue, avait déposé au pied du Palatin.

C'est que Romulus et Rémus étaient d'origine royale. Ils étaient les enfants de la nièce du roi d'Albe. Elle les avait eus, disait-on, du dieu Mars lui-même, mais le roi craignait que ces enfants, un jour, ne viennent le détrôner. Alors, il les avait faits exposer sur la rivière, bien persuadé que le froid, le manque de soins, l'eau du fleuve ne tarderait pas à le débarrasser de ces deux petits neveux inquiétants. Mais il avait compté sans la volonté des dieux. Le berceau flottant s'était échoué sur la rive, au sec: une louve, l'animal de Mars, s'était couchée auprès des enfants et les avait réchauffés de sa chaleur, allaités de son lait. Enfin, ils avaient été recueillis par Faustulus qui les avait emmenés dans sa cabane. Là il les avait traités comme ses propres fils puis, comme il n'était pas sans soupçonner leur origine, il avait fini par leur révéler le secret de leur naissance» [1].

On connaît la suite; mythes, contes et légendes sont pleins d'histoire de résilience et les hommes fameux nous sont souvent présentés comme ayant échappé à un destin funeste, souvent en rapport avec leur filiation. Le Moïse de Freud, Œdipe de Sophocle à Freud, et tant d'autres héros viennent ainsi nous montrer que l'on peut échapper, résister à un destin qui aurait dû être funeste. Les dieux y



sont souvent pour quelque chose ... la résilience est certes un phénomène bien réel mais n'est-elle pas aussi quelque peu mythologique: comme le paradis fut perdu avec le constat de l'illusoire omnipotence infantile, la résilience ne viendrait-elle pas en quelque sorte nous consoler de cette perte? Car l'histoire de la résilience de l'enfant et encore plus de l'adulte nous fascine. J'ai cité les grands résilients de la mythologie mais que dire de ces héros de la littérature en particulier au XIX^e siècle, époque où l'enfant commence à être sociologiquement distingué, alors que les hygiénistes luttent contre la mortalité infantile qui fait des ravages? Dans mon enfance j'avais un attachement tout particulier pour Peter Pan, enfant abandonné qui s'occupe des enfants perdus, tout un programme ...

Gaétan, en psychothérapie avec moi depuis déjà plusieurs années, fut un bébé difficile présentant de graves troubles de la régulation dans un contexte environnemental sans facteurs de risques tels qu'on les définit classiquement en pédopsychiatrie depuis Anthony et Chiland [2] mais soumis à des facteurs de stress importants durant la périnatalité. Il est aujourd'hui un petit garçon qui va bien sauf une discrète anxiété. Il a appris à lire sans problème et apprécie de me faire partager cette compétence toute neuve. Ce jour là il vient dans sa pièce de traitement en apportant un livre trouvé dans la salle d'attente: les trois petits cochons. Il connaît bien sûr l'histoire, commence le déchiffrage puis très vite passe au commentaire: «ils sont bêtes, ils devraient savoir que leur maison elle n'est pas solide, moi je la ferai en brique ma maison, en béton». Il se tourne vers moi «le béton c'est solide?» et nous revoilà repartis à travailler son angoisse de castration, derrière laquelle se profile sa vulnérabilité narcissique première.

Je n'ai jamais pensé comme un enfant résilient et n'ai pas mené sa thérapie avec ce concept en tête mais en réfléchissant à la résilience je me suis dit que la fable des trois cochons illustre au fond assez bien ce concept. Rappelons nous l'histoire: au début la maman juge que ses trois cochons sont devenus assez grands pour vivre désormais sans elle et en même temps, que connaît-elle du double bind?, les met en garde contre le grand méchant

loup: menace d'abandon et menace de castration sont là mêlées. Deux des petits cochons les dénie et s'exposent aux dangers de la dévoration, le troisième, faisant preuve d'astuce, le dirons-nous résilient?, construit lui la bonne maison qui le protège du loup et de l'image maternelle archaïque. Il est devenu grand. Considérer Naf-Naf comme résilient c'est utiliser la notion de résilience dans sa forme anglo-saxonne comme dirait Serge Tisseron [3], inspirée des idées de Norman Garmezy qui «place le critère de l'adaptation sociale au centre de son appréciation puisqu'elle est pour lui le processus, la capacité ou le résultat d'une bonne adaptation en dépit des circonstances, des défis ou des menaces». Tisseron, dans son livre, insiste en effet sur la multiplicité des significations données aujourd'hui au terme de résilience dans le champ de la psychologie des comportements où elle s'inscrit pour lui dès l'origine. Rappelons ici brièvement l'importance dans le développement de cette notion des travaux de Michaël Rutter [4] qui a travaillé à la fois sur les facteurs de risques environnementaux et sur les facteurs susceptibles de les contrecarrer. Pour une discussion approfondie des travaux de Rutter je renvoie le lecteur au livre de Michel Hanus [5] et au chapitre «définir la résilience avec Michaël Rutter». Hanus y rappelle le parcours de Rutter et la définition que ce dernier donne de la résilience qui «se caractérise par un type d'activité qui met en place dans l'esprit un but et une sorte de stratégie pour réaliser l'objectif choisi, les deux paraissant comporter plusieurs éléments connectés: une estime de soi et une confiance en soi suffisantes, la croyance en son efficacité personnelle et la disposition d'un répertoire de solutions. Elle est très nettement influencée par deux facteurs de protection: des relations affectives sécurisantes et stables et des expériences de succès et de réussites.» On le voit cette description fait appel à la composante cognitive [6] d'une part, à la composante relationnelle d'autre part.

Tisseron quant à lui nous propose de distinguer très clairement les deux entrées principales du mot; nous avons évoqué l'entrée anglo-saxonne centrée sur «la capacité de rebondir après un

traumatisme»: il nous faut maintenant parler de l'entrée «latine» centrée, elle, sur la «résiliation des effets d'un traumatisme», ce serait celle à laquelle se référerait Boris Cyrulnik [7, 8] «notre capacité biologique, affective, psychologique et culturelle à métamorphoser nos représentations du réel nous donne la possibilité de modifier un traumatisme. Le trauma existe dans le réel et persiste dans la mémoire, mais nos outils verbaux, affectifs et culturels nous donnent le pouvoir d'en remanier la représentation, composant ainsi un préalable à la résilience» [9].

La question traumatique est ce qui fait lien entre le concept développemental de résilience et la psychanalyse. En 1996 Léon Kreisler pour le premier numéro de la revue *Spirale* fait remarquer que la résilience a peu intéressé à cette date les psychanalystes – et en particulier les psychanalystes d'enfant – français [10]. Ainsi Serge Lebovici, pourtant toujours en alerte pour faire travailler les concepts nouveaux – n'y consacre-t-il aucun chapitre de son *Nouveau Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* [11] paru en 1995; en revanche dans le *Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent* [12], la résilience fait l'objet d'une entrée signée du même Léon Kreisler. Celui-ci discute la résilience à la lueur de la genèse des fonctions auto-préservatrices, terme repris à Anna Freud, et examiné à la lueur de l'organisation du préconscient chez un enfant; pour Kreisler «c'est précocement dans les relations entre la mère et son bébé qu'il faut regarder les origines de la fonction auto-préservatrice, issue de l'instinct de conservation, étayée et mise en forme par l'enveloppe interactive primordiale, enveloppe psychoaffective riche de sécurisation et pertinente de mesures protectrices, fonctions assurée progressivement par l'enfant dans les processus de «dépendance-autonomisation», aiguillée à l'épreuve des expériences, pour un exercice devenu préconscient» [10, 13]. Si Kreisler met en garde contre une utilisation trop extensive du concept (mise en garde toujours d'actualité aujourd'hui), il insiste en revanche, et nous le suivrons sur ce point, sur l'incitation que la résilience nous donne à réfléchir face aux résistances

qu'il qualifie de «rares» et d'«importance pour les avancées» de la théorie.

Cette importance pour les avancées de la théorie est le point d'accord des psychanalystes qui font travailler la notion de résilience eu égard à la théorie psychanalytique, d'autres disant leur réticence ou leur scepticisme (Tisseron). A cet égard le livre dirigé par Boris Cyrulnik et Philippe Duval propose un tour d'horizon intéressant [7]. Nous y relèverons plus particulièrement la contribution de Bernard Golse [14] qui articule, théorie psychanalytique du traumatisme, théorie de l'attachement et résilience et soulève la question, fondamentale à nos yeux, de l'individualité. Je le cite «il n'y a pas de mesure quantitative possible des traumatismes. L'effectivité des traumatismes est indissociable de la qualité de l'expérience subjective qu'ils engendrent. Seule compte la dynamique qui s'instaure entre la réalité externe et la réalité interne d'un sujet. Autrement dit, c'est seulement après-coup qu'on pourra dire que tel ou tel sujet avait une force de résilience appréciable ou non» ([14], p. 74–5). Colette Chiland, qui a longtemps travaillé avec Anthony et supervisé la traduction française de ses textes, dit, elle, sa réticence [15]: prélude en quelque sorte à son dernier ouvrage [16] où elle réfléchit sur la condition humaine, elle considère que la résilience est «porteuse d'optimisme ... mais que l'être humain garde la trace des coups et peut toujours se briser».

D'autres psychanalystes, particulièrement ceux qui s'intéressent aux traumatismes collectifs, ont eu une lecture différente ou tentent d'intégrer la notion de résilience au corpus théorique analytique classique. Je pense à Michelle Bertrand [17] qui travaille sur la question des traumatismes de guerre et rappelle dans cet article que le traumatisme est avant tout un événement psychique et que pour Freud ce qui fait trauma est principalement l'impréparation du psychisme à la situation traumatique et le débordement du pare-excitation. Elle reprend la notion de névrose traumatique et critique les conceptions statistiques et statiques telles celles du DSMIV. Dans le même numéro d'*Adolescence* on retiendra tout particulièrement l'article de Philippe Bessoles [18] qui propose

«d'aborder la résilience en terme de processus éminemment individuel défini par trois paramètres interactifs: – c'est un processus économique dont l'efficacité psychique réside dans la capacité de représentation du trauma. Cette capacité est un processus discontinu dépendant des liens psychiques primaires du sujet à l'objet; – ces liens tiennent leur efficacité représentative et symboligène de leur plasticité, notamment en terme de réinvestissement objectal; – les processus résilients dépendent des mécanismes proto- et pré-représentatifs c'est-à-dire de la capacité de la victime à scénariser son trauma». Avec le travail de Michel Hanus, en particulier sur la sublimation, la contribution réflexive de Philippe Bessoles m'a particulièrement intéressée pour faire le lien entre résilience et théorie psychanalytique: lien qui me paraît très important à concevoir, tout comme celui avec la théorie de l'attachement, telle que l'intègre par exemple Jean Laplanche dans ce qu'il nomme «la situation anthropologique fondamentale» en France ou Peter Fonagy en Angleterre.

La notion de résilience, comme la théorie de l'attachement, ou encore comme la théorie des émotions, vient interpellier le corpus psychanalytique fondamental. Plus sans doute que le psychanalyste d'adulte, le psychanalyste d'enfant est au carrefour de ces avancées réflexives. Les réflexions d'Anna Freud restent toujours pertinentes: «l'analyste d'enfants, qui tient le développement progressif pour la fonction la plus importante d'un sujet n'ayant pas encore atteint sa maturité, est profondément engagé dans l'étude de la normalité ou de l'irrégularité de ce processus essentiel, de son intégrité ou de ses anomalies éventuelles» [19].

Le psychanalyste qui aujourd'hui s'engage dans des traitements psychanalytiques avec les bébés et leurs parents est, plus encore peut-être que le psychanalyste d'enfant plus grand, sollicité dans sa fonction thérapeutique. Il est sans doute trop tôt – on a vu l'importance de l'après-coup – dans ces traitements précoces pour évaluer la part du processus de résilience face à des bébés soumis à des stress ou des traumatismes parfois sévères; en revanche la notion de résilience peut nous aider

à penser nos approches thérapeutiques avec les père-mère-bébé. Le traumatisme est comme on l'a compris fréquent dans la clinique précoce sous la forme de ces traumatismes qualifiés de primaires par René Roussillon [20] qui affectent la construction du narcissisme de l'enfant.

Quand je rencontre, à 8 mois, certaines défenses primitives mises en jeu par un bébé perturbé telles que les a décrites Selma Fraiberg [21] (lutte, transformation d'affect) sont bien repérables et font d'ailleurs souffrir ses parents qui se sentent être de «mauvais parents qui n'ont pas le mode d'emploi de cet enfant». Mais dès notre première rencontre, et tout au long de cette psychothérapie parents-bébé, va savoir «m'utiliser» comme un objet secourable, sur lequel sa mère, et aussi son père, vont aussi pouvoir prendre appui à leur tour. Et le béton dans tout ça? Il est un mot de l'inconscient venu de l'histoire précoce de (le téton n'est pas très loin ...), de sa psycho-sexualité d'enfant de 7 ans qui à travers la lecture découvre aujourd'hui une nouvelle mise en forme de la question sexuelle, de sa résilience qu'il interroge «le béton, c'est solide?».

Références

- 1 Grimal P. Histoire de Rome. [Paris]: Mille et Une Nuits; 2003.
- 2 Anthony EJ, Chiland C. Le développement en péril. Paris: Presses universitaires de France; 1992. (L'enfant dans sa famille; 8) (Le fil rouge).
- 3 Tisseron S. La résilience. Paris: Presses universitaires de France; 2007. (Que sais-je?; 3785).
- 4 Rutter M. Resilience: some conceptual considerations. J Adolesc Health. 1993;14:626–31.
- 5 Hanus M. La résilience à quel prix? Survivre et rebondir. Paris: Maloine; 2001.
- 6 Rutter M. Rôle de la cognition dans le développement et les troubles de l'enfant. Dans: Chiland C, Young JC, éditeurs. Nouvelles approches de la santé mentale de la naissance à l'adolescence pour l'enfant et sa famille. Paris: Presses universitaires de France; 1990. p. 275–307. (L'enfant dans sa famille) (Le fil rouge).

- 7 Cyrulnik B, Duval P. Psychanalyse et résilience.
Paris: O. Jacob; 2006.

- 8 Cyrulnik B. Un merveilleux malheur.
Paris: O. Jacob; 1999.

- 9 Cyrulnik B. Le réel et sa représentation. Les requis
de la résilience. J Psychanal Infant. 2004;34:205–18.

- 10 Kreisler L. La résilience mise en spirale.
Spirale. 1996;1:162–5.

- 11 Lebovici S, Diatkine R, Soulé M. Nouveau traité de
psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. [2^e éd.
entièrement refondue.]
Paris: Presses universitaires de France; 1995.

- 12 Houzel D, Emmanuelli M, Moggio F. Dictionnaire de
psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent.
Paris: Presses universitaires de France; 2000.

- 13 Kreisler L. La psychosomatique de l'enfant et du
nourrisson. Dans: Lebovici S, Diatkine R, Soulé M,
éditeurs. Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant
et de l'adolescent.
Paris: Presses universitaires de France; 1995.

- 14 Golse B. Le pédopsychiatre-psychanalyste face au
concept de résilience. La résilience avant l'après-coup,
ou tous les enfants de mère déprimée ne deviennent pas
Sigmund Freud! Dans: Cyrulnik B, Duval P, éditeurs.
Psychanalyse et résilience.
Paris: O. Jacob; 2006. p. 61–76.

- 15 Chiland C. Réticence à propos de la résilience.
In: Cyrulnik B, Duval P, éditeurs.
Psychanalyse et résilience.
Paris: O. Jacob; 2006. p. 263–73.

- 16 Chiland C. Sois sage, ô ma douleur: réflexions sur
la condition humaine. Paris: O. Jacob; 2007.

- 17 Bertrand M. Traumas en guerre.
Adolescence. 2001;19:463–8.

- 18 Bessoles P. Etat post-traumatique et facteurs de
résilience. Adolescence. 2001;19:691–703.

- 19 Freud A. Le normal et le pathologique chez l'enfant:
estimations du développement. Paris: Gallimard; 1968.
(Connaissance de l'inconscient).

- 20 Roussillon R. Agonie, clivage et symbolisation.
Paris: Presses universitaires de France; 1999.
(Le fait psychanalytique).

- 21 Fraiberg S. Mécanismes de défenses pathologiques
au cours de la petite enfance. Devenir. 1993;5:7–29.

Correspondance:
Françoise Moggio
Pédopsychiatre
Psychanalyste, membre titulaire
de la Société psychanalytique de Paris
Chef de service
Centre Alfred Binet/ASM13
76, avenue Edison
F-75013 Paris
e-mail: francoise.moggio@asm13.org

Resilienz bei Patienten mit amyotropher Lateralsklerose (ALS) und ihren Angehörigen

Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin, Klinikum der Universität München und Katholische Stiftungsfachhochschule München (D)

M. Wasner

Summary

Wasner M. [Resilience among patients with amyotrophic lateral sclerosis (ALS) and their caregivers.] *Schweiz Arch Neurol Psychiatr.* 2008;159:500–5.

Amyotrophic lateral sclerosis (ALS), a progressive neurodegenerative disorder, is the most common form of motor neuron disease in adults. People with ALS become severely disabled when the disease is progressing. The confrontation with constant losses, with dying and death poses enormous challenges both for them and for informal carers, who are most often spouses or close family members. However, there is evidence that the quality of life of ALS patients is often quite high and not correlated with the physical status. What does this mean for the quality of life of the caregivers? What are the sources of distress and what factors are helpful for the resilience of ALS patients and their families?

Resilience is defined as the human ability to overcome crises using individual and social resources, and to use crises as inducement for personal growth. Worldwide longitudinal studies have shown that resilience is dependent on the interaction of various factors – to be found in the person, the family and the social environment.

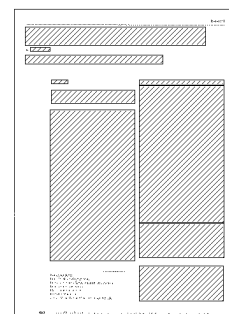
Surprisingly, for many ALS patients both the quality of life and their mental health are quite stable over time. However, for their caregivers it is a different picture: their quality of life and mental health deteriorate with increasing dependency of and help needed by the patient.

The following factors have been identified as protective for ALS patients so far: active problem solving, autonomy, finding meaning in/despite the illness, spiritual/religious attitudes, altruism, the

feeling of not being a burden for others, close and supportive family relationships and a functioning and stable social environment. For carers similar factors have been identified. Moreover, it appears to be extremely important for caregivers to receive sufficient information on the illness, its course – including the terminal phase – and on practical help options. Additionally, participation in support groups has been shown to be beneficial.

How can the resilience of patients and their caregivers be boosted? First of all, the patient wants to be respected as a person. Therefore, breaking the news and providing information about the illness should be done honestly, stepwise and in an empathic way. In addition, patients and their families need information and advice with respect to legal issues, access to support and practical aid. Furthermore, support in coping and finding meaning may be helpful for their resilience. It is known that the caregivers play a central role for the patients' well-being; therefore, they should be part of the unit of care and should be involved in all decisions from the beginning. Although most needs seem to be overlapping for patients and carers, one has to be aware of the possibility of diverging needs, especially as the disease progresses and the burden of care increases.

A single person will hardly be able to provide



the complex care needed by ALS patients and their families. Ideally, and in line with the palliative care concept, a multi-professional team should adopt this task.

Keywords: amyotrophic lateral sclerosis (ALS); resilience; distress; quality of life; mental health; caregivers

Hintergrund

Die amyotrophe Lateralsklerose (ALS) ist die häufigste degenerative Erkrankung des motorischen Nervensystems der Erwachsenen [1]. Ihre Prävalenz wird mit etwa 6/100 000 Einwohner angegeben; die Inzidenz beträgt 2/100 000 Einwohner und Jahr, mit leicht steigender Tendenz [2]. In etwa 80% der Fälle tritt die Erkrankung zwischen dem 40. und 70. Lebensjahr auf, die Inzidenz nimmt mit dem Alter zu. Die ALS verläuft kontinuierlich progredient und infaust. Die Patienten erleben, fast immer bei klarem Bewusstsein, den Verfall und die zunehmende Schwäche ihrer Willkürmuskulatur, einschliesslich der Atem-, Sprech- und Schluckmuskeln. Durch das oft rasante Fortschreiten der Erkrankung muss sich der Patient dauernd auf eine neue Situation einstellen. Er wird immer abhängiger von fremder Hilfe, die Kommunikation wird schwieriger. Bei beinahe allen Patienten kommt es im Verlauf ihrer Erkrankung zu Symptomen einer respiratorischen Insuffizienz [3]. Die mittlere Überlebenszeit wird mit 3 bis 5 Jahren angegeben [2, 4].

Die Auseinandersetzung mit immer neuen Funktionsverlusten, mit Sterben und Tod stellt sowohl die ALS-Patienten als auch ihre Familien vor enorme Herausforderungen. Aus der Literatur ist bekannt, dass Ängste vor dem Tod und/oder der Verlust eines geliebten Menschen zwei der schwersten seelischen Belastungen im menschlichen Leben darstellen [5]. Dennoch ist belegt, dass ALS-Patienten trotz erheblicher körperlicher Einschränkungen oft eine erstaunlich hohe Lebensqualität besitzen, die nicht mit dem körperlichen Zustand korreliert [6–9]. Dies trifft auch für beatmete Patienten zu [10, 11], und auch bei Fortschreiten der Erkrankung [12].

Der pflegende Angehörige verbringt durchschnittlich 11 Stunden/Tag mit dem ALS-Patienten – auch wenn ein Pflegedienst unterstützend tätig ist. Zudem gibt jeder zweite Angehörige an, sich körperlich und psychisch schlecht zu fühlen [13]. Dies lässt eine hohe Belastung der Angehörigen vermuten, es gibt allerdings nur wenige Untersuchungen zu diesem Thema.

Stimmt es tatsächlich, dass zumindest ein Teil der ALS-Patienten so gut mit ihrer Erkrankung zurechtkommt? Wie unterscheiden sich Patienten, die trotz Fortschreiten der Erkrankung eine gute Lebensqualität und eine psychisch stabile Verfassung besitzen, von den Patienten, die an ihrer Erkrankung verzweifeln? Wie gehen ihre Angehörigen damit um? Worunter leiden ALS-Patienten und ihre Angehörige am meisten und welche Quellen von Resilienz lassen sich bei ihnen finden?

Konzept von Resilienz

Der Begriff Resilienz wurde in den 1950er Jahren von Jack Block in die Psychologie eingeführt. Er wird jedoch häufig mit dem Namen Emmy E. Werner verbunden, einer amerikanischen Entwicklungspsychologin. Werner legte 1971 eine Studie über die Kinder der Insel Kauai vor, die als eine der Pionierstudien zum Thema Resilienz gilt. Die Studie zeigte, dass Kinder, die biologischen, medizinischen und/oder sozialen Risikofaktoren ausgesetzt sind, sich im Durchschnitt weniger positiv entwickeln als Kinder, die keinen Risikofaktoren ausgesetzt sind. Sie sind zum Beispiel häufig psychisch und körperlich weniger gesund und später beruflich weniger erfolgreich. Das meistbeachtete Ergebnis von Werners Studie jedoch war, dass sich ungefähr ein Drittel dieser Kinder trotz vieler Risikofaktoren positiv entwickelte. So bezeichnete sie die Kinder als resilient, die in einem sozialen Umfeld aufwachsen, das durch Risikofaktoren wie z.B. Armut, Drogenkonsum oder Gewalt gekennzeichnet ist, und sich dennoch zu erfolgreich sozialisierten Erwachsenen entwickeln [14].

Allgemein wird unter Resilienz die Fähigkeit von Menschen verstanden, Krisen im Lebenszyklus (schwere Krankheiten, lange Arbeitslosigkeit,

Verlust von nahestehenden Menschen) unter Rückgriff auf persönliche und sozial vermittelte Ressourcen zu meistern und als Anlass für Entwicklung zu nutzen. Resiliente Personen haben erlernt, dass sie es sind, die über ihr eigenes Schicksal bestimmen (sogenannte Kontrollüberzeugung). Sie vertrauen nicht auf Glück oder Zufall, sondern nehmen die Dinge selbst in die Hand. Sie ergreifen Möglichkeiten, wenn sie sich bieten. Sie haben ein realistisches Bild von ihren Fähigkeiten. Auch Menschen, die nach einem Trauma wie etwa einer Vergewaltigung nicht aufgeben, sondern die Fähigkeit entwickeln, weiterzumachen, werden als resilient bezeichnet. Mit dem Konzept der Resilienz verwandt sind Konzepte wie Salutogenese, Coping und Autopoiese [15].

Als der Begriff Resilienz in der Literatur auftauchte, markierte er einen Perspektivwechsel in der Psychologie: Während früher Individuen und Familien vor allem unter Defizit-Gesichtspunkten wahrgenommen wurden, war nun eine Sichtweise entstanden, die die Stärken und Ressourcen betont. Resilienz besitzt dabei immer Prozesscharakter, d.h. Resilienz kann sich nur dort entwickeln, wo ein krisenhaftes Ereignis auftritt [16]; dabei ist eine Korrektur von ausgebildeten Handlungsmustern durch neue Erfahrungen bei der Bewältigung von Krisen nicht ausgeschlossen.

In weltweit durchgeführten Längsschnittstudien konnte gezeigt werden, dass die Resilienz eines Menschen von der Wechselwirkung einzelner Schutzfaktoren abhängt, die beim Individuum (Persönlichkeitsmerkmale, Glaube), in seiner Familie (emotional stabile Bindungen) und in seinem Umfeld (positives Rollenmodell, stabiles stützendes Umfeld) zu finden sind [17].

Resilienz bei ALS-Patienten

Lebensqualität

Es existieren mehrere Studien, die belegen, dass die Lebensqualität von ALS-Patienten erstaunlich gut ist, und zwar unabhängig vom Krankheitsstadium [8] und unabhängig davon, ob der Patient beatmet ist oder nicht [11]. Während der Gesundheitszustand nicht mit der Lebensqualität korreliert,

haben psychosoziale Faktoren entscheidenden Einfluss auf die Lebensqualität [18, 19].

Als erstes sind hier Persönlichkeitsmerkmale zu nennen: ALS-Patienten mit einem aktiven Problemlöseverhalten scheinen eine bessere Lebensqualität zu haben [20]. Zwischen der Lebensqualität und dem Grad des empfundenen Leidens und der Hoffnungslosigkeit konnte ein negativer Zusammenhang hergestellt werden [21]. Hoffnungslosigkeit findet sich häufig dann, wenn die Patienten glauben, die Kontrolle über ihr Leben zu verlieren und keinen Sinn mehr im Leben zu empfinden. Sie brauchen das Gefühl, als Person respektiert zu werden und autonom über ihr Leben entscheiden zu können [22]. So wurde bei ALS-Patienten das subjektiv empfundene Leiden verringert, wenn es ihnen möglich war, ihre Vorstellungen vom Sterbeprozess und -ort festzulegen und respektiert zu wissen [23].

Existenzielle und/oder spirituelle Überzeugungen wirken sich ebenfalls entscheidend auf die Lebensqualität aus [24, 25].

Bei sehr vielen Patienten kommt es im Verlauf ihrer Erkrankung zu einer Verschiebung ihrer Werte und Prioritäten; persönliche Ziele wie beispielsweise eine berufliche Karriere treten zunehmend in den Hintergrund. Dafür gewinnen altruistische Ziele (Hoffnungen und Wünsche für die Familie, die Freunde, die Gesellschaft ...) an Bedeutung. Das Gemeinwohl und Selbsttranszendenz werden für die Patienten wichtiger; die Familie gut versorgt zu wissen ist oft ihr zentraler Wunsch [26]. So verwundert es auch nicht, dass sich ihre Lebensqualität verschlechtert, wenn sie das Gefühl haben, nur eine Belastung für andere zu sein [21]. Oft ist genau dieses Gefühl das zentrale Argument für den Wunsch nach einer vorzeitigen Lebensbeendigung [27, 28]. Daneben liegt es aber häufig auch an einem Gefühl der (sozialen) Isolation [29]. Hier sind die Unterstützung durch die Familie und das soziale Netz insgesamt sehr bedeutend [30]; das Gefühl, noch etwas Sinnvolles beitragen zu können, gebraucht zu werden, ist hier entscheidend.

Psychische Verfassung

Die psychische Befindlichkeit ist ein wichtiger prognostischer Marker für die Überlebenszeit von ALS-Patienten. So ist mittlerweile nachgewiesen, dass Patienten mit einer Depression und/oder mit einem Gefühl von Hoffnungslosigkeit schneller an ihrer Krankheit versterben [31]. Lebensqualität und psychische Verfassung stehen in einem engen Zusammenhang und beeinflussen sich gegenseitig.

Rabkin und Kollegen haben nach Sichtung der Literatur konstatiert, dass es auf die Frage nach der Häufigkeit von Depressionen und/oder Angststörungen bei dieser Patientenpopulation keine eindeutigen Ergebnisse gibt: Bei Angststörungen liegen die Prozentzahlen – je nach Studie – zwischen 0 und 30% [32]. In einigen Studien konnte bei keinem einzigen ALS-Patienten eine klinisch relevante Depression festgestellt werden, in anderen lag der Prozentsatz bei bis zu 75% [33]. In den grösseren Untersuchungen, bei denen mehr als hundert Patienten befragt wurden, lag der Prozentsatz immer zwischen 11 und 15% [30]. Es existieren fast ausschliesslich Untersuchungen, die mit Selbstbewertungsbögen gearbeitet haben; nur Ganzini et al. [34] verwendeten einen diagnostischen Interviewleitfaden. In dieser Untersuchung wurde bei 11% der Patienten eine behandlungsbedürftige Depression festgestellt. Bei einem Teil von ihnen war das Leid so gross, dass sie ein ernsthaftes Interesse an ärztlich assistiertem Suizid zeigten.

Es gibt Hinweise darauf, dass sich spirituelles Wohlbefinden und Lebenssinn nicht nur positiv auf die Lebensqualität, sondern auch auf die psychische Verfassung der Patienten auswirken. So leiden ALS-Patienten, die sich selbst als gläubig bezeichnen, signifikant seltener an Depressionen oder Angststörungen. Dabei scheinen kulturelle Faktoren (Umgang mit Behinderungen, Umgang mit Krankheit und Tod, Art des Gesundheitssystems und Zugang dazu ...) die psychische Verfassung mit zu beeinflussen [35, 36].

Ähnlich wie bei der Lebensqualität fanden Goldstein und Kollegen auch bei der psychischen Verfassung eine ausgeprägte negative Korrelation zu einem nicht stützenden/fehlenden sozialen Netz

[37].

Schutzfaktoren

Resiliente ALS-Patienten (mit guter Lebensqualität und stabiler psychischer Verfassung) verfügen über ein Gefühl von Kontrolle über die Erkrankung und deren Verlauf, sie gehen Probleme eher aktiv an. Sie haben das Gefühl, trotz zunehmender Einschränkungen ihr Leben weiter selbst gestalten zu können (Selbstbestimmung und Autonomie). Spirituelle Überzeugungen, eine altruistische Einstellung und das Erfahren von Sinn in/trotz der Erkrankung scheinen ihnen Halt zu geben und den Grad von empfundenem Leid und das Gefühl von Hoffnungslosigkeit zu verringern.

Die Familie hat grossen Einfluss auf die Resilienz der Patienten: Das Gefühl, gebraucht zu werden und nicht nur eine Last für die anderen zu sein, ist sehr wichtig. In mehreren Untersuchungen konnte gezeigt werden, dass die Unterstützung durch die Familie/den Partner nicht zu ersetzen ist, d.h., wenn die Belastung der Angehörigen verringert und damit ihre Lebensqualität verbessert werden kann, wirkt sich dies positiv auf das Wohlbefinden der Patienten aus.

Nicht vergessen werden sollte auch das soziale Umfeld: Gibt es ein tragfähiges soziales Netz, oder hat die Familie vorher schon zurückgezogen gelebt? Wie gehen Freunde und Bekannte mit der Erkrankung um? Ziehen sie sich zurück, weil sie nicht wissen, wie sie sich verhalten sollen, oder halten sie weiter den Kontakt zum Patienten? Ein enges und stützendes soziales Umfeld fördert die Resilienz.

Diese Schutzfaktoren lassen sich ganz ähnlich auch bei Traumapatienten finden [38].
Resilienz bei den pflegenden Angehörigen

In einer Studie, in der ALS-Patienten und ihre Angehörigen befragt wurden, findet sich eine grosse Übereinstimmung zwischen den beiden Gruppen in den Werten für Lebensqualität, Depressivität und Angst [33]. Sowohl die Patienten als auch die pflegenden Angehörigen beurteilen die Belastung durch die Erkrankung und deren Begleiterschei-

nungen des jeweiligen anderen höher als bei sich selbst. Je belasteter sich die pflegenden Angehörigen fühlen, desto höher schätzen sie die Belastung der Patienten ein [29].
Lebensqualität

Durch eine fortschreitende, so schwerwiegende Erkrankung wie die ALS kommt es innerhalb von Partnerschaften und Familien fast zwangsläufig zu Veränderungen der Rollen und der Aufgabenverteilung, gerade innerhalb einer partnerschaftlichen Beziehung wird der Partner und Vertraute oft immer mehr zur Pflegeperson [31].

Im Anfangsstadium scheint die Erkrankung die Lebensqualität der Angehörigen sogar mehr zu beeinträchtigen als die der Patienten [39]. Bei tracheotomierten, Vollzeit-beatmeten ALS-Patienten schätzt ein Drittel der pflegenden Angehörigen ihre eigene Lebensqualität niedriger als die der Patienten ein [10]. Interessanterweise geben die Angehörigen trotzdem oft eine hohe Lebenszufriedenheit an; diese korreliert positiv mit dem Grad der Belastung durch die Pflege [40]. Auf den ersten Blick erscheint dies unlogisch; Folkman geht aber davon aus, dass durch die Belastung das Erleben von Sinnhaftigkeit erst aktiviert wird und dies eine sehr effektive Copingstrategie darstellt (zit. nach [33]). Unterstützt wird dieses Ergebnis durch eine weitere Untersuchung, in der 44% der Partner von ALS-Patienten angaben, ihre Partnerschaft sei durch die Erkrankung gestärkt worden [41].

Psychische Verfassung

In der Untersuchung von Rabkin und Kollegen hatten 21% der Angehörigen Zeichen einer depressiven Verstimmung und fühlten sich hoffnungslos [33]. Von den pflegenden Angehörigen leiden 42% unter erhöhten Angstwerten [42]. Woolley und Ringel befragten mehr als 800 ALS-Angehörige im Abstand von je drei Monaten: Anfangs waren die Werte für die körperliche und die psychische Verfassung vergleichbar mit Werten der Normalbevölkerung. Mit Fortschreiten der Erkrankung des Patienten verschlechterten sich beide Werte [40] – zu ganz ähnlichen Ergebnissen

kamen auch Goldstein und Kollegen [37].

Wie bei den ALS-Patienten so hängt auch bei den Angehörigen die psychische Verfassung an Persönlichkeitsmerkmalen, beispielsweise am individuellen Herangehen an Probleme [43]. Spirituelle Überzeugungen geben nicht nur den Patienten Halt, sondern auch den Angehörigen, sie korrelieren mit dem Gefühl von Sinnhaftigkeit und scheinen das Risiko zu verringern, depressiv zu werden oder eine Angststörung zu entwickeln [36].

Daneben wird die psychische Verfassung der Angehörigen vor allem durch die Befindlichkeit der Patienten (Grad der Abhängigkeit vom pflegenden Angehörigen, psychische Verfassung des Patienten) beeinflusst und von der Unterstützung durch das soziale Umfeld insgesamt [37], wobei für weibliche pflegende Angehörige die Unterstützung durch Verwandte und Freunde im Vergleich zu männlichen Angehörigen eine weitaus grössere Rolle spielt [44]. Zudem ist es für die Angehörigen wichtig, möglichst viele Informationen zu erhalten, über die Erkrankung und ihren Verlauf, aber auch über praktische Hilfen und Ansprechpartner [45]. Der Austausch mit anderen in einer vergleichbaren Situation (Teilnahme an Selbsthilfegruppen) wirkt sich positiv auf ihre Krankheitsbewältigung aus [42].

Schutzfaktoren

Bei den Angehörigen finden sich die gleichen Schutzfaktoren für Resilienz wie bei den Patienten. Zusätzlich ist für sie besonders förderlich das Erfahren von Sinn in der Pflege des Patienten, ausreichend Informationen über die Erkrankung, deren Verlauf und über Hilfsangebote, und die Teilnahme an Selbsthilfegruppen.

Resilienz – Konsequenzen für die Begleitung von ALS-Patienten und ihren Familien

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Mehrheit der ALS-Patienten eine erstaunlich hohe Lebensqualität und eine stabile psychische Verfassung besitzt, und zwar unabhängig vom Krankheitszustand. Im Unterschied dazu verschlechtern sich Lebensqualität und psychische Verfassung der Angehörigen mit Fortschreiten der ALS; ebenso

verschlechtern sie sich, wenn der Patient dauerhaft beatmet wird.

Aus der Forschung ist bekannt, dass Resilienz gefördert werden kann. Welche Schlussfolgerungen lassen sich aus den bis jetzt gewonnenen Erkenntnissen ableiten? Wie kann die Resilienz von ALS-Patienten und ihren Angehörigen gefördert werden?

Als allererstes will der Patient sich als Person respektiert fühlen. Dies beginnt bereits mit einer empathischen, schrittweisen Aufklärung über seine Erkrankung und deren Verlauf. Es sollten keine Entscheidungen über ihn getroffen werden, sondern immer mit ihm. Gemeint sind hier vor allem Therapieentscheidungen, beispielsweise Legen einer Magensonde, Einleiten einer nicht-invasiven/invasiven Beatmung, Erstellen einer Patientenverfügung – dies trägt zur Stärkung seiner Autonomie bei. Daneben benötigen Patient und Familie Information und Beratung zu verschiedenen praktischen Belangen (Leistungsansprüche, Hilfsmittel usw.).

Förderlich für die Resilienz ist auch die Unterstützung bei der Krankheitsverarbeitung und -bewältigung, ebenso wie beim Zugang zur Sinnfindung. Hierbei sollte der Fokus immer auf den vorhandenen Ressourcen liegen, und nicht auf den Defiziten; mögliche Herangehensweisen wären hier die Biographiearbeit, spirituelle Begleitung oder sinnzentrierte Psychotherapieformen.

Da die Angehörigen für das Wohlbefinden der Patienten von zentraler Bedeutung sind, sollten diese von Anfang an in die Begleitung und in alle Entscheidungen mit einbezogen werden. Wenn es auch viele Übereinstimmungen zwischen den beiden Gruppen gibt, sollte man sich dennoch bewusst sein, dass beide auch divergierende Bedürfnisse haben können, z.B. wenn der Angehörige sich mit der Pflegesituation zuhause überfordert fühlt, der Patient aber keine Unterstützung durch einen Pflegedienst zulässt. Hier kann die psychosoziale Fachkraft als Mediatorin zwischen den Parteien fungieren und mit ihnen eine für alle Beteiligten tragfähige Lösung erarbeiten.

Eine einzelne Person kann diese komplexe Begleitung von ALS-Patienten und ihren Fami-

lien sicher nicht gewährleisten. Im Idealfall sollte ein **multiprofessionelles Team (Arzt, Pflegekraft, Sozialarbeiter, Psychologe, Seelsorger, ...)** entsprechend dem Palliative-Care-Konzept diese **Aufgabe übernehmen.**

Literatur

- 1 Brooks BR. Clinical epidemiology of amyotrophic lateral sclerosis. *Neurol Clin.* 1996;14:399–420.
- 2 Shoosmith CL, Strong MJ. Amyotrophic lateral sclerosis. Update for family physicians. *Can Fam Physician.* 2006;52:1563–9.
- 3 Borasio GD, Voltz R. Palliative Therapie bei amyotropher Lateralsklerose (ALS). *Aktuelle Neurologie.* 1998;25:115–22.
- 4 Jokelainen M. Amyotrophic lateral sclerosis in Finland. II. Clinical characteristics. *Acta Neurol Scand.* 1977;56:194–204.
- 5 Woof R, Nyatanga B. Adapting to death, dying and bereavement. In: Fauli C, Carter Y, Woof R, editors. *Handbook of Palliative Care.* Oxford: Blackwell Science Ltd; 1998. p. 74–87.
- 6 Chiò A, Gauthier A, Montuschi A, Calvo A, Di Vito N, Ghiglione P. et al. A cross-sectional study on determinants of quality of life in ALS. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2004;75:1597–601.
- 7 Goldstein LH, Atkins L, Leigh P. Correlates of quality of life in people with motor neuron disease (MND). *Amyotroph Lateral Scler Other Motor Neuron Disord.* 2002;3:123–9.
- 8 Neudert C, Wasner M, Borasio GD. Patients' assessment of quality of life instruments: a randomised study of SIP, SF-36 and SEIQoL-DW in patients with amyotrophic lateral sclerosis. *J Neurol Sci.* 2001;191:103–9.
- 9 Robbins RA, Simmons Z, Bremer BA, Walsh SM, Fischer S. Quality of life in ALS is maintained as physical function declines. *Neurology.* 2001;56:442–4.
- 10 Kaub-Wittemer D, von Steinbüchel N, Wasner M, Laier-Groeneveld G, Borasio GD. Quality of life and psychosocial issues in ventilated patients with amyotrophic lateral sclerosis and their caregivers. *J Pain Symptom Manage.* 2003;26:890–6.
- 11 McDonald ER, Hillel A, Wiedenfeld SA. Evaluation of the psychological status of ventilatory-supported patients with ALS/MND. *Palliat Med.* 1996;10:35–41.
- 12 Nygren I, Askmark H. Self-reported quality of life in amyotrophic lateral sclerosis. *J Palliat Med.* 2006;9:304–8.
- 13 Krivickas LS, Shockley L, Mitsumoto H. Home care of patients with amyotrophic lateral sclerosis (ALS). *J Neurol Sci.* 1997;152(1):S82–9.
- 14 Werner EE, Bierman JM, French FE. *The Children of Kauai.* Honolulu: University of Hawaii Press; 1971.

- 15 Welter-Enderlin R. Resilienz aus der Sicht von Beratung und Therapie. In: Welter-Enderlin R, Hildenbrand B, Herausgeber. Resilienz – Gedeihen trotz widriger Umstände. Heidelberg: Carl Auer Systeme; 2006. S. 13.
- 16 Hildenbrand B. Resilienz in sozialwissenschaftlicher Perspektive. In: Welter-Enderlin R, Hildenbrand B, Herausgeber. Resilienz – Gedeihen trotz widriger Umstände. Heidelberg: Carl Auer Systeme; 2006. S. 23.
- 17 Werner EE, Smith RS. Overcoming the Odds: High-Risk Children from Birth to Adulthood. New York: Cornell University Press; 1992.
- 18 Clarke S, Hickey A, O'Boyle C, Hardiman O. Assessing individual quality of life in amyotrophic lateral sclerosis. *Qual Life Res.* 2001;10:149–58.
- 19 Neudert C, Wasner M, Borasio GD. Individual quality of life is not correlated with health-related quality of life or physical function in amyotrophic lateral sclerosis. *J Palliat Med.* 2004;7:551–6.
- 20 Lee JN, Rigby SA, Burchardt F, Thornton EW, Dougan C, Young CA. Quality of life issues in motor neuron disease: the development and validation of the coping strategies questionnaire, The MND Coping Scale. *J Neurol Sci.* 2001;191:79–85.
- 21 Young JM, McNicholl P. Against all odds: positive life experience of people with advanced amyotrophic lateral sclerosis. *Health Soc Work.* 1998;23:35–43.
- 22 Bolmsjö I. Existential issues in palliative care: interviews of patients with amyotrophic lateral sclerosis. *J Palliat Med.* 2001;4:499–505.
- 23 Albert SM, Rabkin JG, Del Bene ML, Tider T, O'Sullivan I, Rowland LP, et al. Wish to die in end-stage ALS. *Neurology.* 2005;65:68–74.
- 24 Dal Bello-Haas V, Andrews-Hinders D, Bocian J, Mascha E, Wheeler T. Spiritual well-being of the individual with amyotrophic lateral sclerosis. *Amyotroph Lateral Scler Other Motor Neuron Disord.* 2000;1:337–41.
- 25 Simmons Z, Bremner BA, Robbins RA, Walsh SM, Fischer S. Quality of life in ALS depends on factors other than strength and physical function. *Neurology.* 2000;55:388–92.
- 26 Fegg MJ, Wasner M, Borasio GD. Personal values and individual quality of life in palliative care patients. *J Pain Symptom Manage.* 2005;30:154–9.
- 27 Ganzini L, Johnston WS, McFarland BH, Tolle SW, Lee MA. Attitudes of patients with amyotrophic lateral sclerosis and their caregivers toward assisted suicide. *N Engl J Med.* 1998;339:967–73.
- 28 Ganzini L, Johnston WS, Silveira MJ. The final month of life in patients with ALS. *Neurology.* 2002;59:428–31.
- 29 Adelman EE, Albert SM, Rabkin JG, Del Bene ML, Tider T, O'Sullivan I. Disparities in perceptions of distress and burdens in ALS patients and family caregivers. *Neurology.* 2004;62:1766–70.
- 30 McLeod JE, Clarke DM. A review of psychosocial aspects of motor neurons. *J Neurol Sci.* 2007;258:4–10.
- 31 McDonald ER, Wiedenfeld SA, Hillel A, Carpenter CL, Walter RA. Survival in amyotrophic lateral sclerosis: the role of psychological factors. *Arch Neurol.* 1994;51:17–23.
- 32 Kurt A, Nijboer F, Matuz T, Kübler A. Depression and anxiety in individuals with amyotrophic lateral sclerosis: epidemiology and management. *CNS Drugs.* 2007;21:279–91.
- 33 Rabkin JG, Wagner GJ, Del Bene M. Resilience and distress among amyotrophic lateral sclerosis patients and caregivers. *Psychosom Med.* 2000;62:271–9.
- 34 Ganzini L, Johnston WS, Hoffman WF. Correlates of suffering in amyotrophic lateral sclerosis. *Neurology.* 1999;52:1434–40.
- 35 Albert SM, Wasner M, Tider T, Drory V, Borasio GD. Cross-cultural variation in mental health at the end of life in patients with ALS. *Neurology.* 2007;68:1058–61.
- 36 Wasner M. Bedeutung von Spiritualität und Religiosität in der Palliativmedizin: Auseinandersetzung mit der eigenen Spiritualität – hilfreich für Patienten und Betreuer. Saarbrücken: Verlag Dr. Müller; 2008.
- 37 Goldstein LH, Atkins L, Landau S, Brown RG, Leigh PN. Longitudinal predictors of psychological distress and self-esteem in people with ALS. *Neurology.* 2006;67:1652–8.
- 38 Tull M. Posttraumatic stress (PTSD): Overcoming trauma. 2007. www.medicine.net [abgerufen am 28.8.08].
- 39 Bromberg MB, Forsheo D. Application of the Schedule of the Evaluation of Individual Quality of Life (SEIQoL-DW) to ALS/MND patients and their spouses. In: Proceedings of the Ninth International Symposium on Amyotrophic Lateral Sclerosis and Motor Neuron Disease; 16–18 Nov 1998; Munich. p. 89.
- 40 Woolley JM, Ringel S. Caregiver quality of life in ALS: relationship between patient health status and caregiver health-related quality of life, role satisfaction and workforce participation. In: Proceedings of the Eighth International Symposium on Amyotrophic Lateral Sclerosis and Motor Neuron Disease; 3–5 Nov 1997; Glasgow. p. 33.
- 41 Wasner M, Bold U, Vollmer TC, Borasio GD. Sexuality in patients with amyotrophic lateral sclerosis and their partners. *J Neurol.* 2004;251:445–8.
- 42 Goldstein LH, Adamson M, Jeffrey L, Down K, Barby T, Wilson C, et al. The psychological impact of MND on patients and carers. *J Neurol Sci.* 1998;160(Suppl):S114–21.
- 43 Murphy V, Felgoise SH, Walsh SM, Simmons Z.

Problem-solving skills predict quality of life and psychological morbidity in ALS caregivers.
Amyotroph Lateral Scler. 2008;11:1-7.

44 Goldstein LH, Adamson M, Barby T, Down K, Leigh PN.
Attributions, strain and depression in carers of partners with MND: a preliminary investigation.
J Neurol Sci. 2000;180:101-6.

45 Bolmsjö I, Hermeren G. Conflicts of interest: experiences of close relatives of patients suffering from amyotrophic lateral sclerosis. Nurs Ethics. 2003;10:186-98.

Korrespondenz:

Prof. Dr. Maria Wasner, M.A.
Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin
Klinikum der Universität
Marchioninistrasse 15
D-81377 München
e-mail: Maria.Wasner@med.uni-muenchen.de

**Raymond Battegay:
Narzissmus und Objektbeziehungen.
Über das Selbst zum Objekt**

Bern: Hans Huber; 2008. 4., vollständig revidierte und erweiterte Auflage. Kartoniert, 256 Seiten, 4 Schemata, 1 Abbildung. Fr. 59.-/€ 34.95, ISBN 978-3-456-84509-8

Bei einem solchen Buch kann man sich fragen, ob es in die Kategorie der Originalforschungsarbeiten gehört, ob es ein Lehrbuchtext im Sinne Flecks¹ ist oder, um noch eine Kategorie aus heutiger Sicht hinzuzufügen, ob es ein populärwissenschaftliches Werk ist, das dazu dient, Personen ohne besondere fachliche Vorbildung eine Einführung in ein wissenschaftliches Fachgebiet zu vermitteln.

Ein Text der ersten Kategorie ist dadurch charakterisiert, dass er einer Forschergemeinschaft des eigenen engeren Fachgebiets in einer bestimmten Thematik Hypothesen und dazu erste Befunde und Beweise vorlegt, in der Erwartung, dass andere Forscher ihrerseits Beiträge zur Erhärtung oder Widerlegung der Hypothesen beitragen.

Ein Lehrbuch geht von weitgehend gesichertem Wissen aus und hat daher einen ganz anderen, autoritativen Stil. Es richtet sich an Fachleute, die nicht zur engeren Forschergemeinschaft der jeweils abgehandelten Themen gehören, aber potentiell dazu stossen könnten.

Das populärwissenschaftliche Buch kann zwar auf hohem wissenschaftlichem und stilistischem Niveau stehen, setzt aber grundsätzlich voraus, dass die Leser im abgehandelten Wissensgebiet kein besonderes Fachwissen haben. Es steht dem Wissenschaftsjournalismus nahe und hat dementsprechend eine grosse Bandbreite, die vom Sensationsjournalismus über die Unterhaltungslektüre bis zum ernsthaften Beitrag in Form von Mitteilungen über neue Forschungsergebnisse reicht.

Wie steht es nun mit dem zu besprechenden Buch von Battegay? Das Anliegen des Autors ist offenbar, die Schwierigkeiten, die im Umgang mit narzisstisch gestörten Patienten anzutreffen sind, darzustellen und Ratschläge zu formulieren, die den Kollegen von Nutzen sind. Es steht somit zwischen dem Wissenschaftsjournalismus und dem Lehrbuch.

Auch in der Erfahrung des Rezensenten gibt es immer wieder erstaunliche Schwierigkeiten beim Versuch, den Psychotherapeuten in Supervision zu vermitteln, wie sich der – gestörte – Narzissmus auswirkt, was für Ei-

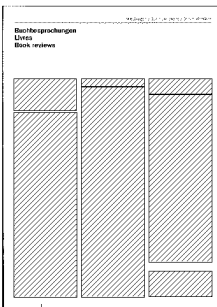
gentümlichkeiten er dem Denken aufrägt. Bei den verschiedenen Forschern findet man wohl jeweils die durch die persönlichen Erfahrungen geprägte Form der Darstellung, Konzeptualisierung, Metaphorik, um den in den Therapien auftauchenden Hindernissen adäquat zu begegnen. Kohut zum Beispiel insistierte auf der Kränkung infolge mangelnder Würdigung und Liebe seitens der wichtigen Mitmenschen, während Kernberg, etwas salopp gesagt, auf die Verstösse gegen die Ordnung verweist, die den narzisstisch gestörten Personen klar gemacht werden müssen. Die Mahlerschen Babybeobachtungen haben gezeigt, wie bedeutend die Interaktionen zwischen Kind und Betreuer/Betreuerin in bestimmten kritischen Entwicklungsphasen sind – wobei es Margret Mahler persönlich besonders auffiel, dass die ersten Schritte des Kindes von der Mutter weg gerichtet sind und dass die Wiederannäherung an die Mutter, ein unumgängliches und wohlverständliches Bedürfnis des Kleinkindes, von der Mutter eine unter Umständen nicht gelingende Empathie erfordert. Peter Blos postulierte für die Adoleszenz ein Wiederaufleben der frühen Prägungen und damit eine neue Chance, die Weichen nochmals neu zu stellen.

Battegay schreibt im Vorwort zur 1. Auflage:

«Ich habe mir erlaubt, zum Thema des Narzissmus zu schreiben, weil ich glaube, dass viele Fehler, die in der Psychoanalyse und in der analytisch orientierten Psychotherapie narzisstisch gestörter Persönlichkeiten und in der Erziehung ganz allgemein aufgetreten sind, vermieden werden können, wenn man erkennt, wie sehr in ihrer Selbstidentität gestörte Patienten und die Kinder unsere warme menschliche Zuwendung – und nicht nur etwa Frustration – benötigen» (S. 13).

Wie recht hat er mit dieser Feststellung! Und wie schwer ist es, den narzisstisch gestörten Patienten gerecht zu werden, da sie «unsere warme menschliche Zuwendung» gar nicht wahrnehmen und in lauter Missverständnisse geraten, entsprechend ihren negativen Erwartungen und auf dem Weg über die charakteristischen sich selbst erfüllenden Prophezeiungen.

Battegay schreibt im Vorwort zur 4. Auflage – und damit fängt das Buch eigentlich an –, dass ein Mangel an «warmherzige[n] Betreuungspersonen oder entsprechend geführte[n] Betreuungsstellen für Kinder und Jugendliche [...] aber auch die zunehmende Zahl von Ehetrennungen und Scheidungen» und damit einhergehend ungenügende Liebe und Zuwendung sowie die «ebenso schädli-



gende Verwöhnung» den Hintergrund für die Störungen in der Entwicklung des Selbstwerterlebens bilden. Er geht dann im ersten Kapitel der Frage nach, was in den ersten Lebensmonaten entscheidend für die gesunde Entwicklung eines Kindes und besonders dessen Selbst ist, und kommt auf vier Faktoren, deren erster «Gefühlmässige Wärme und Umsorgung» (S. 30) ist. Er schreibt:

«Wir haben deshalb das erste Halbjahr im Leben des Menschen als taktile Phase bezeichnet. Sie steht unter dem Primat des taktilen Wärmebedürfnisses» (S. 13).

Da Bategay sich damit in der Nähe von Didier Anzieu (das Haut-Ich²) befindet, würde man erwarten, dass er auf ihn Bezug nimmt. Anzieu hat sein Konzept vom Haut-Ich erstmals 1974 vorgestellt. Es erstaunt, dass in Bategays Literaturhinweisen das originelle und grundlegende Buch Anzieus fehlt.

Die drei weiteren Faktoren, die Bategay nach dem der gefühlmässigen Wärme und Umsorgung aufführt, sind, kurz zusammengefasst, adäquate Stimulierung durch Interaktion, Bewegung des Säuglings selbst und von Objekten in dessen Umgebung sowie das Darbieten von Gestaltkonfigurationen.

Die Rolle der Eltern benennt Bategay in deutlichen Worten: Die Mütter stehen mehr als ihre Partner in Gefahr, an allem des Kleinkindes zu partizipieren und es mit ihrer Liebe beinahe zu ersticken. Bei den Männern allerdings kann etwa eine zu grosse Distanz bestehen, so dass die Kinder deshalb leiden.

Dem Leser dürfte es trotz der verständlichen Darstellungsweise nicht immer leicht fallen, sich in der Begriffswelt des Buches zu orientieren. Die Wechsel von naturwissenschaftlichen Forschungen zu psychoanalytischen Theorien und Spekulationen und von da zu soziologischen Aussagen können uns verwirren, so dass es fraglich ist, ob der Leser das alles verdauen kann.

1 Fleck L. Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache. Frankfurt a. M.: Suhrkamp Wissenschaft 312, 1994 (erstmalig 1935).

2 Anzieu D. Das Haut-Ich. Frankfurt a. M.: Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft 1255, 1996 (Original 1985).

Bategay schreibt gut verständlich, er verwendet die Ergebnisse der Forschung und die Einsichten der Dichter in einer Weise, die schlicht und einfach anmutet. Das ist die für die populäre Vermittlung von Fachwissen angestrebte Form. Sie hat verständlicher-

weise auch ihre Mängel. Zur Illustration kann eine Passage wie die folgende zitiert werden:

«Hermann Hesse (1975) schildert in seinem Märchen «Der schwere Weg» eine mühsame Bergwanderung, die aber letztlich doch zum Ziele, einem Berggipfel, führt. Dort träumt der Berggänger aber von einem kahlen Baum, der aus dem Gesteine wächst, und von einem schwarzen Vogel, der zuerst darauf sitzt, dann aber in die Tiefe fliegt. Bald stürzt der Vogel, und der Träumer erkennt nun im fallenden Tier sich selbst. Er stürzt gegen die Erde, an die Brust der Mutter.»

Hat Hesse wirklich eine derart fragwürdige Symbolik verwendet? Das Zitat stammt aus dem Kapitel über den Suizid, in dessen zweitem Absatz steht:

«Es sind äussere oder innere Broken-home-Situationen, die diese späteren Suizidalen für das Leben zeichnen. Sie haben in ihrer Kindheit meist nie jene bergende und tragende Wärme und jene Integration in eine Familiengesamtheit erfahren, die sie für das Leben sicherte. Oder sie haben infolge eines Ich-Defektes nie die Nähe eines Menschen ertragen, so dass sie infolge rigider Abwehr keine affektive Zuwendung zu erleben vermochten. Infolge dieser ungenügenden Erfahrung einer umsorgenden und intakten Familie hat sich das Selbst dieser Menschen nur ungenügend entwickelt ...» (S. 143).

Es steckt viel Richtiges in diesen Sätzen, aber sie können auch ganz falsch verstanden werden, z.B. dass ein Broken-home stets narzisstische Störungen verursache.

Das Buch stammt aus der Zeit, in der die Schriften Heinz Kohuts regelrecht in Mode waren. Vielleicht hätten gewisse Nachwirkungen davon in der heutigen Neuauflage aufgehoben werden können.

Stilistische Mängel wie «Sie haben meist nie jene bergende und tragende Wärme [...] erfahren» sind in diesem Buch nicht selten (aus dem Zitat der S. 143, Z. 4). So zum Beispiel auch auf S. 152 oben: «[Er] hätte [...] ein Mädchen abgeben sollen».

Auch ein Verschreiber wie z.B. «Jean Plaget» (statt Piaget) ist ein Schönheitsfehler (S. 27). Auf S. 149 steht Preti statt Petri (letztere Schreibweise im Literaturverzeichnis).

Nach diesen Kritiken sei nochmals darauf hingewiesen, dass das Buch aus einer reichhaltigen Erfahrung schöpft und dem Lernenden in eine schwierige Materie einen relativ leichten Einstieg verschaffen kann.

T. von Salis, Zürich

**Peter Geißler, Günter Heisterkamp,
Herausgeber:
Psychoanalyse der Lebensbewegungen.
Zum körperlichen Geschehen in der
psychoanalytischen Therapie – ein Lehr-
buch**

Wien, New York: Springer; 2007.
Gebunden, X, 675 Seiten, 25 Abb.
Fr. 146.50/€ 89.95,
ISBN 978-3-211-48608-5

In diesem 675 Seiten langen Buch geht es um den Versuch, sich mit dem nonverbalen Geschehen in der psychotherapeutischen Situation auseinanderzusetzen. In seinem einführenden Kapitel sagt Müller-Braunschweig deutlich, dass es kein rein verbales Vorgehen in der analytischen Psychotherapie gibt. Das Ziel ist somit klar vorgezeichnet. Was indes als Frage auftaucht, ist dies: Handelt es sich um ein Lehrbuch (so der Titel auf dem Buchumschlag) oder um ein Handbuch (Buchrücken). Weder der eine noch der andere Terminus will passen. Sicher scheint dem Rezensenten, dass das zentrale Kapitel des einen Herausgebers (Geißler) über entwicklungspsychologische Konzepte das Hauptstück ist. Es umfasst 164 Seiten. Die umrahmenden Beiträge von Psychotherapeuten geben ihm Farbe. Sie fallen durch ihre Ehrlichkeit und Praxisnähe positiv auf. In überzeugender Weise wird auf die Schwierigkeit hingewiesen, das nonverbale Geschehen begrifflich zu erfassen und einzuordnen. Zustatten kommen dem Leser die drucktech-

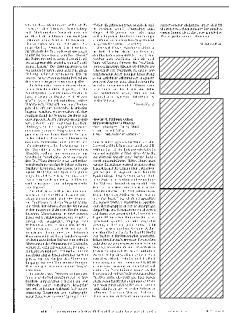
nisch herausgehobenen Leitsätze. Will man kritisch sein, könnte bedauert werden, dass der Regression im Therapiegeschehen nicht mehr Aufmerksamkeit gewidmet wird. Einzelne begriffliche Neuschaffungen wie die «Performativität» (Küchenhoff) könnten hinterfragt werden.

Dasselbe gilt für den im Titel vorgegebenen Terminus der «Lebensbewegung», der dann vor allem in dem Kapitel von Heisterkamp auftaucht. Der Rezensent gesteht, dass ihm dieser neue Begriff Mühe macht. Wo fängt Lebensbewegung an, und wo hört sie auf? Während das psychoanalytische Setting als klar definiert dargestellt wird, scheint dies für das körpertherapeutische Setting nicht der Fall zu sein.

Aber nochmals. Die einzelnen Falldarstellungen bestehen durch ihre Offenheit und Ehrlichkeit und bringen so dem Leser Gewinn.

Schliesslich fragt sich der Leser, wie wohl dieses monumentale Werk entstanden sei. Darüber wird nichts ausgesagt. Lehrbuch, Handbuch, Kongressbericht? War der Ausgangspunkt eine Tagung, haben die Herausgeber (Geißler und Heisterkamp) sich nach den besten Vertretern einer aktiven Auseinandersetzung mit den nonverbalen Anteilen des psychotherapeutischen Dialogs umgesehen? So oder so war es sicher an der Zeit, sich ausführlich den nonverbalen Elementen in der Therapie zuzuwenden.

C. Müller, Bern



Gegenüberstellung von Ergebnissen einer internationalen U

Umfrage unter Psychiatern und betreuenden Familienmitgliedern

Umfrage bestätigt Bedeutung der Therapie-Adhärenz zur Vermeidung von Rückfällen bei psychischen Erkrankungen

«Keeping Care Complete» Barcelona, September 2008, Präsentation der Ergebnisse zweier internationaler Umfragen bei Psychiatern und betreuenden Familienmitgliedern über ihre Erkenntnisse und Erfahrungen mit psychisch Erkrankten. Beide Umfragen wurden unterstützt von der World Federation for Mental Health (WFMH) und Eli Lilly (Suisse) SA.

Barcelona, September 2008. **Rückfälle können nicht nur verheerende Auswirkungen auf Patienten mit psychischen Erkrankungen wie Schizophrenie, schizoaffektiven und bipolaren Störungen haben, sondern auch auf die betreuenden Familienangehörigen. So das einstimmige Ergebnis der beiden internationalen Umfragen «Keeping Care Complete»¹ mit Psychiatern und betreuenden Angehörigen der Betroffenen. Eine fehlende Adhärenz gegenüber der Medikation ist Ursache Nummer eins für Rückfälle bei diesen Patienten. Das ist die Meinung von 84 Prozent der Psychiater, die im Rahmen einer von der World Federation for Mental Health (WFMH) und Eli Lilly durchgeführten Umfragerreihe befragt wurden.²**

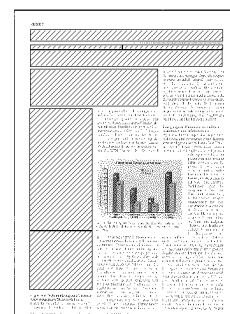
Patienten mit psychischen Störungen können dank guter Therapiemöglichkeiten heute ein produktives und erfülltes Leben führen. Jedoch bilden die Stigmatisierung, die Angst vor Rückfällen und deren Folgen nach wie vor Hindernisse eines langfristigen Therapieerfolges. Die nun in Barcelona präsentierten Ergebnisse der Befragung von 697 Psychiatern aus neun Ländern und der Vergleich mit der Befragung von 1082 Familienangehörigen liefern zum ersten Mal Einblicke darüber, wie nach Meinung der Befragten Therapieabbrüche, Rückfälle, die Pflege durch Angehörige und das Stigma der Erkrankung das Leben der Patienten mit Schizophrenie, schizoaffektiven sowie bipolaren Störungen beeinflussen können.¹

Die Schizophrenie beispielsweise stellt ein heterogenes Krankheitsbild dar. Sie ist unter anderem durch Symptome wie Bewusstseinsstörungen, Sinnestäuschungen, Wahn, Ich-Störungen, formale Denkstörungen und affektive Störungen charakterisiert. Für die Betroffenen – weltweit sind etwa 25 Millionen Personen an Schizophrenie erkrankt³ – stellt die Erkrankung eine ausserordentliche Belastung dar und nimmt in einem von zehn Fällen mit einem Suizid ein katastrophales Ende.⁴ Psychische Erkrankungen wie die Schizophrenie sind in der Gesellschaft nach wie vor mit einem Stigma behaftet. Der

Mangel an Wissen über die Entstehung, die Symptomatik und die Therapiemöglichkeiten führt zu Vorurteilen und einer negativen Haltung gegenüber den Erkrankten. Soziale Distanz, Geringschätzung und Ausgrenzung der Betroffenen sowie ihre Benachteiligung im privaten wie auch im öffentlichen Leben sind dabei nur einige Charakteristika einer Diskriminierung von Menschen aufgrund psychischer Erkrankungen. Letztlich führt die Diskriminierung der Patienten oft zu einem Therapieabbruch und in Folge zu Rückfällen, welche die Gesundheit und die Lebensqualität der Betroffenen noch weiter beeinträchtigen können.

Stigma und Diskriminierung sind Ursachen einer mangelnden Therapie-Adhärenz

Durch Stigma und Diskriminierung kann die physische und mentale Gesundheit von Menschen mit psychischen Erkrankungen negativ beeinflusst werden. Für diese Patienten ist es schwieriger, gesund zu werden und gesund zu bleiben. Das sagten 87 Prozent der behandelnden Psychiater, die an dieser Umfrage teilnahmen (n=697).² Von den befragten Familienmitgliedern stimmten 82 Prozent zu, dass Stigma und Diskriminierung der psychisch Erkrankten dazu führten, dass es für sie selbst schwieriger war, gesund zu bleiben. Die WFMH hat sich deshalb zum Ziel



gesetzt, über psychische Erkrankungen wie die Schizophrenie, die schizoaffektiven und die bipolaren Störungen aufzuklären und so einen wesentlichen Beitrag zur Entstigmatisierung zu leisten. Ziel der Befragung war es, zu evaluieren, wie Psychiater, aber auch betreuende Familienmitglieder die Auswirkungen verschiedener Faktoren auf das Leben von Patienten mit psychischen Erkrankungen beurteilen würden. Dazu gehörten beispielsweise Therapieabbrüche, Rückfälle, die Pflege durch Angehörige oder die Stigmatisierung der Erkrankung. Die Ergebnisse der Umfrage unter Psychiatern wurden einer in 2006 begonnenen Umfrage unter 1082 Betreuern, die ihre betroffenen Familienangehörigen pflegten, gegenüber gestellt. Wegen ungenauer Darstellungen schwerwiegender psychischer Erkrankungen in den Medien wird nach Meinung von 92 Prozent der befragten Ärzte die Stigmatisierung zusätzlich verstärkt und so die Behandlung und damit die Gesundheit der Patienten negativ beeinflusst. 81 Prozent der Psychiater sahen darin auch die Ursache, dass es ihren Patienten häufig schwer fällt, die medikamentöse Behandlung fortzusetzen. Auch mehr als die Hälfte der familiären Betreuer (64 Prozent) stimmten zu, dass ein negatives Bild der Erkrankung in der Gesellschaft die Entscheidung ihrer Angehörigen beeinflusst, die Medikation zu beenden.

Eine geeignete Therapie ermöglicht ein produktives und erfülltes Leben

Psychische Erkrankungen sind heute pharmakologisch gut zu behandeln und dementsprechend gut zu kontrollieren. Laut National Mental Health Association können Personen mit Schizophrenie und bipolaren Störungen durchaus ein produktives und erfülltes Leben führen, erfolgreiche persönliche Beziehungen eingehen und sinnvolle Berufe ausüben, wenn die Krankheit wirksam behandelt wird.⁵ Eine geeignete Medikation kann die Symptome beachtlich lindern und stabilisieren, Rückfälle verhindern oder hinauszögern bzw. den sich ständig wiederholenden Zyklus von Besserung und Verschlechterung unterbrechen.^{6,7} Darüber hinaus kann eine geeignete

Therapie die Häufigkeit und den Schweregrad der Episoden reduzieren und den Betroffenen zu einer hohen Lebensqualität verhelfen.⁸ Laut der aktuellen Umfrage konnten nach Meinung von 90 Prozent der Psychiater und 76 Prozent der pflegenden Angehörigen die Betroffenen tägliche Aufgaben unabhängiger erledigen, wenn eine geeignete Behandlung gefunden war und es zu einer deutlichen Verbesserung der Verfassung der Patienten kam. 88 Prozent der Ärzte und 70 Prozent der Betreuer waren sich einig, dass es den Betroffenen möglich war, einen Krankenhausaufenthalt zu vermeiden. Unterschiedlich fielen die Antworten bezüglich der Berufsausübung aus. Während 71 Prozent der Ärzte der Meinung waren, dass Betroffene mit einer geeigneten Medikation einer geregelten Arbeit nachgehen könnten, trauten ihnen nur 40 Prozent der pflegenden Angehörigen dies zu. 62 Prozent der Ärzte, aber nur 35 Prozent der Pflegenden hielten erfolgreich behandelte Patienten für befähigt, ein auf sich allein gestelltes Leben zu führen. Zum Thema Eingehen von Beziehungen fiel die Antwort anders aus: 80 Prozent der Betreuer hielten ihre behandelten Angehörigen für fähig, wieder familiäre und freundschaftliche Beziehungen einzugehen. Darüber hinaus trauten 51 Prozent der Ärzte erfolgreich behandelten Patienten das Eingehen einer Partnerschaft zu. Eine erfolgreiche Behandlung führte nach Meinung von 92 Prozent der Ärzte zu einer Verbesserung der zwischenmenschlichen Beziehungen und zu einer Verringerung von familiärem Stress (91 Prozent). Auch für die Betreuer resultierte eine erfolgreiche Behandlung in einer Reduktion von Stress (75 Prozent) sowie von interpersonellen Spannungen (73 Prozent).

Die Folgen von Therapieabbruch und Rückfall

Wird die medikamentöse Behandlung jedoch unterbrochen, endet dies nicht selten in einer höheren Wahrscheinlichkeit für Rückfälle. Psychiater und Betreuer sind sich darüber einig, dass ein Rückfall, der als eine Verschlimmerung der Symptomatik und/oder eine akute Wiederkehr von Symptomen nach einer vollständigen oder teilweisen Besserung definiert ist, verheerende Auswirkungen auf das Leben der Betroffenen und der pflegenden Angehörigen haben kann. 98 Prozent der Psychiater betonten, dass einem Rückfall bei Patienten mit einer

schwerwiegenden psychischen Krankheit daher eine besondere Bedeutung zukommt. Die Folgen eines Rückfalls können unter anderem Arbeitsunfähigkeit, ein versuchter Suizid, Inhaftierung oder Hospitalisierung sein. Auffallend an den Ergebnissen der Umfrage ist, dass Ärzte gerade die Gefahr eines Suizids für deutlich wahrscheinlicher hielten als die betreuenden Angehörigen (Abb. 1). Aber auch für die Betreuer kann ein Rückfall Folgen haben. So waren 87 Prozent der Ärzte der Überzeugung, dass das Leben der betreuenden Angehörigen deutlich negativ beeinträchtigt wurde und 59 Prozent der Pflegenden teilten mit, eine grundlegende Beeinträchtigung des eigenen Lebens zu erfahren. Eine Verschlechterung der psychischen und physischen Gesundheit der betreuenden Familienmitglieder gaben 68 Prozent der Psychiater und 52 Prozent der Pflegenden selbst an.

Bei einer Häufung von Rezidiven kommt es nicht selten zu einem kompletten Therapieabbruch. 37 Prozent der Pflegenden, deren Familienmitglied die Behandlung auf eigenen Wunsch hin abbrach, gaben an, dass das Familienmitglied fünf oder mehr Rückfälle nach dem Zeitpunkt der Diagnosestellung hatte. Wegen der enormen Bedeutung von Rückfällen auf den weiteren Krankheitsverlauf wünschten sich 93 Prozent der befragten Ärzte mehr Behandlungsoptionen, um einer mangelnden Therapie-Adhärenz begegnen und so das Rückfallrisiko schizophrener Patienten minimieren zu können. Dabei ist die Wirksamkeit der Medikamente bei der Entscheidung für eine bestimmte Behandlungsoption nach Meinung von 94 Prozent der Ärzte von ausschlaggebender Bedeutung. Laut Aussage von 87 Prozent der befragten Psychiater müssen zwei bis fünf Medikamente ausprobiert werden, bis eines gefunden wird, das zu einer deutlichen Verbesserung des Wohlbefindens und der psychischen Kondition führt. Basis der medikamentösen Behandlung der Schizophrenie bilden Antipsychotika, die jedoch durch Auftreten von Nebenwirkungen wie z. B. Dyskinesie, Sedierung, Einschränkung von Sexualität und Libido oder Gewichtszunahme häufig zum Therapieabbruch führen. Durch den Einsatz einer neuen Medikamentengeneration, den Atypika, lassen sich unerwünschte Wirkungen deutlich reduzieren und mit der daraus resultierenden verminderten Abbruchrate längerfristige Thera-

pien ermöglichen.

Therapie durch Angehörige und Gesundheitsprogramme verbessern

Grundlage einer erfolgreichen Behandlung psychischer Erkrankungen ist neben einer Medikation die enge Einbindung der Angehörigen in den Therapieprozess. Darüber hinaus können Gesundheitsprogramme das allgemeine Wohlbefinden und damit einen positiven Therapieverlauf unterstützen. 96 Prozent der befragten Psychiater nannten die Unterstützung durch die Familie zusätzlich zur Medikation als Schlüsselfaktor für die Gesundheit und das Wohlergehen des Patienten. Auch die soziale Unterstützung (91 Prozent), psychotherapeutische Techniken (85 Prozent) sowie ein strikter Tagesablauf (87 Prozent) wurden von den Ärzten als massgeblich angesehen. Ein Vergleich mit der Befragung der Pflegenden ergibt in diesem Zusammenhang ein differenziertes Bild. Während noch 74 Prozent der Pflegenden die Unterstützung durch die Familie für bedeutsam hielten, waren es in Bezug auf eine soziale Unterstützung nur 44 Prozent. Die Psychotherapie bzw. die strikten Tagesabläufe hielten dagegen nur 33 Prozent der Pflegenden neben einer Medikation für wichtig. Damit hat für die betreuenden Angehörigen eine medikamentöse Behandlung gegenüber anderen therapeutischen Massnahmen den höchsten Stellenwert. Ärzte massen hingegen der sozialen Komponente der Betreuung in Ergänzung zur Medikation eine wesentlich grössere Bedeutung bei. Deutlich ausgeglichener fielen die Ergebnisse der Umfragen in Bezug auf Gesundheitsprogramme aus, die den Patienten helfen sollen, Krankheitssymptome besser in den Griff zu bekommen. 89 Prozent der Psychiater und 85 Prozent der Pflegenden hielten diese Programme für nützlich. Allerdings waren laut Umfrage nur wenige Ärzte der Meinung, dass in der Gesellschaft genügend Mittel für die Rehabilitation ihrer Patienten bereitstünden. Nur 19 Prozent der Psychiater hielten die gegenwärtigen Möglichkeiten für ausreichend.

Fazit

Ziel der Therapie psychischer Erkrankungen wie der Schizophrenie ist eine deutliche Reduktion der Symptomatik, die dem Patienten nicht nur zu einem verbesserten Wohlbefinden, sondern auch zu einer Wiedereingliederung sowohl in das soziale als auch in das berufliche Leben verhilft. Die

Betreuung sollte nach Meinung von Ärzten und Angehörigen mehr auf eine Langzeitpflege als nur auf die Bewältigung von Krisensituationen hin ausgerichtet sein. Einer Steigerung der Therapie-Adhärenz kommt dabei laut Umfrageergebnissen die grösste Bedeutung bei der Behandlung psychischer Erkrankungen zu. Dies hilft, Rückfälle zu vermeiden und eine langfristige und erfolgreiche Therapie zu gewährleisten. Aufgrund unterschiedlicher Erfahrungen mit den Betroffenen empfiehlt sich zudem eine bessere Kommunikation und Zusammenarbeit von Ärzten und betreuenden Familienmitgliedern, die den Prozess des Findens einer wirksamen Therapie beschleunigen und so die Behandlung insgesamt positiv beeinflussen können.

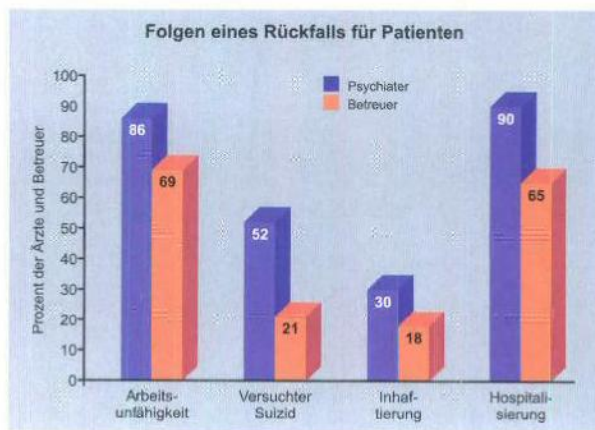


Abb. 1: Beurteilung der Folgen eines Rezidivs. Ärzte schätzten die Gefahren durch Rückfälle durchschnittlich höher ein als die betreuenden Angehörigen.

Bericht: H-O communications ag, Bear. im Auftrag von Eli Lilly (Suisse) S.A.

Kontakt: Eli Lilly (Suisse) SA, 16, Chemin des Daquellcots, Case Postale 580, 1214 Vernier, Tel. 022 306 04 61.

Referenzen:

- 1 The survey «Keeping Care Complete» was developed in partnership with the World Federation for Mental Health and Eli Lilly and Company, launched in 2006 with a survey of caregivers and continued into 2008 with a survey of psychiatrists. Results presented: Barcelona, 2 September, 2008. Available at: http://www.wfmh.org/80awareness.htm#KEEPING_CARE_COMPLETE
- 2 Keeping Care Complete International Findings FactSheet; Keeping Care Complete Fact Sheet FINAL 8 27 (Available at: <http://www.wfmh.org/>)
- 3 The World Health Report 2003: Shaping the Future. World Health Organization, 2003. (http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_en.pdf)
- 4 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition Text Edition DSM-IV-TR, p. 384., American Psychiatric Association, 2000
- 5 Fact Sheet: Bipolar Disorder: What You Need to Know. Mental Health America. Available at: <http://cms.mhna.org/index.cfm?objectid=74F71A5E-1372-4D20-2B30054B471F27A0>. Accessed June 6, 2008.
- 6 «Expert Consensus Guideline Series.» J Clin Psychiatry, 1999;60 (suppl 11)
- 7 «The World Health Report 2001: Mental Health – New Understanding, New Hope.» Chapter 3. World Health Organization. Available at: <http://www.who.int/whr/2001/chapter3/en/index1.html>, accessed November 17, 2005.
- 8 Bipolar Disorder. National Institute of Mental Health. NIH Publication No. 02-3679; Printed 2001, Reprinted September 2002. Available at: <http://www.nimh.nih.gov/publicat/bipolar.cfm>, accessed June 7, 2006.

**Johann Caspar Rüegg:
Gehirn, Psyche und Körper. Neurobiologie
von Psychosomatik und Psychotherapie**

Mit einem Geleitwort von Gerd Rudolf
Stuttgart: Schattauer; 2007.

4. aktualisierte u. erw. Auflage.

Gebunden, 242 Seiten, 15 Abb.

€ [D] 36.95/€ [A] 38.-,

ISBN 978-3-7945-2573-7

Wie verändern Lebenserfahrungen, insbesondere Kindheitstraumen, aber auch chronische Schmerzen, Ängste oder Depressionen unsere Hirnstruktur? Auf welche Weise bewirken Verhaltensänderungen oder psychotherapeutisches Handeln – «Sprechende Medizin» – eine neuronale Umstrukturierung? Und: Wie können Gehirn und Psyche wiederum die Gesundheit unseres übrigen Körpers beeinflussen, etwa Entzündungen und die körpereigene Abwehr von Infektionen oder die Funktionen von Herz und Kreislauf?

Fragen zu den komplexen Wechselwirkungen von Psyche und Soma und zur Neuroplastizität des Gehirns stehen im Mittelpunkt dieses Buches von Johann Caspar Rüegg, der in Zürich aufwuchs, nach dem Medizinstudium beim Hirnphysiologen und Nobelpreisträger W. R. Hess seine Dissertation schrieb und in der Zeit von 1973 bis 1998 Ordinarius und Leiter des Zweiten Physiologischen Instituts der Universität Heidelberg war. Rüegg gelingt es in sehr anschaulicher Weise, die Ergebnisse der Psychophysiologie darzustellen und als solides Fundament der biologischen Voraussetzungen der Psychosomatik zu integrieren. Dieses Vorgehen trägt schliesslich insbesondere auch zu einem vertieften Verständnis der Wechselwirkungen bei, in die die psychologischen Faktoren ein-

gebunden sind.

Die Kapitel über die Physiologie und Psychosomatik chronischer Schmerzen, die psychosozialen Faktoren bei Herzerkrankungen, Psychoendokrinologie und Psychoimmunologie sind von grosser klinischer Bedeutung; sie unterstreichen die historischen Wurzeln der psychosomatischen Medizin in der inneren Medizin. Gerade auch die weiteren Beiträge zur emotional-kognitiven Interaktion und zur Bedeutung der Gedächtnisfunktion machen deutlich, in welcher fruchtbarer Weise Rüeggs Überlegungen zur «psychosomatischen Transformation», insbesondere auch zu einem Verständnis der Wechselwirkungszusammenhänge bei psychiatrischen Erkrankungen im engeren Sinne, z.B. bei depressiven Erkrankungen, herangezogen werden können.

Das Buch stellt nicht nur eine ausgezeichnete Synopsis wesentlicher biologischer und neurobiologischer Befunde im Bereich psychischer Erkrankungen dar, sondern vermittelt vielmehr auch Reflexionen über deren Bedeutung für das menschliche Selbstverständnis. In diesem Zusammenhang wird die nachhaltige Bedeutung von Psychotherapie («heilende Worte») auch im Hinblick auf die Beeinflussung der Genexpression neuronaler Proteine und synaptischer Vernetzungen neuronaler Netzwerke betont. Das Buch ist ein wichtiger Beitrag zur Überbrückung der Kluft zwischen einer somatisch orientierten Medizin und einem psychosomatischen Krankheitsverständnis und den damit verbundenen psychotherapeutischen Interventionen bei psychisch erkrankten Menschen.

H. Böker, Zürich

