

Dynamische Psychiatrie

Herausgegeben
von Günter Ammon

*Dynamic
Psychiatry*

Internationale Zeitschrift für
Psychiatrie und Psychoanalyse

Vadim S. Rotenberg/J.S. Korostoleva

Psychological Aspects of the Search Activity and Learned
Helplessness in Psychosomatic Patients and Healthy Testees

Guilherme Ferreira

Borderline Syndrome and Disability

Christina McGuire

The Dynamics of Medical Education

Michel Benezech

Der Objektverlust in der forensischen Psychiatrie oder die Leiden
Werthers

Nicholas Destounis

Grief

Gabriele von Bülow/Paul Weskamp/Gabriele Glatzel

Die von Ardenne-Methode zur Steigerung des Energiestatus des
Menschen

George B. Palermo

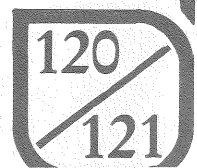
Cocaine Paranoia or Paranoid Schizophrenia — A Diagnostic
Dilemma

Buchbesprechungen / Eingetroffene Bücher

Nachrichten

23. Jahrgang
1./2. Heft 1990

»Pinel« Verlag für humanistische Psychiatrie
und Philosophie GmbH München



Dynamische Psychiatrie / *Dynamic Psychiatry*

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

23. Jahrgang, 1./2. Heft 1990, Nr. 120/121

Herausgegeben von Günter Ammon
unter Mitarbeit von

F. Antonelli, Rom — F.V. Bassin, Moskau — L. Bellak, New York — B. Buda, Budapest —
I. Burbiel, München — A. Carmi, Haifa — N. Destounis, Richmond — R. Ekstein, Los Angeles
— Th. Freeman, Antrim — A. Garma, Buenos Aires — F. Hansen, Oslo — H. Illing, Los
Angeles — I. Jakob, Pittsburgh — M. Knobel, Campinas — A. Lambertino, Parma — U. Mah-
lendorf, Santa Barbara — A. Mercurio, Rom — L. Miller de Paiva, Sao Paulo — K. Okonogi,
Tokio — M. Orwid, Krakow — J.F. Pawlik, Warschau — E. Ringel, Wien — V. S. Roten-
berg, Moskau — F. S. Rothschild, Jerusalem — D. Shaskan, Los Angeles — J.B.P. Sinha,
Patna — J. Sutherland, Edinburgh — Y. Tokuda, Tokio — E. Weigert, Chevy Chase —
Wu Chen-I, Peking.

Inhalt / Contents

<i>Vadim S. Rotenberg/J.S. Korostoleva</i> (Moskau) Psychological Aspects of the Search Activity and Learned Helplessness in Psychosomatic Patients and Healthy Testees	1
Psychologische Aspekte der Suchaktivität und erlernten Hilflosigkeit bei psychosomati- schen Patienten und gesunden Versuchspersonen	9
<i>Guilherme Ferreira</i> (Lissabon) Borderline Syndrome and Disability	14
Borderline-Syndrom und Arbeitsunfähigkeit	22
<i>Christina McGuire</i> (Chicago) The Dynamics of Medical Education	25
Prozesse des Wandels innerhalb der medizinischen Ausbildung	30
<i>Michel Benezech</i> (Bordeaux) Der Objektverlust in der forensischen Psychiatrie oder die Leiden Werthers	32
Object Loss in Forensic Psychiatry or the Suffering of Werther	43
<i>Nicholas Destounis</i> (Milwaukee) Grief	46
Kummer in Krankheit und Gesundheit — eine psychiatrische Perspektive	55
<i>Gabriele von Bülow/Paul Weskamp/Gabriele Glatzel</i> (Berlin) Die von Ardenne-Methode zur Steigerung des Energiestatus des Menschen	61
The von-Ardenne-Method for the Improvement of the Energy Status of Man	68
<i>George B. Palermo</i> (Milwaukee) Cocaine Paranoia or Paranoid Schizophrenia — A Diagnostic Dilemma	71
Kokain-Paranoia oder paranoide Schizophrenie — ein diagnostisches Dilemma	81
Buchbesprechungen / Book Reviews	87
Eingetroffene Bücher / Books Received	90
Nachrichten / News	93
Ankündigungen / Announcements	97

Psychological Aspects of the Search Activity and Learned Helplessness in Psychosomatic Patients and Healthy Testees***

Vadim S. Rotenberg*, J.S. Korostoleva** (Moskau)

Suchaktivität definieren die Autoren als eine Aktivität, die darauf abzielt, eine Situation (oder die Einstellung ihr gegenüber) zu verändern, ohne daß eine präzise Voraussage über die Resultate möglich ist. Sie verstehen sie als den Schlüsselmechanismus bei der Entwicklung von Widerstandskräften gegenüber Stress und beziehen ihr Konzept auf andere Theorien der Pathogenese psychosomatischer Störungen wie Engel & Schmale, Ammon und Seligman, dessen Konzept der erlernten Hilflosigkeit sie als ihrem Konzept der Aufgabe der Suchaktivität analog ansehen. Ihr Anliegen in der vorliegenden Arbeit ist die experimentelle Untersuchung der erlernten Hilflosigkeit als eines Risikofaktors für psychosomatische Erkrankungen. Dazu wurden Gruppen von gesunden und psychosomatischen, unter Ulcera und Hypertonie leidende Versuchspersonen experimentell erzeugten Stressbedingungen ausgesetzt, die jeglichen Erfolg eigener Anstrengungen bei dem Lösen von Testaufgaben verunmöglichten. Untersucht wurde die Entwicklung der Aufgabe der Suchaktivität bzw. der erlernten Hilflosigkeit in Abhängigkeit von motivationaler Struktur und der Zuschreibung des Mißerfolges. Die psychosomatischen Patienten zeigten eine deutlich höhere Bereitschaft, ihren Mißerfolg auf eigenes Verschulden zurückzuführen. Sie zeichneten sich entweder durch ein ausgeprägtes Bedürfnis nach Erfolg bei gleichzeitiger negativer Einschätzung ihrer Erfolgsaussichten aus, die sie zum frühen Aufgeben ihrer Anstrengungen veranlaßte (Ulcera-Patienten) oder durch ein starres Festhalten an hoffnungslosen Bemühungen, um kein gesellschaftlich unerwünschtes Verhalten wie Testabbruch zu zeigen (Hypertonie-Patienten). Bei beiden Patientengruppen wird so eine unproduktive innere Spannung erzeugt, die sich, so vermuten die Autoren, im jeweiligen psychosomatischen Symptom niederschlägt. Ihre Theorie, daß eine Aufgabe der Suchaktivität eine kompensatorische REM-Schlaf-Verlängerung verursacht, sehen die Autoren durch eine weitere Untersuchung bestätigt, nach der die Zunahme des REM-Schlafs mit der Abnahme erfolgsorientierter Leistungsmotivation korreliert. Die Arbeit verdeutlicht die Bereitschaft des psychosomatischen Patienten zur Entwicklung erlernter Hilflosigkeit, zur Aufgabe von Suchaktivität, die nach dem Psychosomatik-Konzept Günter Ammons als ein Ausdruck defizitärer Aggression zu verstehen ist.

The conception about search activity as the key mechanism of stress resistance and about renunciation of search as the most general prerequisite for a reduction of the body's resistance has received a reliable experimental confirmation (Rotenberg, Arshavsky, 1979; Rotenberg, 1984) and stands in good agreement with clinical observations and the modern conceptions of the pathogeny of psychosomatic disorders (Engel, Schmale, 1968; Ammon, 1982). However, the definition of search activity proposed by V.S. Rotenberg bears a purely conceptual rather than operational character: »By search activity is understood activity directed at changing the situation (or the attitude to it) in the absence of a definite forecast of the results of such activity but with a permanent current consideration of these results.« This definition limits the frame-

* Prof. Dr. med., Labor für Psychophysiologie am 1. Medizinischen Institut des Gesundheitsministeriums der UdSSR, Moskau, Chairman des sowjetischen Zweiges der World Association for Dynamic Psychiatry WADP

** Dr., Mitarbeiter am 1. Medizinischen Institut des Gesundheitsministeriums der UdSSR, Moskau

*** Vortrag gehalten auf dem 7. Weltkongreß der WADP und XX. Internationalen Symposium der DAP, 17.-21. März 1989, Hochschule der Künste Berlin zum Thema »Das Borderline-Syndrom in Theorie und Praxis«.

work of the conception of search behaviour, suggesting that it excludes well-predictable stereotyped behaviour, panic, which makes impossible an adequate consideration of the results of the behaviour, neurotic anxiety, and depression as a state of renunciation of search. However, such a definition leaves the researcher unequipped with concrete quantitative procedures for the evaluation of the degree of expression of man's search activity at any moment and in any concrete situation. The very notion of »search« embraces more concrete forms of overt and covert behaviour than make possible its cohesive operational definition. Therefore the authors have concentrated their efforts on the analysis of the opposite state — renunciation of search. Although this state may also have sufficiently diverse manifestations, it is reproducible in a directed experiment, and there is a description of its adequate analogue — learned helplessness (*Seligman, 1975*). But although many publications describe learned helplessness, the specific features of this phenomenon in the case of psychosomatic diseases are not studied at all and the psychological prerequisites for, and the consequences of, learned helplessness in bearers of various individual features are not studied sufficiently well. In the authors' opinion, the phenomenology of a subject's behaviour in the process of the development of learned helplessness is also studied inadequately. In the meantime, the solution of these problems may not only further the comprehension of the mechanisms of renunciation of search (consequently, of the opposite state — search behaviour — too), but also ensure the forecasting of human behaviour in various situations and help to evaluate the degree of expression of the »risk factor« of psychosomatic diseases.

Tasks of the Research

1. To bring out the dependence of the speed of formation of the giving-up reaction on the structure of the motivation of achievement, on the specific features of the reaction to frustration and on subjective control over the situation (externality or internality) in various spheres of interaction with the environment in healthy testees and psychosomatic patients.

2. To assess the influence of behaviour in the course of the development of learned helplessness on the dynamics of the reaction of frustration.

3. To compare the psychological factors behind the character of behaviour in a frustrating situation with the structure of night sleep in stress conditions. This task stemmed from the fact that, according to previous investigations (*Rotenberg, Arshavsky, 1979; Rotenberg, Alexeyev, 1981.*), it is exactly sleep structure and especially the proportion of REM sleep that make it possible to differentiate search behaviour and the state of renunciation of search.

Research Procedure

The research had two stages. At the first stage the testee was offered a Russian variant of the *Rotter* questionnaire (pertaining to the level of subjective

control), the *Heckhausen* variant of TAT (a study of the motivation of achievement), and the *Rosenzweig* frustration test.

On the following day he faced the Level of Aspirations procedure of *F. Hoppe* (use was made of logical problems of varying difficulty from the Raven matrix). The problems were numbered in the order in which they were offered. The specificity of the procedure in this experiment consisted in the fact that none of the solutions presented by the testee was assessed by the experimenter as correct. The authors also introduced an additional stress factor: the testee was allowed less than enough time to solve every problem. This created an inner tension and developed learned helplessness. The authors studied the following behavioural characteristics:

1. The beginning of the formation of the giving-up reaction — the number of the test which provoked the testee's first attempt to renounce his efforts.
2. Resistance to the negative reinforcement in the course of his efforts — the number of the test which made the testee finally give them up in spite of the experimenter's inducement.
3. The number of attempts to renounce the efforts in the conditions of negative reinforcement. Presumably, the more such attempts were made, the less was the testee's resistance to learned helplessness.
4. The total number of the tests needed to develop learned helplessness.
5. The total number of the tests from the first to the last renunciation.

After the testee finally gave up the procedure, he was offered the *Rosenzweig* test again.

A total of 77 healthy testees in the 20-50 age group and 40 sufferers from the ulcerative disease of the stomach, 12 duodenal ulcer, and 15 hypertensive patients were examined. In addition, 32 individuals exposed to chronic job stress were examined (jointly with *V.V. Kulikovskiy*). Their night sleep, motivation of achievement, and level of anxiety (according to *Spielberger*) were studied.

Results and Their Analysis

a) Healthy Testees

All testees were divided into two groups according to how soon they made the first attempts to renounce their efforts. The individuals who did this late ($n = 32$), compared to the opposite group, showed a significantly more clearly expressed desire to overcome the obstacle (N-P) (33.9 and 29.8 respectively, $p < 0.05$) involved in the *Rosenzweig* tests at its first offer. They also made fewer attempts to renounce the task (1.0 and 3.2, $p < 0.05$) and they underwent significantly more tests before they finally renounced the efforts (37.5 and 28.1, $p < 0.05$). These data confirm the assumption that the testees of this group are more resistant to learned helplessness.

At the repeated offer of the *Rosenzweig* test (after the renunciation of the efforts), this group showed a less clearly expressed intropunitive type of reaction with fixation on self-defence ($I = 6.8$ and 9.2 , $p < 0.005$), i.e. in these testees readi-

ness to confess that their failures were their own fault was expressed less clearly than in the testees who showed an earlier giving-up reaction. This is consistent with the data obtained by *Seligman* showing that learned helplessness develops sooner when the testee takes the blame for his failures. These testees, compared to the members of the opposite group, following the stress showed a less clearly expressed increase of the extrapunitive type of reaction to frustration with fixation on the obstacle (E'). Considering that this type of reaction in the background is also low enough, it can be assumed that the experienced frustration leaves their general behavioural strategy unaffected and that the learned helplessness developed in this particular situation shows not tendency towards generalisation. According to the data of the *Rotter* questionnaire, the testees resistant to negative reinforcement were found to be more external.

The opposite group of testees ($n = 45$), who displayed an early first renunciation, facing a repetition of the Rosenzweig test, in addition to the more clearly expressed readiness to take the blame for the frustrated situation, showed a relatively higher level of the extrapunitive type of reaction with fixation on the obstacle ($E' = 26.5$ and 21.9 , $p < 0.05$). These testees throughout the experiment made more attempts to give up the task, and their final renunciation also came sooner. Apparently, the more clearly expressed growth of the subjective significance of the obstacle in the case of an unavoidable aversive impact prompts an earlier giving-up reaction. At the same time, the testees of this group, in contrast to the testees making their first renunciation later, do not show an increase in the degree of expression of the intropunitive type of reaction with fixation on the obstacle (I') when they face the test again, i.e., in this group the protective readiness to regard the obstacle as a favourable factor was expressed considerably less clearly. In an extreme situation these testees make more unsuccessful and half-hearted attempts to drop the efforts but nevertheless they continue to exercise them. A major factor in such unstable behaviour is a tendency towards self-accusation. On the one hand, with every new failure it raises the degree of expression of the negative affect, which induces the testee to drop the efforts. On the other hand, taking the blame for the failure makes the testee continue the efforts out of self-respect. In the final analysis, such an ambivalent attitude to the situation accompanied by unsuccessful attempts to cope with it should lead to a stable renunciation of search.

Thus, the authors have established that the character of reaction to frustration largely determines the development of learned helplessness.

Bearing this in mind, for further analysis, basing themselves on the data of the first Rosenzweig test, the authors set aside a group whose predominant reaction to frustration was fixation on the obstacle (O-D) ($n = 19$) and compared it with a group whose predominant reaction was self-defence (E-D) ($n = 36$).

The former group showed a less clearly expressed success motive ($HE = 2.63$ and 4.23 , $p < 0.05$) and a lower aggregate motivation of achievement (6.74 and 8.67 , $p < 0.05$). The testees of this group showed a higher subjec-

tive level of the significance of the obstacle ($OD = 44.9$ and 27.7 , $p < 0.05$; $E' = 21.5$ and 14.4 , $p < 0.05$), a more clearly expressed inclination towards self-accusation ($I = 14.4$ and 10.6 , $p < 0.05$), a more clearly expressed internality according to *Rotter*, and, predictably enough, an earlier first attempt to give up the task (15.04 and 17.08 , $p < 0.05$). The lower level of the extrapunitive type of reaction with fixation on the overcoming of the obstacle ($E = 19.6$ and 16.0 , $p < 0.05$) combined with the aforementioned fact means that in a frustrating situation the testees of this group are not oriented to the solution of the problem, but are concentrated on the significance and insuperability of the difficulties. At the same time, it should be pointed out that fixation on the obstacle (OD), being more clearly expressed in this group than in the others before the frustration, grows less intensively during the frustration itself. In terms of absolute value this factor was more clearly expressed than in the other groups both before and after the frustration but its dynamics was not so clearly expressed. In combination with an early first renunciation, this may point to these testees' initially great readiness to give up. According to the TAT data in the *Heckhausen* variant, the testees of this group, compared to the group predominantly oriented to the overcoming of the obstacle ($N-P$, $n = 22$), were less inclined to forecast the positive outcome of their current efforts ($E = 0.42$ and 0.85 , $p < 0.05$) and strove to achieve their aim ($I = 1.05$ and 1.85 , $p < 0.05$). They showed a less clearly expressed desire to solve the frustrating situation unaided/a lower level of the intro-punitive reaction type with fixation on the overcoming of the obstacle ($I = 11.2$ and 16.1 , $p < 0.05$)/ at the first offer of the Rosenzweig test. If one also considers the vaguely expressed motivation of achievement, one can speak about this group as one of high risk with regard to the formation of renunciation of search. This assumption is also confirmed by the fact that, according to the data obtained by *V.M. Shakhnarovich* and *A.M. Goncharenko* (1979), a group of testees with a dominant $O-D$ reaction was characterized by a significant REM sleep increase in the night sleep structure and a high positive correlation (0.7) between the degree of expression of the $O-D$ reaction and the REM sleep duration.

The greatest resistance to the development of learned helplessness was shown by a group of individuals whose predominant reaction was the overcoming of the obstacle ($N-P$). Their first renunciation came later (24.8 and 15.0 , $p < 0.05$), and they made fewer attempts to drop the efforts (1.9 and 3.0 , $p < 0.05$). These individuals showed a higher aggregate motivation of achievement (9.62 and 6.74 , $p < 0.05$) and a predominance of the motive of the achievement of success (4.85 and 2.63 , $p < 0.05$). They exhibited a more clearly expressed tendency towards the overcoming of the obstacle unaided ($I = 11.2$ and 16.1 , $p < 0.05$) at the first offer of the Rosenzweig test. They were more inclined to use various means of the achievement of the aim and to form a positive forecast of the results of their efforts. The maximal increase of E' (fixation on the obstacle) after negative stimulation at a low initial level (13.3 and 23.3) of this indicator compared to the other groups points to the untypicalness of the renunciation of the efforts for this group. Naturally, invariable negative reinforcement eventually leads to such

a renunciation in this group, too, but much later and at the cost of more abrupt changes in the style of behaviour. Whereas the relative resistance to the negative stimulation in the group whose dominant reaction is self-defence (E-D) is achieved by entirely different psychological mechanisms. These testees strive to reduce the negative influence of the frustrating situation by denying their own blame for it and by laying the blame on surrounding people ($E = 21.2$ and 14.5 , $p < 0.05$). However, this is found to be accompanied by a tendency towards an earlier final renunciation of the efforts (27.7 and 31.1).

The analysis of the role of the motivational component of behaviour has shown that the degree of expression of the achievement of the motive of the avoidance of failure in the structure of motivation may play a serious role in bringing about the reaction of renunciation of the efforts given an invariable negative reinforcement. The low level of pure motivation (the absence of a clear prevalence of one of the motives over the other) against the background of a low aggregate motivation also determines an early giving-up reaction (due to an inner conflict). Thus, the healthy testees show quite different patterns of the types of reaction to frustration and of the ratio of the motives determining resistance or vulnerability to the helplessness learning procedure.

b) Peptic Ulcer Patients

These patients were also divided into two groups. A group which showed an early first renunciation of the efforts ($n = 26$), compared to the patients who showed its late onset ($n = 14$), was distinguished for a clearly expressed need to achieve success (B in TAT = 1.27 and 0.58 , $p < 0.05$) and, at the same time, for a predominant negative forecast of the results of these efforts (E_m in TAT = 0.92 and 0.65 , $p < 0.05$). The predominance of the negative forecast of the consequences of the efforts should block search behaviour, and, combined with the need for success, may cause an unproductive emotional tension. Given an initially low level of tolerance to frustration ($OD = 32.5$ and 25.0 , $p < 0.05$), an inclination to attach major significance to the obstacle ($E' = 19.3$ and 14.1 , $p < 0.05$), and a lesser inclination to attribute failures to surrounding people are to deny one's own guilt ($E = 13.4$ and 20.2 , $p < 0.05$), the outlined motives forecast ratio may lead to an early renunciation of the efforts (at the 16th test compared to the 28th in the opposite group, $p < 0.05$) and a smaller total number of tests needed for the formation of the giving-up reaction. The patients forming this group, as a rule, referred to a psychogenic cause of their disease or exacerbation (a lasting psychotraumatizing situation or irreparable vital losses). Compared to the corresponding group of healthy testees, who also made an early first attempt to renounce the efforts, these patients were characterized by a more clearly expressed desire to achieve their aim and readiness to make sufficient requisite efforts, but, at the same time, a more clearly expressed expectation of a failure and a constant awareness of a possible failure. Apparently, this blocks the patients' behaviour in a situation which has an in-

definite outcome and requires the inclusion of non-stereotyped forms of behaviour. The two groups initially had a near-equal low level of tolerance to frustration ($E' = 19.3$ and 17.1 ; $OD = 32.5$ and 33.3). However, their behaviour in a frustrating situation was not identical. The patients showed a giving-up reaction sooner. Possibly, this is due to a more clearly expressed tendency towards self-accusation and a lesser inclination to blame failures on others, which makes the patients more defenceless. Of major interest is the fact that, in spite of a more clearly expressed giving-up reaction an earlier onset both of the first (3.7 and 8.9) and of the last (16.0 and 23.7) renunciations and a greater number of attempts to renounce the efforts (4.3 and 3.2) at a repeated offer of the Rosenzweig test, the degree of expression of all reactions which point to fixation on the obstacle is lower in the patients than in the healthy individuals (37.6 and 45.1 , $p < 0.05$). Combined with a sufficiently high initial level of such reactions, this may indicate that the giving-up reaction is used by the patients of this group as a customary form of behaviour when encountering difficulties of life. (In contrast to the control group testees, who in everyday life apparently display this reaction less frequently.) Consequently, one can speak of a more stable and generalized renunciation of search in patients. Their inherent desire for success, due to the aforementioned factors (a negative forecast of results and a low level of tolerance to frustration) is not so much realized in activity as changes into an unproductive health-ruining tension.

In the group of patients with a late first renunciation of the efforts this renunciation nevertheless occurs substantially sooner than in the corresponding group of healthy individuals (31.5 and 17.3 , $p < 0.05$). They also make more attempts to renounce the efforts when frustrated (3.2 and 1.4 , $p < 0.05$). In such cases the healthy testees at the first offer of the Rosenzweig test showed a higher rate of the intropunitve and impunitive types of reaction with fixation on the obstacle ($I' = 1.5$ and 0.4 ; $M = 15.2$ and 10.5 , $p < 0.05$). These data suggest that healthy testees, in contrast to peptic ulcer patients, are more inclined to offset frustration by the protective mechanism of rationalization. This mechanism makes it possible to preserve the ability for action given a lasting negative reinforcement.

After such a reinforcement the patients show a much more clearly expressed desire to confess their own blame for the frustrating situation ($I = 10.4$ and 6.8 , $p < 0.05$), which may create an ambivalent attitude to this situation (a desire to opt out of the »game« and the impossibility to do this) and eventually leads to a stable giving-up reaction.

c) Hypertensive Patients

This group was too small to be divided into two subgroups. The data cited below can be regarded as preliminary. The hypertensive patients, just as the peptic ulcer patients, made the first attempts to renounce their efforts much sooner than the healthy testees (11.5 and 17.6 , $p < 0.05$), and the number of

such attempts, if none too persistent, throughout the experiment exceeded the corresponding value in the normative group (3.7 and 2.5, $p < 0.05$). But, at the same time, the total number of the tests needed to develop the giving-up reaction in them almost equaled the average in the normative group (29.8 and 32.0). In the course of frustration they showed a sharp rise in the number of the reactions reflecting a desire to confess their guilt (11.8 and 8.0), and the number of the reactions reflecting a desire to overcome the obstacle unaided barely decreased (7.8 and 7.2). There was also an increase in the fixation on the obstacle (15.4 and 28.7). Combined with a low level of the failure avoidance motive (0.02 and 0.33, $p < 0.05$) these data may suggest that the hypertensive patients continued the efforts not because they were oriented to a search for ways to overcome the obstacle, but because, due to their attitudes and their requirement structure, they could not afford a socially disapproved action — an arbitrary cessation of the efforts even if they realized that it was hopelessly unsuccessful. In these conditions the efforts bear a stereotyped character, and the inability to break it off should only strengthen the unproductive inner tension, which, possibly, eventuates in a rise in the arterial pressure.

Sleep Structure and the Motivational Component of Behaviour

At this stage of the research the authors examined 32 healthy testees aged 21 to 47 (26 men and 6 women). The ratios between the anxiety level (according to *Spielberger*), motivation of achievement, and sleep structure were analysed by the pair correlation method.

It was established that the increase of the REM sleep proportion was connected with the decrease of the »pure motivation« parameter, i.e., with a reduction in the difference between the numerical values of the motive of the achievement of success and the motive of the avoidance of failure. The higher the level of »pure motivation«, the clearer the expression of the achievement strategy in human behaviour. A drop of this level reflects the proportion of the relations of rivalry between the aforementioned motives, which may result in a behavioural disorganisation and block search activity. This accords well with the aforementioned data showing that a low level of pure motivation determines an early giving-up reaction. Incidentally, in theory, it is exactly a renunciation of search that raises the requirement in the compensatory lengthening of REM sleep.

The increase in the REM sleep proportion is also connected with the growth of the rates of the Expectation of Failure and Failure (E_m and M) Parameters, i.e., with the predominance of a negative forecast regarding current efforts and fixation on past failures. It is worth recalling that in peptic ulcer patients the early renunciation of the efforts in a frustrating situation was connected with the increase of exactly these parameters. It is known that fixation on negative past experience and the negative forecast of the results of current efforts indicate a predisposition towards learned helplessness.

The high levels of these parameters may provoke unproductive anxiety in the testees, whereas a rise in the personal anxiety level (according to *Spielberger*), in keeping with the authors' data, is also connected with the lengthening of the REM sleep. The increase of the REM sleep proportion was also found to be connected with an increase of the aggregate motivation of achievement. It should be considered that the dominant motive of the majority of the testee group under study was avoidance of failure and that the aggregate motivation was determined exactly by this motive. This may have brought about a correlation of the aggregate motivation with REM sleep, especially since the motive of avoidance of failure itself has a close positive connection with the REM sleep proportion, on the one hand, and with a high personal anxiety level, on the other. It should be recalled that in healthy testees the predominance of the motive of avoidance of failure in the motivation structure may be an important factor behind the early renunciation of the efforts given an invariable negative reinforcement.

Finally, it is pertinent to observe that healthy testees, according to the data of *Shakhmarovich* and *Goncharenko* (1979), show a great significant connection between the REM sleep proportion and the degree of fixation on the obstacle. On the other hand, the increase of such TAT parameters as Expectation of Success (E), Praise (L), and Positive Emotional State (G+) entails a drop in the REM sleep proportion. At the same time, it is exactly these indicators which determine the adequate behavioural strategy and further the realisation of search activity.

Thus, the sleep structure studies confirm the validity of the aforementioned psychological indicators which determine renunciation of search and the early development of learned helplessness — fixation on the obstacle, an inclination towards bearing the blame for a frustrating situation, a negative forecast of the results of the efforts, and a conflict of motives or the predominance of the failure avoidance motive in the case of an extremely high or low level of the aggregate motivation of achievement. Various groups of healthy testees and psychosomatic patients may show different combinations of these factors, which determines the difference in the behavioural strategy and, possibly, the difference in the forms of pathology. The most general conclusion, however, is a great inclination towards the development of learned helplessness in psychosomatic patients.

Psychologische Aspekte der Suchaktivität und der erlernten Hilflosigkeit bei psychosomatischen Patienten und gesunden Versuchspersonen

Vadim S. Rotenberg, J.S. Korostoleva (Moskau)

Das Konzept der Suchaktivität als Schlüsselmechanismus der Widerstandskraft gegenüber Stress sowie der Aufgabe der Suchaktivität als allgemeinste Vorbedingung einer Reduzierung körperlicher Widerstandskraft hat, so die

Autoren, eine zuverlässige experimentelle Bestätigung erfahren und befindet sich in Übereinstimmung mit klinischen Beobachtungen und anderen Konzepten der Pathogenese psychosomatischer Störungen (*Engel, Schmale 1968; Ammon 1982*).

Unter Suchaktivität versteht *Rotenberg* eine Aktivität, die darauf gerichtet ist, eine Situation (oder die Einstellung ihr gegenüber) zu verändern — wobei eine genaue Voraussage über die Ergebnisse dieser Aktivität nicht möglich ist, die aber dennoch ständig in die laufende Überlegung einbezogen werden.

Diese Definition, so bemerken die Autoren selbstkritisch, hat keinen operativen Charakter. Forscher erwarten konkrete quantitative Verfahren für die Einschätzung des jeweiligen Ausmaßes der vorliegenden Suchaktivität.

Als methodisch ergiebiger hat sich die Analyse der Aufgabe der Suchaktivität erwiesen. Dieser Zustand ist in einem Experiment reproduzierbar, und darüber hinaus wird er von dem analogen Konzept der erlernten Hilflosigkeit (*Seligman 1975*) beschrieben. Erlernte Hilflosigkeit als ein »Risikofaktor« für psychosomatische Erkrankungen ist nach Meinung der Autoren bisher nur unzureichend erforscht worden.

Zielsetzungen der Untersuchung

1. Die Erforschung der Abhängigkeit der Herausbildung der Reaktion des Aufgebens (Giving-up) von der Struktur der Leistungsmotivation sowie von bestimmten Merkmalen der Reaktion auf Frustration und von der subjektiven Kontrolle über die Situation in verschiedenen Bereichen der Interaktion mit der Umgebung bei gesunden Versuchspersonen (Vpn) und psychosomatischen Patienten.

2. Einschätzung des Einflusses des Verhaltens im Verlauf der Entwicklung erlernter Hilflosigkeit auf die Dynamik der Frustrationsreaktion.

3. Vergleich der psychologischen Faktoren hinter dem Verhalten in einer frustrierenden Situation mit der Struktur des Nachtschlafes unter Streßbedingungen. Frühere Untersuchungen (*Rotenberg, Arshavsky 1979; Rotenberg, Alexeyev 1981*) hatten nämlich ergeben, daß der Anteil des REM-Schlafes zwischen Vpn mit Suchaktivität und Vpn im Zustand der Aufgabe der Suchaktivität unterschiedlich war.

Untersuchungsmethoden

Zunächst erhielt jede Vp eine russische Variante des Rotter-Fragebogens, der die Ebene der subjektiven Kontrolle erfaßt, die Heckhausen-Variante des TAT zur Untersuchung des Leistungsmotivs sowie den Rosenzweig Frustrationstest.

Am nächsten Tag wurde die Vp mit dem Erwartungsniveau-Verfahren von F. Hoppe konfrontiert anhand von logischen Problemen unterschiedlicher Schwierigkeit aus dem Raven-Matrizen-Test. Dabei wurden zwei Streßfaktoren eingeführt:

1. keine der von den Vpn präsentierten Lösungen wurde vom Untersuchungsleiter als richtig eingeschätzt;
2. die Vpn erhielten nie ausreichend Zeit, um ein Problem zu lösen.

Diese Situation schuf eine innere Spannung und führte zur Entwicklung erlernter Hilflosigkeit.

Folgende Verhaltenscharakteristiken wurden untersucht:

1. Der Beginn des »Giving up« — bei dem wievielten Test fing die Vp an, ihre Bemühungen aufzugeben;
2. Widerstand gegen die negative Verstärkung — endgültige Aufgabe;
3. Anzahl der Versuche, die Bemühungen aufzugeben;
4. Gesamtzahl der Tests, die notwendig waren, um erlernte Hilflosigkeit zu entwickeln;
5. Gesamtzahl der Tests vom ersten bis zum letzten Vorkommen der Aufgabe der Suchaktivität.

Nachdem die Vp endgültig ihre Lösungsversuche aufgegeben hatte, wurde mit ihr der Rosenzweig-Test wiederholt.

Folgende Gruppen wurden untersucht:

- a) 77 gesunde Vpn im Alter zwischen 20 und 50 Jahren
- b) 40 Patienten, die an Magengeschwüren litten sowie 12 Patienten mit Zwölffingerdarmgeschwüren
- c) 15 Hypertonie-Patienten
- d) 32 Vpn, die chronischem Berufsstress ausgesetzt waren.

Ergebnisse und Ergebnisanalyse

a) Gesunde Vpn

Diejenigen Vpn, die erst spät ihre Anstrengungen aufgaben, zeigten bei der Wiederholung des Rosenzweig-Tests eine deutlich geringere Bereitschaft, ihren Mißerfolg auf eigenes Verschulden zurückzuführen gegenüber den Vpn mit einer frühen giving-up-Reaktion. Dieses Ergebnis stimmt mit *Seligmans* Daten überein, die zeigen, daß sich erlernte Hilflosigkeit eher entwickelt, wenn die Vpn sich ihren Fehlschlag selber zuschreiben.

Die größte Widerstandskraft gegen die Entwicklung erlernter Hilflosigkeit zeigte eine Gruppe von Vpn, deren vorherrschende Orientierung die Überwindung des Hindernisses war. Sie war gekennzeichnet durch eine hohe Ausprägung der Leistungsmotivation im Sinne der Erfolgsorientierung.

Eine weitere Gruppe mit der vorherrschenden Verhaltensweise der Selbstverteidigung — die die Schuld am Versagen der Umgebung zuschrieb — erwies sich ebenfalls als relativ resistent gegenüber negativer Stimulierung.

b) Patienten mit peptischen Ulcera

Auch diese Vpn wurden in zwei Gruppen unterteilt: eine Gruppe mit früher erster Aufgabe der Bemühungen ($n = 26$) wurde verglichen mit einer Gruppe mit spätem Zeitpunkt des Aufgebens ($n = 14$).

Die erste Gruppe unterschied sich von den Gesunden durch ein ausgeprägtes Bedürfnis nach Erfolg bei gleichzeitig vorherrschender negativer Einschätzung der Resultate eigener Anstrengungen und einer geringen Frustrationstoleranz, was zusammen eine unproduktive emotionale Spannung erzeugt.

Gegenüber der Gruppe der Gesunden unterschied sich auch die zweite Gruppe durch eine deutlich höhere Aufgabe-Bereitschaft sowie durch die Bereitschaft, sich selbst die Schuld für die frustrierende Situation zu geben.

c) Hypertonie-Patienten

Auch diese Gruppe fing im Vergleich mit der gesunden Gruppe viel früher an aufzugeben. Gleichzeitig dauerte aber die Entwicklung zu einer stabilen giving-up-Reaktion fast genauso lange wie in der Gruppe der gesunden Vpn. Bei zunehmender Frustration zeigten sie ein starkes Bedürfnis nach Schuldgeständnis. Die Autoren interpretieren die Ergebnisse so, daß die Hypertoniepatienten ihre Bemühungen fortsetzen, weil sie es sich nicht gestatten können, ein gesellschaftlich unerwünschtes Verhalten — einen Abbruch ihrer Anstrengungen — zu zeigen, und nicht aus einer Erfolgsorientierung heraus. Die innere Unmöglichkeit, hoffnungslos erfolglose Anstrengungen abzurechnen, verstärken die unproduktive innere Spannung, die sich möglicherweise in einer Erhöhung des Blutdrucks niederschlägt.

d) Schlafstruktur und motivationale Komponente des Verhaltens

Es wurden 32 gesunde Vpn im Alter zwischen 21 und 47 Jahren untersucht (26 Männer und 6 Frauen).

Die Zunahme des REM-Schlafanteils korrelierte mit der Annahme des Parameters »Reine Motivation«, der das Vorherrschen der erfolgsorientierten Leistungsmotivation angibt. Dies entspricht den oben erwähnten Ergebnissen, nach denen ein niedriges Niveau reiner Motivation frühe giving-up-Reaktionen zur Folge hat. Dies werten die Autoren auch als einen weiteren Beleg für ihre Theorie, daß eine Aufgabe der Suchaktivität das Bedürfnis nach kompensatorischer REM-Schlafverlängerung schafft. Die Zunahme des Anteils des REM-Schlafs korrelierte außerdem mit dem Vorherrschen der auf Mißerfolgsvermeidung gerichteten Motivation.

Zusammenfassend stellen die Autoren am Ende ihrer Arbeit fest, daß psychosomatische Patienten sehr stark zur Entwicklung erlernter Hilflosigkeit neigen.

Literature

- Ammon, G.* (Ed.) (1982): Handbuch für Dynamische Psychiatrie. Bd. 2. (München: Ernst Reinhardt)
- Engel, G.; Schmale, A.* (1967): Psychoanalytic Theory of Somatic Disorders. In: Journal of American Psychoanalytic Association. (15) 344-365.

- Garber, J., Seligmann, M.* (Eds.) (1980): Human Helplessness. Theory and Application. (Acad. Press)
- Rotenberg, V.S.* (1984) Search Activity in the Context of Psychosomatic Disturbances of Brain Monoamines and REM Sleep Function. In: Pavlovian Journal of Biological Science. (19) 1-15
- Rotenberg, V.S.; Arshavsky, V.V.* (1979 a): REM Sleep, Stress and Search Activity. In: Waking and Sleeping (3) 235-244
- (1979 b): Search Activity and Its Impact on Experimental and Clinical Pathology. In: *Activitas nervosa superior* (Praha), (21) 105-115
- Rotenberg, V.S.; Alexeyev, V. V.* (1981): Essential Hypertension: A Psycho-Somatic Feature or a Psycho-Somatic Disease? A Differential Analysis of Cases in Terms of Search Activity Concept. In: *Dynamic Psychiatry* (14) 129-139
- Seligman, M.E.P.* (1975): Helplessness. In *Depression, Development and Death*. (San Francisco)
- Shakhmarovich, V.M.; Goncharenko, A.M.* (1979): Personal Communication

Address of the authors:

Prof. Dr. med. Vadim S. Rotenberg
1st Medical Institute of the Health
Ministry of the USSR
Usiewitcha Street 11-16
125319 Moscow, USSR

Borderline-Syndrome and Disability**

A. Guilherme Ferreira*

Der Beitrag des Autors analysiert die sozialen Konsequenzen des jeweiligen Krankheitsverständnisses des Borderline-Syndroms: auf der einen Seite das von Kurt Schneider u.a. entwickelte Konzept der Charakterpathologie, demzufolge das Borderline-Syndrom nicht Ausdruck eines psychogenetisch und psychodynamisch zu verstehenden Krankheitsgeschehens ist, sondern Konsequenz einer psychopathischen Persönlichkeit, auf der anderen Seite das auf Freud, die Londoner mittlere Objektschule (Fairbairn, Guntrip, Winnicott), die psychoanalytische Ich-Psychologie (Hartmann u.a.), Kohut, Bergeret und Kernberg fußende psychodynamische Verständnis des Borderline-Syndroms als Integrationsschwäche der Persönlichkeit aufgrund frühkindlich erworbener Ich-Struktur-Defizite, die in spezifischen symbiotischen Objektbeziehungen und in einem pathologischen Narzißmus ihren Ausdruck finden.

Die vorherrschenden Diagnosesysteme der Psychiatrie, ICD-9 und DSM-III, orientieren sich immer noch am Psychopathiebegriff, wobei der ICD-Schlüssel das Borderline-Konzept gänzlich negiert und nur die entsprechende Symptomatik unter den Persönlichkeitsstörungen subsumiert, während der DSM-III zwar die diagnostische Kategorie »Borderline-Syndrom« aufweist, die jedoch als psychopathologische Persönlichkeitsstörung aufgefaßt wird im Sinne von Kurt Schneiders Psychopathiebegriff.

Das im folgenden vom Autor entwickelte Krankheitsverständnis des Borderline-Syndroms als intra-systemischer Konflikt zwischen verschiedenen Systemen des Selbst aufgrund einer strukturell bedingten Integrationsschwäche mit spezifischen primären Abwehrmechanismen macht nach Auffassung des Autors eine langwierige und schwierige Restrukturierung der Persönlichkeit in ambulanter Psychotherapie erforderlich, die in Phasen von eventuellen psychotischen Zusammenbrüchen durch Phasen stationärer Psychotherapie unterbrochen wird.

Ferreira untersucht im empirisch-statistischen Teil der Arbeit die Folgen der Borderline-Erkrankung für das Sozialverhalten der Erkrankten anhand der Meßgröße »Fehltag am Arbeitsplatz« bei Patienten in Lissabon im Jahr 1987, indem er diagnostische Untergruppen — an Grinker und Kernberg orientiert — bildet, nämlich Borderline-Kranke mit Psychosenähe, das sog. zentrale Borderline-Syndrom, die Patienten mit der sog. »Als-Ob-Persönlichkeit« und die neuroseverwandten Borderline-Kranken: Es ergab sich eine deutliche Korrelation zwischen der Intensität der Ich-Integrationsschwäche auf einer gleitenden Skala von der Neurosenähe bis hin zur Psychosenähe und der Fehlquote am Arbeitsplatz und über alle Untergruppen hinweg eine doppelt so hohe Fehlquote wie bei dem Bevölkerungsdurchschnitt.

Diese ausgeprägte eingeschränkte Arbeitsfähigkeit ebenso wie die erforderliche lange Dauer der Psychotherapie machen nach Auffassung Ferreriras eine Neuregelung des gesetzlichen Versicherungsschutzes für Borderline-Patienten in Portugal erforderlich: dazu ist es notwendig, daß sich die Gesundheitspolitiker von dem statischen und therapiepessimistischen Psychopathie-Konzept der Borderline-Erkrankung zugunsten eines psychodynamischen Krankheitsverständnisses lösen.

I — The evolution of the conception of border-line syndrome

Since 1883, *Kraepelin*, the founder of modern nosography, spoke about the slighter forms of dementia praecox. Mentioned also by other authors, as *Kahlbaum*, *Jung* and *Bleuler*, they were described by all of them as personality disorders or as pseudo-neurosis.

* Dr. med., Direktor des Miguel-Bombarda-Hospitals Lissabon, Präsident der World Association for Social Psychiatry

** Vortrag gehalten auf dem 7. Weltkongreß der WADP und XX. Internationalen Symposium der DAP, 17.—21. März 1989, Hochschule der Künste Berlin, zum Thema »Das Borderline-Syndrom in Theorie und Praxis.«

On the other hand, *Kurt Schneider*, *Kretschmer*, *Dupré* and others pointed out the importance of character pathology. They described several disorders in its organization that the first of these authors called psychopathic personalities.

But we had to wait for the development of psycho-analysis and dynamic psychiatry to find an acceptable explanation of the development of these disorders. *Freud* himself in 1938 pointed out the importance of Ego integration and the need for each individual to overcome the splitting mechanisms. But it was only *Melanie Klein* that linked these ones to aggression. In the sequence of her works, *M. Bouvet* and the English School (*Balint*, *Fairbairn*, *Guntrip* and *Winnicott*) developed the object relations theory. They pointed out its importance and, consequently, of the pre-genital phases in the genesis and evolution of personality. *Winnicott* developed also the concept of the false self to explain the functioning of those individuals' personality.

On the other hand, *Hartmann* and his disciples studied the relationships between the Id and the Ego and *Erikson* showed how the genetic and the dynamic point of view were in interaction and the importance of the latter in the organization of personality. *Heinz Kohut*, by his turn, developed the conceptions of pathological narcissism and grandiose self and linked these entities of the organization of the border-line syndrome.

But it was *Jean Bergeret* and *Otto Kernberg* that explained more clearly with their works how a border-line syndrome was developed. For the first of these authors, it is characterized by the absence of a well-structured genital phase with an Oedipus Complex, as a consequence of some pre-genital traumatism. For the second one it is determined by a special kind of object relations, that are developed in these situations, and by a pathological narcissism.

In any case, these conceptions are not opposed to one another. On the contrary, they seem to be complementary and they are both based on the conception of a pre-genital personality organization.

Though the conception of this syndrome seems to be unavoidable to explain the situation that is characterized by a level of personality organization that we can place between neurosis and psychosis, ICD-9 does not consider the existence of this nosologic entity and, instead of it, it includes the item — »personality disorders«. By its side, the American classification DSM-III includes in its categories the border-line syndrome, though it is also classified here as a personality disorder and not as a level of personality organization.

II — *Psychodynamics of the border-line syndrome*

From what we have said above, we can conclude that the border-line syndrome is a consequence of pre-genital traumatism that determine the development of a special kind of object relations and a pathological narcissism. Naturally, there will not be a well-structured genital phase and an Oedipus Complex, as a result of this evolution. An anaclitic depression (*Bergeret*),

without accentuated guilt feelings of emptiness is on the basis of this situation.

Speaking in terms of the object relations theory, the objects are only important to support the subject and for nothing else. Consequently, we would point out that this depression is completely different from those that appear in the masochistic and depressive personality structures.

According to *Kernberg's* point of view, that seems nearer to the clinical experience, these patients present a constellation of primary defense mechanisms rather centered in the dissociation of contradictory starts of the Ego than in repression. On the other hand, these patients' transferences are essentially different from the more common transferential developments, typical of individuals with a better psychic function. Their primary drives are not unconscious but mutually dissociated in consciousness. In what concerns the object relations theory, the unconscious intrapsychic conflicts in the border-line syndrome are never elementary conflicts between the drives and the defense. They are conceptualized in this situation as conflicts between self and object representations, under the impact of a certain drive derivative (clinically, a certain modification of affects) and other units of self and objects representations, contradictory or opposed to the first ones, under the action of another kind of affect. The secondary drive finds a way of expression through an object relation (a unit of self and object representations) and, on the other hand, the defense will express itself through another internalized object relation. The conflict is therefore between these two new intrapsychic structures.

Thus, in symptomatic neuroses and less serious character neuroses, psychopathology is determined by inter-systemic conflicts (between Ego, super-Ego and Id systems). On the contrary, in the border-line personality organizations, the integration of the principal intra-psychic structures is not achieved. The conflicts are, essentially, intra-systemic, inside an indifferentiated Ego-matrix.

These points of view will be reflected in the technical procedures and, according to them, the transferences should be transformed in more developed ones, during the therapeutic process.

In what regards the defense mechanisms themselves, we should remark that they are closer to the psychotic than to the neurotic ones. Among others, we will point out the following mechanisms:

a) Splitting — This mechanism leads to the division between »good« and »bad« objects. This division conducts to the separation between two basic systems of attitudes, one directed towards reality and that is not related to narcissism and another, more autonomous and independent from reality, and touched by narcissistic factors.

b) Idealization of some »external« objects, described as »perfect« and »distant« from the subject.

c) Projection and projective identification — This mechanism, linked to splitting, leads the subject to put in his objects every thing that he does not like in himself, in order to damage, possess, and control them.

d) Denial — This mechanism, linked also to splitting, let the individual put out

of himself the consciousness of thoughts, feelings and perceptions, that are in contradiction with him and with his intra-psychoic systems of values.

e) *Omnipotence and devaluation* — Both these mechanisms are linked to idealization and projective identification and they protect the individual from the attacks of »bad« objects.

f) Finally, the French authors, linked to *Lacan's* school, speak about another defense mechanism, the »forclusion«, according to which the individual's significant is maintained not of the symbolic world.

III — Symptomatology

The symptomatology of the border-line syndrome is very heterogenous and varied. We find in it, predominantly, symptoms of two series, the neurotic and the psychopathic. Contrarily to what we would expect from the psychodynamic description given above, we do not find here symptoms of the psychotic series. Nevertheless when these individuals have breakdowns, they can be developed as psychosis, neurosis and psychosomatic diseases.

The symptomatology that we find in this syndromes, outside these periods, is characterized by the following symptoms:

a) *Anxiety* — diffuse and fluctuant, of variable intensity. In any case the frontiers between the external and internal world, the self and the object, are always present, contrarily to what happens in psychosis.

b) *Depression* of anaclytic characteristics, without guilt feelings, but with ideas of emptiness. This depression constitutes the nucleus of the structure of these personalities.

c) *Neurotic symptoms* — These symptoms that have sometimes atypic and strange characteristics, are changeable and they cover all the spectrum of neurotic diseases (hysteria, phobia, obsession, hypochondria).

d) *Psychopathic symptoms* characterized by dependence relationships, with anaclytic characteristics, that are linked to depression and deviant sexual behaviour, of homo- or heterosexual nature and with sadistic and/or masochistic components.

e) *The character pathology and acting out* — the conflicts in these individuals are discharged by acted-out behaviours, with compulsive characteristics. The relationship between subject and objects are usually very idealised in the beginning to become stormy afterwards, conducting very often to separation.

IV — The border-line syndrome and its different types

The border-line syndrome is a very heterogeneous entity, in which we can include several other groups. *Grinker* and *Kernberg*, among others, have classified in this syndrome the following four types of personality:

a) *Border-line syndrome linked to psychosis* — In these cases, the patient's be-

haviour is inappropriate, inadapted and aggressive. He has a difficult perception of himself and of reality and a shift towards primary process thinking.

b) Central border-line syndrome — This syndrome is characterized by an aggressive and defensive behaviour. Acting-out protects them from depression. They have an affective instability and their personal identity is characterized by inconsistency.

c) The as-if personality — These individuals have an inadapted behaviour, but they are always trying to find their own identity through the models that they are seeking for. Their affectivity is poor and without spontaneity. Avoiding and intellectualization are the two more frequent defense mechanisms in these personalities.

d) Border-line syndrome linked to neurosis — This syndrome is very similar to character neurosis. It has, as its fundamental nucleus, an anaclytic depression. Symbiotic elements representative of their relationship with others are also present in this nucleus.

V — Disability and absenteeism

From what we have said above we can conclude that the border-line syndrome is an heteroclitic entity composed by four quite distinct syndromes.

In this case, all these syndromes are characterized by similar personality structures in which we would like to point out the presence of an anaclytic depression, psychotic mechanisms of defense and a polymorph symptomatology, that is nevertheless closer to that of neurosis, if we except, nevertheless, a certain and exaggerated tendency to act out.

But, if we begin a psychoanalytic therapy with these patients, we will remark that regression will lead to the development of a transference psychosis and, consequently, of psychotic defense mechanisms. In consequence, it seems that we are closer to a psychotic psychodynamics than to a neurotic one.

To find the social repercussions of this syndrome (with its four levels of organization) we have studied the absenteeism that was determined by it. We have compared the absenteeism to work in four groups, of ten patients each, with the different organization levels of which we have spoken above. We found in one year (1987) a total absenteeism of 2447 days in the first group, 467 days in the second, 492 days in the third and 244 days in the fourth and last one, with means of, respectively, 244.7; 46.7; 49.2 and 24.4 days per person per year. The average absenteeism of the total population with the same kind of work in the same year in the town of Lisbon was 12.7 days per person per year.

We will remark also that in the first group absenteeism is very high and that we have in it three persons that have been absent all the year round. The second and third groups have important levels of absenteeism, though very inferior to the first one and very similar between them. Finally, the last group has

a level of absenteeism quite superior to the average population but that is only one half of the two middle groups (second and third ones).

The rates of absenteeism are thus quite different, being very high in the first one (five times more than in the two following ones), important in the second and third and higher than the average in the last. The percentage of absenteeism given by each patient, in mean, in the 365 days of the year is 67% for the first group, 12.8% for the second, 13.5% for the third, 6.7% for the fourth and 3.5% for the average population.

In conclusion, the first group, that is composed by individuals, whose level of organization is closer to psychosis, has a mean of absenteeism in the year of seven months (in twelve) and three of these patients have been absent all the year round. The second and the third groups, composed by individuals, respectively, with »central border-line syndromes« and »as-if-personalities« have an absenteeism that is superior to a month and a half (in one year). Finally, the group composed by individuals whose personality structures are closer to neurosis has one absenteeism of almost a month. The average population has absenteeism of almost two weeks, in mean.

In consequence, we can say that in all these groups the absenteeism is high. But, in the first one it is extremely high and very close to disability.

Effectively, in this group, three patients (in a total number of ten), a percentage of 30%, had an absenteeism of twelve months continuously. These individuals can be considered disabled, according to the definition internationally used.

In the other groups, though we cannot speak of disability, we are before situations that conduct to a high level of absenteeism, because of depression, anxiety, phobia symptoms, tendency to act out and some psychopathic reactions.

VI — Border-line syndrome and insurance health protection

From what we have said above, we can conclude that the border-line syndrome is responsible for a high rate of absenteeism. In one of our groups (that one that is closer to psychosis) we found even a certain tendency to disability.

In consequence, these patients should have an insurance health protection, in order to be reimbursed by the costs of their medical care and lost income.

This is a very important problem in our country, where these individuals are considered as »healthy persons with personality problems«. This point of view is still influenced by the old concept of psychopathic personalities.

Nevertheless, as we have seen, the personality organization of these individuals is very close to that of psychotics and the psychotherapeutic evaluation of both these groups is also very similar. Their symptoms, in some situations (breakdowns) are also identical, though this is not the case in the majority of them.

Nevertheless, the study of absenteeism in different groups of the border-line syndrome that we have done, shows this symptomatology can change, according to their personality structure.

On the other hand, their therapy of election is psychotherapy, though in some cases (breakdown), they have to be, totally or partially, hospitalized, during more or less long periods of time, according to circumstances.

These treatments are among those that are usually slightly comparticipated, because of their length and continuity.

The insurance health protection can be given in Portugal by insurance companies or by a central agency of the government (that will be created soon).

The first ones will not surely resolve the problem of the border-line patients, because of the presence of absenteeism, the need of usually short, but frequent, hospitalizations, the necessity of a long-term psychotherapy. We are before a very expensive and not profitable kind of insurance and this situation is not encouraging for insurance companies. The situation for these individuals seems to be on the central agency of the government referred above.

To conclude: In our opinion, all the legislation about border-line syndromes should be revised. We are before a personality organization that is very close to psychosis and very difficult to be restructured, even after a long-term psychotherapy.

On the other hand, the lack of protection of these individuals puts the groups that are in contact with them (family, employers) in the difficult position of choosing between becoming their protectors or pushing them to a very difficult social position.

Only health protection can resolve this problem and it should be given by an entity that represents the only instance that could be responsible for it: community itself. A central agency of the government will be the only solution possible for this situation, in my opinion.

	Total Number of absenteeism (in days)	Absenteeism per patient (in days-means)	Percentage of absenteeism days (in a year)	Absenteeism per patient expressed in weeks or months
Border-line syndrome close to psychosis	2447	244.7	67	7 months
Central border-line syndrome	467	46.7	12.8	1 1/2 months
As-if personality	492	49.2	13.5	1 1/2 months
Border-line syndrome close to neurosis	244	24.4	6.7	1 month
Average population	—	12.7	3.5	2 weeks

Fig. 1 Absenteeism of four groups of borderline-patients to work in Lisbon (Portugal) in 1987 in comparison with the average population

Borderline-Syndrom und Arbeitsunfähigkeit

A. Guilherme Ferreira (Lissabon)

Der Autor gibt im ersten Teil seiner Arbeit einen Kurzaufsatz der Entwicklungsgeschichte des Borderline-Konzepts: *Kraepelin* sprach von den leichteren Formen der Dementia praecox und beschrieb sie — wie auch *Kahlbaum*, *Jung* und *Eugen Bleuler* — als Persönlichkeitsstörungen oder Pseudo-Neurosen. *Kurt Schneider*, *Kretschmer* u.a. hoben dagegen die Bedeutung der Charakterpathologie bei diesem Krankheitsbild hervor; *Schneider* bezeichnete die Borderline-Kranken als psychopathische Persönlichkeiten.

Erst die Entwicklung der Psychoanalyse und der Dynamischen Psychiatrie machte es möglich, befriedigende Erklärungsansätze für dieses Krankheitsbild zu entwickeln: *Freud* (1938) betonte die Bedeutung der Ich-Integration und die Wichtigkeit, die Splitting-Mechanismen zu überwinden, *Melanie Klein* und in ihrer Nachfolge die sog. Mittlere Objektschule (*Fairbairn*, *Guntrip*, *Winnicott*) hoben den Einfluß der prägenitalen Phase der frühkindlichen Entwicklung auf die Persönlichkeitsentwicklung hervor, *Winnicott* entwickelte außerdem das Konzept des falschen Selbst, um die Persönlichkeitsstörung erfassen zu können. *Heinz Kohut* führte das Konzept des pathologischen Narzißmus und des grandiosen Selbst zur Erklärung des Borderline-Syndroms ein.

Jean Bergeret und *Otto Kernberg* erarbeiteten ein detailliertes Modell zur Entstehung des Borderline-Syndroms: *Bergeret* sieht das Hauptmerkmal im Fehlen einer gut strukturierten ödipalen Phase in der kindlichen Entwicklung und als dessen Folge prägenitale Traumata. Für *Kernberg* besteht das Charakteristikum des Borderline-Syndroms in einer spezifischen Art von Objektbeziehungen und in einem pathologischen Narzißmus.

Obwohl es nach Auffassung von *Ferreira* nicht möglich ist, ohne das Konzept des Borderline-Syndroms jene spezifischen Persönlichkeitsstörungen zu erklären, die zwischen der Neurose und der Psychose angesiedelt sind, berücksichtigt der internationale Diagnostik-Schlüssel ICD-9 die Existenz dieser nosologischen Einheit nicht, sondern weist nur das Item »Persönlichkeitsstörungen« auf. Das amerikanische diagnostische Klassifikationssystem DSM-III enthält zwar in seinen Kategorien das Borderline-Syndrom, es wird jedoch als Persönlichkeitsstörung und nicht als Störung auf der Ebene der Persönlichkeitsstruktur klassifiziert.

Ferreira sieht das Borderline-Syndrom als Folge prägenitaler Traumata, die zu einer spezifischen Fehlentwicklung der Objektbeziehungen und zu einem pathologischen Narzißmus führen. Zugrunde liegt dem Borderline-Syndrom eine anaktische Depression (*Bergeret*) mit einem Gefühl der Leere. Die Patienten weisen primäre Abwehrmechanismen auf, die die Dissoziation der widersprüchlichen Elemente des Ichs zum Ziel haben anstelle einer Verdrängung wie in der Neurose. Die typischen Abwehrmechanismen des Borderline-Kranken sind Splitting, Idealisierung, Projektion und projektive Identifikation, Verleugnung, Omnipotenzphantasien und Abwertung sowie der Vorabausschluß (»forclusion«) — ein Begriff von *Lacan*.

Im Borderline-Syndrom, das als Konflikt zwischen dem Selbst und den Objektrepräsentanzen angesehen wird, ist die Integration der grundlegenden intra-psychischen Strukturen nicht gelungen, die Konflikte sind wesentlich intra-systemisch, innerhalb einer undifferenzierten Ich-Matrix.

Für die therapeutische Methodik bedeutet dies, die spezifische archaische Übertragung dieser Patienten allmählich in entwickeltere Formen der Übertragung im Laufe des therapeutischen Prozesses umzuwandeln.

Insgesamt ist die Borderline-Symptomatik von folgenden Symptomen gekennzeichnet: eine diffuse und fluktuierende Angst, eine anaklitische Depression mit einem Gefühl der Leere, die den Kern des Borderline-Syndroms bildet, neurotische Symptome (Hysterie, Phobie, Zwang, Hypochondrie), psychopathische Symptome, v.a. Abhängigkeitsverhalten und abweichendes Sexualverhalten, sowie Charakterpathologie und Ausagieren.

Ferreira unterscheidet nach *Grinker* und *Kernberg* folgende Untergruppen des Borderline-Syndroms:

1. *Borderline-Syndrom in Verbindung mit der Psychose*: unangepasstes aggressives Verhalten, verzerrte Realitätswahrnehmung und Tendenz zu primärprozeßhaftem Denken;
2. *das zentrale Borderline-Syndrom*: defensiv-aggressives Verhalten, Ausagieren und affektive Instabilität, inkonsistente persönliche Identität;
3. *die Als-Ob-Persönlichkeit*: stets auf der Suche nach Modellen für ihre Identität, geringe Affektivität, ohne Spontaneität, Vermeidung und Intellektualisieren als Abwehrmechanismen;
4. *das Borderline-Syndrom in Verbindung mit der Neurose*: große Ähnlichkeit mit der Charakterneurose; den Kern bildet eine anaklitische Depression, symbiotische Partnerbeziehungen.

Den zweiten Teil der Arbeit von *Ferreira* bildet eine empirische statistische Untersuchung des Sozialverhaltens von Borderline-Kranken anhand der Meßgröße »Fehlquote in Tagen pro Jahr am Arbeitsplatz« in Lissabon im Jahr 1987: insgesamt ergab sich eine doppelt so hohe Fehlquote wie beim Bevölkerungsdurchschnitt; die höchste Fehlquote wies die diagnostische Untergruppe 1 (Psychoseverwandtschaft) auf mit 67%, es folgte die Gruppe 3 (Als-Ob-Persönlichkeit) mit 13,5%, gefolgt von der Gruppe 2 (zentrales Borderline-Syndrom) mit 12,8% und schließlich die Gruppe 4 (Neurosennähe) mit 6,7%.

Ferreira, der damit eine erheblich gestörte Arbeitsfähigkeit bei Borderline-Kranken gegeben sieht, leitet aus seinen Ergebnissen die Schlußfolgerung ab, daß gerade die Borderline-Patienten einen ausreichenden, durch staatliche Sozialgesetzgebung garantierten Versicherungsschutz benötigen.

Die Therapie der Wahl für das Borderline-Syndrom ist ambulante Psychotherapie, wobei ein Teil der Patienten zwischenzeitlich stationäre Psychotherapie benötigen.

Literature

- Alliaire, J.F.* (1985): Les états limites — Enc. Med., Chir. Paris. Psychiatrie 37395, H. 102
- Bergeret, J.* (1970): Les états limites — Enc. Med. Chir. Paris. Psychiatrie 37395, H. 109
- Bergeret, J.* (1970): Les états limites — Revue Française de Psychoanalyse 34 n° 4
- Bergeret J.* (1974): La personnalité normale et pathologique (Paris: Dunod)
- Bergeret J.* (1974): La dépression et les états limites (Paris: Payot)
- Foolman, Y.F.* (1970): Insurance coverage for mental diseases (New York: AM Manag. Ass.)
- Freud, S.* (1951): The standard edition of the complete psychological works of S.F. (London: 1951-1974 - 24 vols: Hogarth Press)
- Frosch, J.* (1981): The psychotic character: clinical psychiatric considerations. In: Psych. Q., 38,81
- Frosch, J.* (1970): Psychoanalytic considerations of the psychotic character. In: Journ. Amer. Psychoanal. Association 18,24
- Grinker, R.R., Werble, B. and Drye, R.C.* (1968): The border-line Syndrome (New York: Basic Books)
- Hartocollis, P.* (Ed.) (1977): Border-line Personality Disorders (New York: Int. Univ. Press)
- Hartmann, H., Kris, E and Loewenstein, R.M.* (1946): Comments on the formation of psychic structure. In: Psychol. St. of the child 2:11
- Kaplan, H.* (1964): Principles of preventive psychiatry (New York)
- Kernberg, O.* (1975): Borderline conditions and pathological narcissism (New York: Jason Aronson)
- Kernberg, O.* (1976): Object relations theory and clinical Psycho-analysis (New York: Jason Aronson)
- Kernberg, O.* (1980): Internal world and external reality: object relation theory applied. (New York: Jason Aronson)
- Kernberg, O.* (1980): Neurosis, Psychosis and the Border-line states. In: *H. Kaplan, A.M. Freedman, B.J. Saddock* (Eds.) Comprehensive Textbook of Psychiatry. vol.I, 3.ed. (Baltimore: Williams and Wilkins)
- Kernberg, O.* (1984): Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies. (New York: Jason Aronson)
- Klein, M.* (1988): Envy and gratitude and other works — 1946-1963. (London: Hogarth Press and the Institute of Psycho-analysis)
- Kohut, H.* (1971): The analysis of the self. (New York: I.U.P.)
- (1979): The search of the self: selected writings. Edited by *P.H. Omstein* (New York) 4 vols.
- Langsley, D.G.* (1980): Community psychiatry. In: *H. Kaplan, A.M. Freedman and B.Y. Saddock* (Eds.): vol.III. Comprehensive textbook of psychiatry. 3. edition. (Baltimore: Williams and Wilkins)
- Lieberman, J.* (Ed) (1976): Mental health: The public health challenge. (Washington D.C.: Am. Pub. Health. Ass.)
- Mack, J.* (1975): Border-line states in Psychiatry. (New York: Grune & Stratton)
- Masterson, J.* (1978): New perspective on psychotherapy of the border-line adult. (New York: Brunner/Mazel)
- Myers, E.S.* (1980): Health insurance and psychiatric care. In: *H. Kaplan, A.M. Freedman and B.J. Saddock* et al. (Eds.): vol.III, 3. ed. comprehensive textbook of psychiatry. (Baltimore: Williams and Wilkins)
- Reed, L.S.* (1975): Coverage and utilization of care for mental conditions under health insurance — various studies 1973-74. (Washington D.C.: Am. Psych. Ass.)
- Spiru, H.R.* (1980): Prevention in psychiatry: primary, secondary and tertiary. In: *H. Kaplan, A.M. Freedman, B.J. Saddock* (Eds.) Comprehensive textbook of psychiatry. vol. III,3. edition. (Baltimore: Williams and Wilkins)
- Stein, L.I. and Test, M.A.* (Ed) (1978): Alternative to Mental Hospital Treatment. (New York: Plenum Publishing Coop)

Address of the author:

Dr. A. Guilherme Ferreira
 Director Miguel Bombarda Hospital
 Rua Dr. Almeida Amaral
 1199 Lisboa Codex, Portugal

The Dynamics of Medical Education**

Christine H. McGuire (Chicago)*

Ausgangspunkt dieser Arbeit ist eine jüngst veröffentlichte Untersuchung, wonach auch heute noch Psychiater aus verschiedenen westlichen Ländern bei ein- und denselben Patienten häufig recht unterschiedliche Diagnosen stellen. Hauptursache dafür sind nach Meinung der Autorin die unterschiedlichen Systeme der medizinischen Ausbildung, die sie für reformbedürftig hält. In ihrer Analyse der gegenwärtigen Reformbestrebungen innerhalb der medizinischen Ausbildung, die sich weltweit vollziehen, beschreibt McGuire vier Ebenen der Veränderung: 1. Die medizinische Versorgung und Gesundheitspolitik, die immer mehr mit globalen Problemen der Überbevölkerung und Umweltverseuchung konfrontiert wird; 2. Die Entwicklung von fächerübergreifenden, integrierten Lehrplänen mit mehr Praxisbezug in allen Ausbildungsstufen; 3. Ein Wandel der Unterrichtsformen hin zu Kleingruppen, die eigenständig kleine Untersuchungen durchführen; 4. Neue Formen der Überprüfung des Lernerfolgs, die sich mehr an realistischen klinischen Situationen orientieren. Für die Ausbildung zum Psychiater hätte dies zur Konsequenz, daß der empathisch wahrnehmende Student nicht mehr eine symptomorientierte Nosologie anzuwenden lernt, sondern eine umfassende, integrative Sichtweise des psychisch kranken Menschen gewinnt, die seine vielfältigen, dynamischen Bezüge zum Familiensystem und den umgebenden Gruppen, sowie ontogenetische, kulturelle und ökonomische Faktoren mit einschließt.

Most of us believe that medicine is (or should be) a science. We therefore expect that patients presenting with the same or closely similar symptoms will be assigned the same diagnostic label and, under optimal circumstances, be provided the same therapeutic regime.

Not so! It's not *how* sick you are but *where* you are when you get sick that determines what diagnosis you are given and what kind of treatment you will receive. This disconcerting conclusion was reached in a recent review of a challenging little book by *Lynn Payer* (1988) entitled *medicine and culture* which compares diagnoses and treatment in England, West Germany, France and the United States, where its publication created a sensation in the lay press.

According to *Payer* »the same clinical signs may receive quite different diagnoses (in different countries). The American schizophrenic of a few years ago might well have found his disease called manic-depressive or even neurosis had he sought a second opinion in Britain; in France he likely would have been diagnosed as having a delusional psychoses.« (*Payer* 1988, p. 25). *Payer* cites studies showing that »when psychiatrists from six countries tried to agree on who was dangerous, the overall level of agreement was less than 50 percent for three quarters of the cases considered, and the psychiatrists did not agree any more among themselves that did non-psychiatrists.« (*Payer* 1988, p. 26).

Even simple observations differ from place to place. For example, »when French, English and German psychiatrists where shown the same patient,

* Prof. Emerita, Center for Educational Development, College of Medicine East, University of Illinois, Chicago

** Vortrag gehalten auf dem 7. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP/XX. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 17.-21. März 1989 in der Hochschule der Künste Berlin, zum Thema »Das Borderline-Syndrom in Theorie und Praxis«

French doctors saw an average of 10 symptoms per patient, compared to 8.4 for the English and 7.5 for the Germans« (*Payer* 1988, p. 45). According to Professor *Pichot*, a leading French psychiatrist, it is widely known that English and French speaking psychiatrists use the terms »paranoid, paranoiac and delusional« quite differently and with vastly divergent frequencies. »English psychiatrists diagnosed manic-depressive illness in 23 percent of a group of patients, while the French did so in only 5 percent (and) the West Germans in 14 percent.« (*Payer* 1988, p. 113). Treatment is equally variable among the four countries, with widely different indications for drug treatments, for example, and drug dosages that may vary by as much as 10 to 20 fold.

Why, if medicine is a science, are diagnosis and therapy so variable in four countries whose peoples are so similar genetically, and whose overall morbidity and mortality rates do not differ significantly? Three explanations may be offered: the economic, the cultural and the educational.

The Economic Explanation

Many people argue that differences in the quality of care various populaces actually receive are due to differences in the organization of health services, the basis of remuneration of physicians, the availability of trained health personnel, and the amount of resources a society is willing to invest in health care. At the extremes — i.e., as between the developing and the developed world — economic factors certainly play a critical role, but they are of substantially lesser importance in explaining diagnostic and treatment discrepancies between Western European countries, Great Britain and the United States.

The Cultural Explanation

Payer also rejects a primarily economic explanation; instead, she argues that medicine, like other »arts« is a product of the ambient culture. In support of this thesis she appeals to what she describes, respectively, as the American »can do« mentality of the frontier, the uniquely German amalgam of the 20th century technology and the 19th century romanticism, the French attachment to Cartesian thought and the »stiff upper lip stoicism« of the British, to account for different styles in medical practice ranging from what she identifies as the aggressiveness of American medicine to the minimalist approaches of British physicians. Although I have serious reservations about categorizing nations of hundreds of millions of people by any simple designation, *Payer's* considerations of cultural zeitgeists remain trenchant.

The Educational Explanation.

However, in my view, neither economic nor cultural explanations alone suffice; rather, I believe that our system of medical education must bear a major

responsibility for what appears to be an often unscientific and uncritical approach to medical decision-making.

An Agenda for Educational Reform

To remedy what many people see as deficiencies in the present system of medical education, reform is being introduced in both new and well-established medical faculties on every continent of the globe. These reforms are taking place in the following four arenas: the *content* of the medical education program, the *organization* of the curriculum, the *design of instruction*, and the *methodology for evaluating* professional competence and certifying readiness to practice.

Content Revisions

With respect to the content of the medical program the following trends are especially worthy of note: First, there is increasing emphasis in all countries on education for primary care, as urged by the Alma Alta Declaration asserting »Health For All By The Year 2000« as the overriding goal of WHO policy. Second, there is expanded consideration of newer health needs which are emerging world wide, including the problems associated (a) with our aging population, (b) with the AIDS epidemic, (c) with substance abuse, (d) with massive migration and large-scale refugee problems, (e) with environmental pollution and the resulting toxicoses and their potential for damaging our genetic pool, (f) with the stresses created by our pyramiding technology, and (g) with the mounting anxiety about nuclear proliferation and its concomitants. Third, at the same time that there has been an increased attention to these global problems in most of our medical faculties, many younger institutions, particularly in the developing world, are moving away from the traditional emphases of Western medical education designed to meet a homogeneous »international standard,« and are, instead, creating community-based programs more sharply focused on understanding and resolving local health needs. Finally, reform of the content of educational programs has everywhere included increased attention to the ethical dilemmas posed by the inexorable march of science that has made ever more sophisticated technologies available in a world of shrinking resources.

Organizational Reform

Along with alterations in the content of the educational program there has been mounting concern about the organization of the curriculum. More and more, in their curricular planning, faculties are moving away from the disciplinary organization that has served research and governance so well, to an integrated curriculum organized around body systems or health problems — a

way of organizing knowledge that seems to be more consonant with what we know about how people learn. This reorganization of the curriculum has also, in many places, been accompanied by earlier and more extensive clinical experience for students at every educational level, and by greater reliance on community clinics and community hospitals as the setting for learning — a change which has received considerable stimulus from the support which the Division of Health Manpower of WHO has given to the Network of Community-Oriented Medical Schools.

Modification in Instructional Methodology

The revision of program content and the reorganization of the curriculum have in some places been accompanied by what can only be described as a revolution in instructional methodology. In an increasing number of institutions students are no longer sitting passively listening to lectures; instead, they are meeting in small discussion groups where they have the responsibility for learning from each other; they are carrying out studies of community health problems and writing papers about them in their first years; they are, from the very beginning of the medical school, taking more direct responsibility for patient work-up and management. In short, they are learning by doing.

Are these reforms bringing about a more critical and scientific approach to medical diagnosis and therapy? We do not yet know the answer to that question. What we do know is that students in community-oriented, problem-based, student-centered programs are typically more enthusiastic, *appear* to be more highly motivated and self-directed, and *feel* better prepared to practice medicine. Whether or not they *actually are* better prepared has yet to be determined.

Innovation in Professional Assessment

However, the methods for making that determination are rapidly evolving in the fourth and final arena of reform that I shall speak about: namely, the development of more valid and reliable methods of assessing student and practitioner competence—methods that can be used not only to evaluate our programs by assessing the competence of our graduates, but that can also be used in licensure and certification to assure that the public is protected from incompetent practitioners.

It is widely acknowledged that the traditional methods of examining and marking medical students and candidates for speciality certification are seriously flawed; they are being abandoned almost everywhere as quickly as newer methods can be put in place. Employing techniques analogous to those used in training pilots and astronauts, medical students and practitioners seeking licensure or certification are placed in a series of carefully selected, artificial test situations which have been meticulously designed to imitate real clini-

cal situations. Examinees are required to imitate real clinical situations. Examinees are required to respond to these artificial situations by demonstrating that they can interpret realistically presented clinical data of many different types, that they can work-up and manage patients with a variety of emergency, acute and chronic problems, that they can communicate effectively with the programmed patients, that they can explain to them what is wrong and can gain their cooperation in a plan of management — in short that can competently discharge the many responsibilities they will have as physicians.

Whether these reforms in educational content, organization, instructional techniques and assessment methodology will be sufficient to bring about adequate understanding of patient problems and general consensus about their diagnosis and management is yet to be demonstrated. What is already clear is that without such educational reform there can be little hope for genuine progress toward a dynamic understanding of human behavior and its vicissitudes.

Implications for Psychiatric Education

Thus far we have considered the training of psychiatrists as physicians. Let us in a final few moments turn to the training of physicians as psychiatrists. Here, in many mutually enlightening conferences with my husband, who was for twenty years co-chairman of psychiatry and neurology at Northwestern University, many important issues have emerged.

Clearly, psychiatry is currently in a dialectic and pedagogic turmoil, and is only irregularly approaching an Hegelian synthesis. On the one hand, there is a great preoccupation with the psychosomatic and even the inevitably genetic determinants of human behavior, ostensibly leading to wishful precision in the detection, prognosis and treatment of supposedly discrete »mental diseases,« now further divisible by age, environment, and occupation into numerous subspecialties.

On the other hand, psychiatric residents, as well as medical students, are regularly assigned to emergency rooms, where they can observe the acute impact of emotional as well as somatic trauma on human behavior, and to community clinics where they must deal with families so troubled by ethnic, economic, esthetic and other profound existential stresses that the perceptive and empathetic student can no longer apply a simplistic nosology of neurosis, drug addiction, depression, dereism, paranoia, or the variable combination of such reactions, currently labelled »borderline,« to any one targeted member. Instead, they must conceive of the family as a dynamically interacting whole.

Finally, an even more salutary corrective to tunnel vision is the development of social psychiatry, with its emphasis on the differential importance of ethnic, economic, educational, cultural and other subtle factors on individuals, groups and nations. It is this comprehensive-integrative orientation that epitomizes this World Congress of Dynamic Social Psychiatry and that I trust will continue to do so for many equally needed congresses to come.

Prozesse des Wandels innerhalb der medizinischen Ausbildung

Christine H. McGuire (Chicago)

Will sich die Medizin als Wissenschaft begreifen, sollte sie bei Patienten mit gleichartigen Symptomen zur gleichen Diagnose und Therapie führen. Daß dies nicht der Fall ist, belegt die Autorin mit einer jüngst veröffentlichten Studie von *Payer*, in der Diagnosen und Therapie in verschiedenen westlichen Ländern verglichen werden. Danach würde z.B. ein und dasselbe Krankheitsbild in den USA als schizophren, in Großbritannien als manisch-depressiv oder neurotisch, in Frankreich als wahnhafte Psychose bezeichnet werden. Ging es um die Einschätzung der Gefährdung bei Patienten, war unter den Psychiatern keine größere Übereinstimmung festzustellen als unter Laien. Psychiatrische Begriffe werden in den verschiedenen Ländern mit höchst unterschiedlicher Bedeutung und Häufigkeit benutzt. Ähnliches gilt für die Behandlung und die Dosis der verabreichten Medikamente, die bis um den Faktor 10 bis 20 differierte.

Die Autorin hält ökonomische und kulturelle Gründe als Erklärung für diese Unterschiede nicht für ausreichend. Entscheidend seien vielmehr Mängel und Unterschiede im System der medizinischen Ausbildung.

Die weltweiten Bemühungen um eine Reform der medizinischen Ausbildung faßt *McGuire* in vier Bereiche: 1. Die Lehrinhalte, 2. Die Organisation des Curriculums, 3. Die Unterrichtsform, 4. Die Überprüfung des Lernerfolges.

Im Bereich der Lehrinhalte gewinnt die primäre bzw. Erstversorgung von Patienten zunehmend an Bedeutung entsprechend der WHO-Deklaration »Gesundheit für alle im Jahr 2000«, ebenso treten die Auswirkungen weltweiter Probleme wie z.B. der zunehmenden Überalterung, der Überbevölkerung, AIDS, des Drogenmißbrauchs und das zunehmende Flüchtlingsproblem in den Vordergrund. Die alleinige Vorherrschaft des westlichen medizinischen Standards wird verlassen zugunsten von Programmen, die an die Bedürfnisse der lokalen Gesundheitsversorgung angepaßt sind.

Bei der Entwicklung des Curriculums wird zunehmend die Trennung der Fachdisziplinen in Forschung und Lehre aufgegeben zugunsten einer integrierten, systemischen Betrachtungsweise des Körpers und seiner Organe. Ebenso wird die praxisnahe Ausbildung im Krankenhaus intensiviert und vorverlegt.

In einigen Orten fand eine Revolutionierung der Lehr- und Lernformen statt: Anstelle starrer Vorlesungen treffen sich die Studenten in kleinen Diskussionsgruppen, in denen sie in eigener Verantwortung voneinander lernen, die lokalen Gesundheitsprobleme untersuchen und mehr Verantwortung übernehmen im Umgang mit den Patienten. Diese Studenten sind wesentlich stärker motiviert und fühlen sich besser für die Praxis vorbereitet.

Es gibt einen Trend zur Entwicklung von aussagekräftigeren Methoden zur Überprüfung des Lernerfolges und der Praxiskompetenz, da sich die her-

kömmlichen Methoden als unzureichend erwiesen haben, die Öffentlichkeit vor inkompetenten Ärzten zu schützen. Ähnlich wie z.B. beim Training von Piloten sollen die Prüfungskandidaten in wirklichkeitsnahen Situationen zeigen, daß sie in der Lage sind, die verschiedenartigsten klinischen Daten zu interpretieren, bei akuten und chronischen Problemen angemessen zu reagieren und mit dem Patienten kommunizieren und ihn zur Mitarbeit gewinnen zu können.

All diese Neuerungen bedürfen jedoch noch einer eingehenden Überprüfung. Sicher ist jedoch, daß sie notwendig sind, um menschliches Verhalten und Leiden besser zu verstehen.

Dies ist ganz besonders der Fall bei der psychiatrischen Ausbildung, die sich ebenfalls im Umbruch befindet. Auf der einen Seite findet sich eine starke Beschäftigung mit Psychosomatik, aber auch mit Ursachenforschung, die zu einer genaueren Erfassung, verbesserter Prognose und Therapie psychischer Erkrankungen führt. Auf der anderen Seite hat die stärkere Einbeziehung von Kriseninterventionszentren, in denen der Student akute seelische und körperliche Leiden beobachten kann und von gemeindenahen Einrichtungen, in denen er mit Familien umgehen muß, die ethnische, ökonomische und existentielle Probleme haben, zur Konsequenz, daß er nicht mehr nur eine simplizistische Nosologie anwenden kann, sondern gezwungen ist, die Familie als ein Ganzes, als ein dynamisches Beziehungsgeflecht zu betrachten.

Anstelle der bisherigen eingengten Sichtweise kann sich, so die Autorin, eine Sozialpsychiatrie entwickeln, die in einer umfassenden, integrativen Sichtweise — ähnlich wie die Dynamische Psychiatrie — die Bedeutsamkeit der Erziehung und Ausbildung sowie ethnischer, ökonomischer, kultureller Faktoren auf Individuum, Gruppen und Nationen berücksichtigt.

Literature

Payer, L. (1988): *Medicine and Culture: Varieties of Treatment in the United States, England, West Germany, and France* (New York: Holt & Co)

Author's address:
Prof. Emerita Christine McGuire
(Mrs. Jules Massermann)
The University of Illinois at Chicago
Center for Educational Development (M/C 591)
986 College of Medicine West
808 South Wood Street
Chicago,
Illinois 60612, USA

Der Objektverlust in der forensischen Psychiatrie oder die Leiden Werthers**

Michel Benezech*

Der Autor versucht, die Bedeutung des psychoanalytischen Begriffes des Objektverlustes im kriminogenen Leidenschaftsprozess, so wie er bei De Greeff beschrieben wurde, zu objektivieren. Er illustriert seine Ausführung mit einer kriminologischen Analyse von Goethe's Werther-Roman, den ein großer psychologischer Realismus prägt. Er untersucht sodann die Persönlichkeit der Leidenschaftstäter, bei denen Borderline- und Narzißmus-Züge dominieren. Die Objekt-Beziehung mit dem Opfer ist gewöhnlich vom narzißtisch-prägenitalen Typus. Die Bedrohung eines Bruches dieser Beziehung ergibt eine gefährliche Situation, die zu Mord führen kann, dem häufig der Selbstmord des Täters folgt. Der Autor bemerkt im weiteren, daß besagte Leidenschaftstat nicht die einzige Form von Suizid-Homizid ist, bei dem die Psychopathologie sich auf den Objektverlust beruft. Man begegnet solchem tätlichen Durchbruch bei Melancholikern, einigen Psychotikern oder Präpsychotikern, deprimierten Eifersüchtigen, Borderline-Patienten, und Urhebern von »Selbstmord mit Begleitumständen«.

»Will man sie aber trennen, so stirbt der Haselstrauch, und ebenso das Geisblatt. Schöne Freundin, so geht es uns: Weder Sie leben ohne mich, noch ich ohne Sie.«
Marie de France (Gedichte)

»Drück Dich wie ein Siegel auf mein Herz, drück Dich wie ein Siegel auf meinen angenagelten Arm, denn die Liebe ist stark wie der Tod, und das Feuer ihrer Eifersucht grausamer als die Hölle.« *Charles de Foucauld*

»Fräulein Albertine ist weggelaufen! Wieviel tiefer geht doch das seelische Leiden als die Psychologie!« Diese ersten Worte *Proust's* in »Albertine disparue« geben das Thema unserer Studie und die Schwierigkeit an, wenn man das Erlebte und die affektiven Prozesse des Lebens beschreibt. Kriminologische Praxis ist Routine; Diebe, Perverse und Mörder ähneln sich alle ein bißchen, und ihre bewußten Motivierungen könnten in ein paar Presseklischees zusammengefaßt werden: Geldnot, Egoismus, Angst, Begierde, Unglück. . . Der Kriminelle ist der Introspektion nur wenig zugeneigt und drückt nur eine oberflächliche psychische Realität aus, die einzige zudem, die vom Justizsystem angehört wird. Vorwiegend aber in Leidenschaftsaffären hat man indessen das Gefühl, daß der Delinquente die Intuition der Motivierungen hat, die ihn zu seinem Tun veranlassen. Zumindest kann er in zahlreichen Fällen angeben, daß ihm seine affektive Situation unerträglich wurde und daß radikal gehandelt werden mußte, um sich von dem Leiden zu befreien. Daher kommt unser Eindruck, daß die Leidenschaftstat dem psychologischen Verständnis am ehesten unzugängliche Akt ist.

* Dr. med., Psychiater und Kriminologe in der regionalen medizinisch-psychologischen Abteilung der Haftanstalt Gradignan (bei Bordeaux).

** Übersetzung von Doktor Johannes Finckh, Bordeaux aus: *Annales médico-psychologiques* 1987, 145, n° 4; pp. 329-340

Diese Studie verdankt viel zwei Lektüren: Zum einen hat *De Greeff* anhand beachtlichem klinischem Material in seinem Buch »Amour et crimes d'amour« die leidenschaftliche Homizid-Dynamik dargelegt (1973). Es fehlt hierbei jedoch der psychoanalytische Begriff der Objektbeziehung und des Objektverlustes, vielleicht wegen eines gewissen Widerstandes des Autors gegen *Freud'sche* Theoretisierungen. Zum zweiten ist da die bewundernswerte Arbeit von *Barthes* über die extreme Einsamkeit der verliebten Rede (1977). Sie regte uns an, Werther in einer kriminologischen Perspektive wiederzulesen, wie es *De Greeff* hätte tun können. Zuerst dachten wir, unsere klinischen Feststellungen mit einigen Goethe-Passagen zu illustrieren. Der Roman hat sich uns aber als Hauptstudienobjekt aufgedrängt wegen seines Reichtums, seiner Tiefe und seiner psychologischen Triftigkeit. Goethe hat eine schmerzliche Episode seines Liebeslebens in bewundernswürdiger Weise beschrieben und verstand sie so und durch den Selbstmord seines Helden zu exorzieren: Goethe hat überlebt, aber er ließ Werther sterben, und Jerusalem. Vielleicht haben wir uns unsererseits mit diesem romantischen Helden identifiziert, dem wir erstmals in ähnlichen Trauerumständen begegnet sind.

Unter den zahlreichen Werther-Übersetzungen fiel unsere Wahl auf die des eminenten Germanisten *Joseph-François Angellor*, die ästhetisch schönste und die dem Sinne nach genaueste. Unsere Seitenangaben der Zitate in unserer Studie beziehen sich auf sie. Wir zogen sie der zweisprachigen von *H. Burriot Darsiles* vor, die zwar wörtlicher, aber nicht so poetisch ist.

Unsere Arbeit enthält im wesentlichen die kriminologische Analyse Werthers und unsere psychopathologischen Folgerungen betreffs der Leidenschaftstäter in unserer Praxis. Wir behandeln hier also nicht die theoretischen und kriminologischen Aspekte, die an die Objektrelation und an deren Schicksal, an das Verliebtsein (*Alberoni* 1980, *Barthes* 1977, *David* 1971) und an die krankhafte Eifersucht, an die Beziehungen zwischen Leidenschaft und Wahn und die zwischen Libido, Hypnose und Masse, geknüpft sind. Ebenso erscheint es uns nicht zweckmäßig, die Beschreibung von Leidenschafts-Affären aus den klassischen Werken¹ oder gar die gegenwärtigen Studien über Kriminogenese zu wiederholen. Wir nehmen noch an, daß die Intrige des *Goethe*-Romans dem Leser bekannt ist. Wir haben daher den Roman nicht resümiert, das hätte unseren Text überladen. Zum besseren Verständnis des Themas wäre von Interesse, daß man dieses Meisterwerk gleichzeitig mit unserer Arbeit lesen oder wiederlesen möge.

I. Kurze Wiederholung des Begriffs der Leidenschaftstat

Seit *de Greeff* (1973) teilt man die leidenschaftlichen Straffaffären in zwei gut definierte Typen:

a) Der erste Typus enthält die Zwecktaten, bei denen ein kriminogener Prozeß leidenschaftlicher Natur nicht relevant ist. Der Delinquent handelt hier-

bei kühl überlegend und in voller Klarheit, um den Folgen seiner Tat zu entgehen, trotz leidenschaftlicher Motive. Das ist beispielsweise der Fall eines Liebespaares, das sich eines störenden Ehepartners entledigen will, um somit die Freiheit wiederzuerlangen;

b) der zweite Typus ist der der echten Leidenschaftstat, ein Racheakt ohne scheinbaren zweckmäßigen Charakter, dessen Akteur unter direktem Einfluß einer Leidenschaftsproblematik steht. Dieser Liebe-Haß-Konflikt um dieselbe Person (im allgemeinen das Opfer, aber zuweilen auch eine Ersatzperson) spielt sich in drei Etappen ab:

- wirkungsloses Einvernehmen mit der kriminellen Idee;
- formuliertes Einvernehmen, das eine persönliche Teilnahme an der Tat impliziert;
- kritische Zuspitzung, die zur Tat führt, in entweder zwanghafter, impulsiver oder suizider Form.

Die Gewöhnungszeit an die Homizid-Idee, von dem formulierten Einvernehmen an, ist extrem unterschiedlich; sie kann einige kurze Augenblicke oder mehrere Jahre dauern. Dieser Prozeß enthält eine vindikative (Gefühl eines erlittenen Unrechts) und eine verzweifelte Periode mit einem Suizid-Prozeß, der zu einem auto-aggressiven Durchbruch in 15% der Fälle führt. Unsere Studie betrifft die echten Leidenschaftsverbrechen, zumindest insofern deren Täter überlebt haben.

II. Die Leiden des jungen Werther

Werther vor der Begegnung mit Lotte (S. 159-176)

Der Roman beginnt mit dem Gegenstück des Szenarios. Werther verläßt nicht nur in freudigem Zustand seinen Freund Wilhelm, sondern auch Leonore, die ihn liebt. Unzugängliches Objekt für sie wird er alsbald selber Opfer der nämlichen Situation. Wie ist sein Affektzustand? Man erfährt: er ist eine exaltierte, emotive und zykllothymische Natur (S. 169/170). Er präsentiert dazu jene existentielle Unbefriedigung, die immer der keimenden Liebe vorausgeht. Einige Ausdrücke zeugen von Unvollkommenheitsgefühlen, von Leere, von Mangel, vom Fehlen eines Lebensgrundes, die mit dem dominierenden Affekt der Gelassenheit kontrastieren. So bemerke man das nostalgische Träumen (S. 166), die unangewandten Kräfte (S. 168), des ziellosen Irrrens in der Welt (S. 170), die Erinnerung (»Ach, daß die Freundin meiner Jugend dahin ist!«, S. 168) und die Suche nach einer affektiven Gemeinschaft mit einer Frau und deren Kindern (S. 173/174), oder den Bauernbursch, der seine Herrin liebt (S. 175/176). Werther drückt auch seine romantisch-leidenschaftliche Konzeption der Liebe aus (S. 172), die auch in der möglichen Etymologie seines Namens enthalten ist (werter). Er erwägt bereits, wenn auch abstrakt, den Selbstmord als die stoische Äußerung der Freiheit des Menschen (S. 171).

Werther verliebt sich (Brief vom 16. Juni 1771, S. 176-185)

Man findet in diesem Teil der Schilderung gewisse Charaktere der keimenden Verliebtheit: imponierendes Ereignis, außergewöhnliches Erlebnis, Überschreitung eines Verbotes (Lotte ist Albert zugedacht), Tendenz zur Verschmelzung und zur Ausschließlichkeit, Gefühl der Erfüllung mit der Geliebten, Idealisierung (»wie sie vollkommen ist«) und totale libidinöse Besetzung des Liebesobjektes (»und wenn ich darüber zu Grunde gehen müßte.« (S. 182); »und die ganze Welt verliert sich um mich her.« (S. 185)), Spannung zwischen der Ekstase und der Qual, die schon durch die Eifersucht auf Albert dargestellt ist (S. 182). Werther definiert selber seine Verbindung als eine »tobende, endlose Leidenschaft« (S. 213). Lotte empfindet auch eine zarte Neigung, die das seelische Einvernehmen am Ende des Briefes vom 16. Juni erklärt. In seinem Brief vom 13. Juli ruft Werther dreimal aus »sie liebt mich: (S. 196). Episodische Suizid-Gedanken sind gleichwohl gegenwärtig ». . . oft zur Zeit, wo ich mir eine Kugel vor den Kopf schießen möchte!« (S. 197), wenn Lotte ihm warmherzig von ihrem Verlobten spricht.

Der Mord-Selbstmord-Prozeß

Wir kennen also die Geisteshaltung des in Lotte verliebten Werther, wir müssen den langen Prozeß des Objektverlustes untersuchen, der ihn in ungefähr 18 Monaten zum Selbstmord treibt. Der Brief vom 30. Juli 1771 (S. 200/201) besagt, daß Albert angekommen ist. Von da an hält das Leiden bei Werther ständig an (— »meine Freude, bei Lotten zu sein, ist hin.«) und belebt die Besitz-, Ausschließlichkeits- und Eifersuchtsgefühle, die in diesem Brief klar ausgesprochen sind und die man im folgenden wiederfindet (S. 224, 237, 239, 246, 249, 275, 276). So geht es auch mit den Leidensaffekten, dem inneren Unbehagen, der Leere und dem Gram, die ihm der Verlust des Liebesobjektes verursacht (S. 201, 211, 212, 234, 242, 243). Der Begriff »Angst« ist nur ein einziges Mal vor Alberts Ankunft erwähnt (S. 166), doch findet man ihn achtmal danach (S. 210, 211, 213, 214, 215, 244, 245, 251). Werther leidet um so mehr, als er bei Lotte ein auf sich bezogenes Liebesgefühl spürt (S. 196, 208, 276).

Diese seelische Not ist von Schuldgefühlen begleitet, die zum ersten Mal im Brief vom 3. November 1772 ausgedrückt sind, weniger als zwei Monate vor dem Selbstmord (S. 243), sodann in dem vom 24. November (S. 246).

Im ersten Teil der Note des Herausgebers (S. 254-259) erscheinen die Symptome eines Depressionszustandes in folgenden Worten: ». . . er ward ein trauriger Gesellschafter, immer unglücklicher. . . sein trübes Gemüt. . . ein dumpfer Druck lag auf seiner Seele, die traurigen Bilder hatten sich bei ihm festgesetzt, und sein Gemüt hatte keine Bewegung als von einem schmerzlichen Gedanken zum andern. . . er versank nur desto tiefer in Schmerz und Untätigkeit. . .«. Die Gefahr und die Unsicherheit, die aus Lottes ambivalenter Haltung hervorgehen, manifestieren sich in seiner Angst, verrückt zu wer-

den /226, 253), ein Risiko, das sich ihm durch die Begegnung eines Verrückten, ein ehemaliger Sekretär und Geliebter Lottens, bestätigt (Briefe vom 30. November und 1. Dezember 1772, S. 249-252) und in seiner Angst, zerstört zu werden: »Sie sieht nicht, sie fühlt nicht, daß sie ein Gift bereitet, das mich und sie zugrunderichten wird; und ich, mit voller Wollust schlürfe den Becher aus, den sie mir zu meinem Verderben reicht.« (S. 247).

Diese Suizid-Dynamik ist durch die mörderischen Tendenzen gegen Albert verdoppelt. Haßgefühle gegen den Rivalen sind ab dem 20. Februar 1772 sechsmal erwähnt, als Werther Lottens Heirat erfährt (S. 226, 253, 254, 255, 256, 263). Anspielungen auf Alberts Tod sind in den Briefen vom 5. September und vom 10. Oktober 1772 (S. 239; S. 242) enthalten. Diese Wünsche sind am 21. August 1772 (»wie, wenn Albert stürbe?« S. 236) und vor allem am 21. Dezember 1772, also 48 Stunden vor dem Selbstmord, klar formuliert: »Oh, meine Beste! In diesem zerrissenen Herzen ist es wütend herumgeschlichen oft — deinen Mann zu ermorden! — Dich! — Mich!« (S. 266). Der Mordwunsch des Rivalen wird übrigens, als ob das nötig wäre, durch die Geschichte des Baurenburschen und der Witwe bestätigt. Werther macht mit ihm Bekanntschaft am 30. Mai 1771 (S. 175), begegnet ihm erneut am 4. September 1772 (. . . »wie ich an seinem Schicksal teilnehme, Teil nehmen muß!« S. 238), und identifiziert sich völlig mit ihm nach dessen Mord am Nachfolger und Rivalen (S. 257): »Er (W.) fühlte ihn so unglücklich, er fand ihn als Verbrecher selbst so schuldlos, er setzte sich so tief in seine Lage, daß er sich gewiß glaubte, auch andere davon zu überzeugen.« (S. 257). Das Schwanken zwischen Mord und Selbstmord ist schon am 16. März 1772 erwähnt, gelegentlich der Trätschereien der Lästere (S. 229/230).

Diese Fatalität, dieser lange Prozeß der Selbstzerstörung sind durch einige Versuche, dem Unglück zu entgehen, punktiert. »Ich muß fort«, wiederholt Werther viermal in seinen Briefen vom 30. August und vom 3. September 1771, mit einer Berufung auf die Ruhe des religiösen Lebenswandels (S. 213/214). Er entfernt sich sodann am 10. September 1771, und seine Flucht dauert bis Juli 1772. Man kann noch das Scheitern seiner Tröstung mit Fräulein von B., die wie Lotte »viel Seele« besitzt (S. 225) und Ursache einer Kränkung seiner Selbstliebe beim Grafen von C. . . ist (S. 227-229), seine Reise in die Heimat (S. 231-233) und seinen Plan, in den Krieg zu ziehen (S. 234) erwähnen. Er fing zuletzt noch zu trinken an: »Sie hat mir meine Exzesse vorgeworfen! Ach, mit so viel Liebenswürdigkeit! Meine Exzesse, daß ich mich manchmal mit einem Glase Wein verleiten lasse, eine Bouteille zu trinken.« (8. November 1772, S. 246).

Die Krise (S. 252-286)

Obgleich die Suizid-Idee am Anfang des Romans da ist (S. 170), so kann von wirkungslosem Einvernehmen damit erst seit der Korrespondenz vom 16. Juli 1771 (S. 196/197), das heißt 14 Tage vor Alberts Ankunft, die Rede sein. Das

Stadium des formulierten Einvernehmens folgt rasch. Am 12. August 1771 simuliert er einen Suizid in Gegenwart des 12 Tage zuvor angekommenen Albert: »Ich hörte endlich gar nicht weiter auf ihn, verfiel in Grillen und mit einer auffallenden Gebärde drückte ich mir die Mündung der Pistole übers rechte Aug' an die Stirn!« (S. 204). Im folgenden sind die deutlich suizidalen Tendenzen mit Berufung auf einen befreienden Tod regelmäßig und immer näher folgend ausgedrückt bis hin zum Drama (S. 214, 229, 230, 233, 243, 244, 252, 262 — Ende). Man kann erachten, daß die Krise Ende November 1772 anfängt. Die Entscheidung, sich den Tod zu geben, ist immanent. Werthers letzte Briefe an Wilhelm, sein langer Abschiedsbrief an Lotte sind in dieser Hinsicht bezeichnend: »Es ist beschlossen, Lotte, ich will sterben« (S. 265). An drei weiteren Stellen wiederholt er: »Ich will sterben«.

Was Lotte durchmachte und wovon Goethe bis dahin wenig sprach, wird jetzt im Detail geschildert. Sie will Werther sowohl aus moralischem Ehrgefühl, als auch der konventionellen Bitte ihres Mannes wegen ferne halten (S. 255, 258-260, 263). Ihre Forderungen wurden diesbezüglich immer höher: »... da kommen Sie auch, aber nicht eher.« (S. 263) »Nur das, Werther, daß Sie nicht eher kommen als Weihnachtsabend!« (S. 264). »Das ist das letzte Mal, Werther! Sie sehn mich nicht wieder.« (S. 277), erklärt sie, nachdem sie der Unglückliche geküßt und an die Brust gedrückt hatte. Ihre Haltung ist zutiefst ambivalent, und Werther spürt es. Sie kann ihn auch nicht lassen, gerät sogar »in einen sonderbaren Zustand . . . hatte sie empfunden, wie schwer es ihr fallen werde, sich von ihm zu trennen (S. 267) . . . und seine Entfernung drohte in ihr ganzes Wesen eine Lücke zu reißen, die nicht wieder ausgefüllt werden konnte. . . daß ihr herzliches heimliches Verlangen sei, ihn für sich zu behalten. (S. 268) . . .; und immer kehrten ihre Gedanken wieder zu Werthern, der für sie verloren war, den sie nicht lassen konnte« (S. 280). Übrigens liebt sie ihn, Goethe spricht vom »Druck einer Schwermut« (S. 268), von Angst, sie ist hin- und hergerissen zwischen Liebe und Groll und wirft auf den Unglücklichen den vollsten Blick der Liebe (S. 277). Ihr Leiden durch Werthers notwendige Entfernung verdoppelt sich durch den Schmerz, zu wissen, daß sie sein Leiden verursacht. Sie hat sehr früh das Vorgefühl der tödlichen Leidenschaft, Werther schreibt am 1. Juli 1771: »Und wie sie mich auf dem Wege schalt über den warmen Anteil an allem, und daß ich darüber zu Grunde gehen würde! Daß ich mich schonen sollte.« (S. 192). Ihre Unruhe und Not sind 48 Stunden vor dem Drama auf dem Höhepunkt, sie spürt dessen Imminenz. Zitternd und zögernd gibt sie die Pistolen Werthers Bedienstetem »ohne ein Wort hervorbringen zu können« (S. 282), und als sie am anderen Morgen die Schelle ziehen hört, »ergreift ein Zittern alle ihre Glieder« (S. 285).

In dieser ausgeweglosen Lage der unmöglichen Trauerarbeit kann Werther Lotte nur sterbend behalten, denn der Tod ist nur für die Hinterbliebenen Trennung. Er hatte die Bestätigung, trotz allem geliebt zu sein (»Ach, ich wußte, daß du mich liebtest. . . Und was ist das, daß Albert dein Mann ist!« (S. 278/279), er will sich für immer mit ihr vereinen im Nichts und kann es in der

Wirklichkeit nicht tun. Diese Verschmelzung mit dem Objekt im Tode ist gut von Goethe geschildert: »Sie ist mein! Du bist mein! Ja, Lotte, auf ewig. . . Du bist von diesem Augenblicke mein! Mein, o Lotte! Ich gehe voran! Gehe zu meinem Vater, zu deinem Vater. . . er wird mich trösten, bis du kommst, und ich fliege dir entgegen und fasse dich, und bleibe bei dir vor dem Angesichte des Unendlichen in ewigen Umarmungen.«, schreibt er ihr noch am 22. Dezember in seinem langen Abschiedsbrief wenige Stunden vor seinem Tod (S. 279). Er tötet sich in der Nacht vom 22./23. Dezember, um Mitternacht, mit einer der beiden Pistolen, die auf seine Bitte hin von Lotte seinem Bediensteten überreicht worden waren. ». . . und du, Lotte, reichst mir das Werkzeug, du, von deren Händen ich den Tod zu empfangen wünschte, und ach! Nun empfange.« (S. 282). Er stirbt zwölf Stunden später, um zwölf Uhr mittags. Er nimmt die blaßrote Schleife mit ins Grab, die Lotte trug, da er sie zum ersten Male sah, und die Albert ihm im Namen seiner Verlobten zum Geburtstag geschenkt hatte.

Über das Literarische hinaus verbliebe in der Psychopathologie folgende Frage: Warum hat Werther nicht auch Albert und/oder Lotte getötet? Man kann mehrere Hypothesen bilden. So hat sich Werther mit dem Bauernburschen identifiziert, dem Rivalenmörder. Er hat auf ihn seine Wünsche projiziert, auf Phantasie-Ebene; das mag ihm den Mord an Albert ersparen, der im ganzen Text als guter und ehrlicher Mann beschrieben ist, der Werther ernsthaft schätzt und dessen Glück wünscht. Zudem war Lotte dem Albert zuge-dacht, bevor Werther ihre Bekanntschaft machte und sich verliebte. Sie hat ihn also weder sexuell noch affektiv enttäuscht, denn die Beziehung blieb platonisch, und sie hat sich mit ihm nie ausdrücklich engagiert. Sie war somit mit ihm nicht ungerecht. Werther kann unmöglich das von ihm weiterhin geliebte Objekt zerstören, das ihm treu bleibt im Herzen. Er kann sie nicht herabmindern und hat kein Recht, von ihr etwas zu fordern (»ich wußte, daß ich keine Präntionen an sie zu machen hatte, machte auch keine.« (S. 200/201) Er weiß, daß Lotte sein Andenken bewahren (er weiht ihr die unzerstörbare und himmlische Konstellation des Wagens) und ihre Liebe schützen wird durch Idealisierung.

Mit seinem Freitod stellt Werther kein objektives Hindernis mehr dar bei der Entfaltung der Ehe seiner Angebeteten: »O daß ihr glücklich wärt durch meinen Tod!« (S. 283)². Er macht sich Vorwürfe und meint, die Beziehung Alberts mit seiner Frau gestört zu haben (S. 255, 259, 279, 283). Tief deprimiert fürchtet er, sie völlig zu verlieren, die sein Leben erfüllt, die Teil seiner Welt ist und ihm existentiellen Sinn gibt (»Es ist doch gewiß, daß in der Welt den Menschen nichts notwendig macht, als die Liebe« (S. 209). Die Gefühle leidenschaftlicher Natur (ausschließlicher Besitz), die ihn an Lotte binden, erlauben ihm nicht, die Trennung zu ertragen, während sie sich immer noch lieben: Es handelt sich hier um eine hochgradig tödliche *Corneillésche* Situation. Der Opfer-Freitod (»eins von uns dreien muß hinweg, und das will ich sein!« (S. 266)) erscheint somit als die einzig mögliche Lösung in der psychologischen

Logik des Goetheschen Helden. »Du bist nicht zu retten, Unglücklicher! Ich sehe wohl, daß wir nicht zu retten sind.«, sagt Werther, nachdem er gescheitert war, dem Bauernburschen und Rivalenmörder zu helfen.

III. Die Leidenschaftstat in der Wirklichkeit – Allgemeine Betrachtungen

Es ist bemerkenswert, daß ein großer Teil der Leidenschaftsaffären (ein Drittel?) der Justiz entgeht, weil die Täter sich sofort töten, indem sie die Tatwaffe gegen sich selber wenden. Wer sich unter das Kinn oder in den Mund geschossen hat, überlebt zuweilen um den Preis schwerer funktioneller und ästhetischer Beeinträchtigungen, die reparative Kiefer- und Gesichtschirurgie nötig machen. Wir haben davon mehrerer männliche Fälle. Es kann manchmal auch eine Frau sein, was *De Greeff* nicht erwähnt.

Das Alter dieser Täter liegt gewöhnlich zwischen 25 und 45 Jahren. Die meisten haben keine erwähnenswerte ärztliche oder kriminelle Vorgeschichte, und ihre Intelligenz liegt innerhalb der normalen Grenzen. Die Tat (oder der Versuch) geschieht unter Alkohol in der Hälfte der Fälle. Häufigste Waffe ist das Jagdgewehr. In Übereinstimmung mit *de Greeff* notiert man in 9 von 10 Fällen eine materielle Vorsätzlichkeit, aber keine sorgfältige Tatvorbereitung, die oft impulsiv ausgeführt wird. Die Opfer sind gewöhnlich die Partnerin (Ehefrau, Geliebte) und/oder der Rivale. Alle Opfer sterben glücklicherweise nicht, und Tatwiederholungen sind möglich, wenn der Leidenschaftsprozess noch wirksam ist (zwei meiner Fälle). Dieser ist von sehr unterschiedlicher Dauer, die Zeit der Anpassung an den Homizid-Gedanken kann sich auf einige Augenblicke oder auf mehrere Jahre erstrecken.

Die Persönlichkeit des Täters

De Greeff beschreibt sie als »gemein und hart, oft degeneriert und neurotisch. . . anormal und unausgeglichen. . . arme Typen (die) einer niedrigeren Menschheit angehören«. Die Liebe, von der sie sprechen, ist für *de Greeff* ein egoistisches, possessives und tyrannisches Bindungsgefühl, welches niemals das hingebende (oblativ) Stadium erreicht habe: »Die Erfahrung lehrt uns, daß Mord und Selbstmord aus Liebe keineswegs sich durch die Intensität der Liebe, auch nicht durch die unerhörte Qualität der Leidenschaft hervorheben, sondern einzig durch die schweren Insuffizienzen in der Persönlichkeit des Schuldigen.« Dieser Autor will dem günstigen Vorurteil, das dieser Täter genießt, begegnen, welches die Milde erklärt, die ihm das Sozialsystem erweist. Wir werden nun nicht so streng sein wie unser berühmter Kollege, ohne gleichwohl die Tat zu entschuldigen. Die medizinisch-psychologische Praxis zeigt, daß die Täter ängstlich-emotiv sind, schüchtern und wenig kommunikativ, jähzornig, eifersüchtig, empfindlich und anspruchsvoll für sich und andere. Sie haben oft eine günstige Einschätzung ihrer Person, beschreiben sich als

gute Arbeiter, dienstbereit, und sie geben viel auf das gegebene Wort, in der Liebe und in geschäftlichen Dingen. Die meisten von ihnen haben eine komplexe pathologische Persönlichkeit mit zugleich paranoischen, histrionischen, border-line- und narzißtischen Zügen. Letztere sind die wichtigsten. Die Hauptstörungen ihrer interpersonellen Beziehungen sind folgende:

- a) Egozentrismus, Interesse für die eigene Person zum Schaden anderer;
- b) »Rechtsanspruchsgefühl«
- c) Abhängigkeit, Schutzbedürfnis;
- d) Beziehungen, die zwischen Idealisierung und Entwertung des anderen schwanken;
- e) fehlende Empathie in den andern;
- f) Unfähigkeit, das Verlassenwerden zu ertragen.

Die Objekt-Beziehung mit dem Opfer ist gewöhnlich prägenital-narzißtisch. Eine sado-masochistische Komponente ist keine Ausnahme. Diese possessive Beziehung charakterisiert sich durch eine große Abhängigkeit des Subjekts vom Objekt. Der Verlust dieses parasitären Bandes zieht schwere Störungen in der Stabilität und Kohärenz des Ichs des Subjektes nach sich, das dieses daher um jeden Preis beibehalten will. Des Täters künftiges Opfer existiert nur in dem Maße, als es die Befriedigung seiner Triebbedürfnisse erlaubt. Die gleichwohl mächtige prägenitale Bindung an das Objekt ist tief ambivalent, das Subjekt kann mit großer Leichtigkeit von Liebe auf Haß übergehen (*Bouvet* 1972). Das ist der Fall, besonders wenn die Gefahr der Trennung oder des Verlassens seitens des Objektes besteht.

Objektverlust, Mord und Selbstmord

Die Bruchbedrohung dieser narzißtischen Objektbeziehung bildet somit beim potentiellen Täter eine Gefahr für seine Existenz und psychische Integrität. Aus dieser schweren Narzißmus-Störung ergeben sich pathologische Eifersucht, Angst, Groll, Revolte, Wut, Haß, aber auch tiefe existentielle Verwirrung, denn ohne Objekt befindet sich das Subjekt verloren und verzweifelt. Die Mechanismen der Auto- und Hetero-Aggressivität sind somit angelegt. Die Täter schildern gut den tiefen Depressionszustand mit der Empfindung erfahrenen Unrechts, die dem Objektverlust folgt³:

- »Ich verdiente nicht, daß meine Frau mich verließ, tat alles für ein glückliches Zuhause. . . man kann mir nicht viel vorwerfen. . . ich aß und schlief nicht mehr, fürchtete mich vor allem. . . fühlte mich verloren, ganz allein, verlassen. . .«
- »Ich habe meine ganze Liebe, die mir in der Familie fehlte, auf sie geworfen. . . ich liebte sie. . . ja, ich meine, daß sie mich verraten hat, sie war nicht korrekt. . . die erste Frau, die ich wirklich liebte. . . ich schlief nur noch 3 oder 4 Stunden, oder weniger, ich richtete die Kinder für die Schule, mußte ihnen das Essen bereiten. . . als ich allein war, aß ich Ölsardinen oder ein Stück Brot. . . ich habe mindestens 7 oder 8 kg abgenommen. . . !

In manchen Fällen entwickelt sich der Suizid-Prozeß, der der Tat vorausgeht, in mehreren Zeitabschnitten: »Ich hatte drei Krisen. Zuerst, als ich bemerkte, daß sie mich betrügt, dann, als sie das erste Mal zurückkam, und zuletzt, als sie zum zweiten Male ging und wir auf die Scheidung warteten.«

In der Anamnese dieser Täter deckt man gewöhnlich ehemalige narzißtische Verletzungen auf, die durch Trennung und Verstoßungen in der Kindheit verursacht waren. Es haben sich daraus gegen die Bindungsperson intensive Besitz-, Angst- und Zorn-Affekte ergeben (Bowlby, 1984). Die narzißtische Zerbrechlichkeit derer, die »aus Liebe« morden, erklärt, daß sich bei erneuten Trennungsdrohungen im Erwachsenenalter ein Anwachsen des anormal ängstlichen und possessiven Bindungsverhaltens zeigt. Der Leidensprozeß kann sich sodann bis zur extremen emotionellen Spannung der kritischen Phase entwickeln, bei der ein Nichts genügt, das Drama zu entfesseln. Die Forderungs- und Verzweiflungsverhalten zeugen zugleich vom existenziellen Leiden des künftigen Täters und von seinem Wunsche, das Objekt zum Mitleid zu bewegen, um es so »physisch« und/oder affektiv wiederzuhaben. Widersteht das Bindungsobjekt den Warnungen (in Tat und Wort) und dem Anblick von Not (Verlassenheit, Suizid), die vom Subjekt geboten sind, so versucht letzteres, um der Trennungs- und Vernichtungs-Angst zu entgehen, sich verzweifelt von ihm loszumachen. Hier ist aber die intrapsychische Arbeit der normalen Trauer unmöglich, denn der Versuch der Introjektion des verlorenen Objektes versagt⁴. Das Subjekt kann symbolisch das verlorene Objekt nicht töten, ohne selbst zu sterben. Es kann nur im Tode mitverschwinden, daher das klassische Schwanken zwischen auto- und hetero-agressiven Zügen⁵. Indem er den Partner oder Rivalen⁶ mordet, rächt sich der Täter für die narzißtische Verletzung und macht emotionale Selbstjustiz. Er hindert sein Liebesobjekt, einem Anderen zu gehören, und bewahrt es so unbegrenzt lange. Mord und Selbstmord stellen die Verschmelzung von Subjekt und Objekt im Tode wieder vollständig her.

IV. Andere Taten, die durch Objektverluste motiviert sind

Die Leidenschaftstat ist nicht die einzige Form des Suizid-Homizids, bei der die Psychopathologie sich auf den psychoanalytischen Begriff des Objektverlustes beruft. Eine prägenitale Objektbeziehung besteht auch:

a) beim Melancholiker, und man beschreibt folgende Reihe: Objektverlust, narzißtische Identifizierung, Umkehrung des Hasses und des Sadismus auf das Subjekt nach erfolgter Introjektion, Selbstmord. Wenn das Objekt nicht ganz introjiziert werden kann, so muß das Subjekt die schlechten äußeren Objekte töten. Die Tat kann während einer melancholischen Episode innerhalb einer chronischen Psychose (Schizophrenie) durchbrechen.

b) bei manchen Psychotikern oder Präpsychotikern ergibt sich die Tat aus dem Scheitern des Wahnes als Abwehr gegen den Objektverlust (Benezech 1978).

- c) bei den deprimierten Eifersüchtigen tritt das aggressive Verhalten auf, »wenn das Objekt des Deprimierten diesen besonderen Status des außen wahrgenommenen Objektes aufweist, aber innerlich als absolut zu ihm selbst gehörig erlebt wird«. Beim kollektiven Suizid »greift der Deprimierte sich selbst an über den Umweg des alter ego«. (*Racamier* 1968)
- d) bei Borderlinern existiert eine charakteristische Objektbeziehung mit depressiver Objektverlust-Angst.
- e) bei Selbstmördern nach vorangegangenem Partnermord mit anaklitischer Beziehung zum Bindungsobjekt, dessen Verlust einen kriminogenen Prozeß nach sich zieht, der uns dem der Leidenschaftstat exakt gleich erscheint (*Millet* 1980).

Wir haben in dieser Arbeit versucht, die Bedeutung des psychoanalytischen Begriffes des Objektverlustes in dem von *de Greeff* geschilderten kriminogenen Prozeß des Leidenschaftsverbrechens zu objektivieren. Werther scheint sich leicht zu dieser kriminologischen Analyse anzubieten, aufgrund des dargebotenen psychologischen Realismus. Goethe hat übrigens seinen Helden zugleich von Elementen seines persönlichen Erlebens und vom Selbstmord des Jerusalem, den er lächelnd »den Liebhaber« nennt, ausgehend beschrieben. Wie im Roman des unsterblichen Goethe findet man in der täglichen Wirklichkeit des Liebesverbrechens eine possessive, quasi-verschmelzende Objektbeziehung, deren drohender Bruch durch den Weggang des Objektes das existentielle Werden des Subjektes in Gefahr bringt. Diese prägenitale Objektbeziehung ist beim Leidenschaftstäter stark narzißtisch. Mit *P. Lacoste* (1983) zeigten wir, daß der »Liebes«-Verbrecher wie ein Kind betrachtet werden kann, das meint, sein Opfer hätte ihm seine »narzißtischen Ersparnisse« geraubt. Das Fehlen von Symbolisierung und Vorstellung der Mord-Phantasie bewirkt, daß die Tat nichts von dem Wunsche erfüllt und nur für einen Dritten symbolischen Vorstellungswert hat. Die verbrecherische Produktion ist innerhalb der leidenschaftlichen Wirklichkeit endgültig, und wesentlich in Bezug mit einer narzißtischen Pathologie und mit einem Mangel in der Symbolisierung, ja sogar in der »elementaren Triebsublimierung«.

Die Leidenschaftstat wäre so betrachtet die extreme Pointe einer affektiven Regulierung durch den Charakter im Rahmen einer Charakterneurose, aber vielleicht auch die Pointe einer Reaktion, oder einer Charakter-Bildung, je nach den Fällen. Dies würde den Unterschied zwischen der Impulsion und der lange überlegten und geplanten kriminellen Lösung erklären. Die kriminologische Praxis hat uns effektiv gezeigt, daß die Täter nicht immer einwandfrei pathologische Persönlichkeiten sind, und daß manche fähig sind, Objektbeziehungen anderer Art während ihres affektiven Lebens zu etablieren. Aber im Allgemeinen ist es der erste »geliebte« Sexualpartner (»ich hing so an ihr«), mit dem sich eine prägenitale Objektbeziehung einrichtet, und der drohende Bruch mit ihm scheint eine gefährliche Situation anzulegen (*Benezech* 1981).

Fußnoten

- 1 Zu empfehlen ist auch das Buch von *Joëlle Guillaus*: »La chair de l'autre. Le crime passionnel au XIX^e siècle« (Olivier Orban, édit., 1986).
- 2 Betonen wir hier die Hingabe des Helden als narzißtisches Manöver des Helden. Als ob Werther dächte: »Ihr Glück schuldet sie mir. . . Sie werden nicht mehr glücklich, ohne meiner zu gedenken. . . So werde ich zum Stifter ihrer Vereinigung in meinem Tod.«
- 3 Seine Rede über das (verlorene oder auf immer in den Mord eingebundene) Liebesobjekt ist eine nachträgliche, denn sie beläßt der Idealisierung des Opfers und vor allem des Täters einen breiten Raum. Man kann annehmen, daß letzterer in seiner Erinnerung der präkriminellen Situation die Elemente, die seine Tat rationalisieren, »selektioniert«.
- 4 Vielleicht kann man »harmonische« Trauer nur für die wirklich (genital) geliebten Objekte haben.
- 5 *Freud* schreibt in *Trauer und Melancholie* (1917): »Der Schatten des Objektes fiel so auf das Ich, welches nun von einer besonderen Instanz wie ein Objekt, wie das verlassene Objekt beurteilt werden konnte (Studienausgabe, Bd. III, S. 203) . . . In den zwei entgegengesetzten Situationen der äußeren Verliebtheit und des Selbstmordes wird das Ich, wenn auch auf gänzlich verschiedenen Wegen, vom Objekt überwältigt (S. 206).«
- 6 Die Opferwahl (Partner oder Rivale) ist homo- oder heterosexuell, und das kann uns nicht gleichgültig sein. Trotz des häufigen Alkoholeinflusses täuscht sich die Leidenschaft sicherlich nicht in dem zu zerstörenden Objekt. Ebenso stellt die Unterscheidung »Mord oder Selbstmord« ein Problem; der Selbstmord zeigt ein Scheitern der projizierenden Mechanismen in paranoischem Sinne, der Mord versetzt uns hingegen in eine ganz andere Situation.

Object Loss in Forensic Psychiatry or the Suffering of Werther

Michel Benezech (Bordeaux)

The author, psychiatrist and criminologist, occupies himself with the passionate acts of murder and suicide which stem out of love and rejected love which have their basis in Goethe's novel »The suffering of young Werther«. The author develops a deeper human understanding of these people on the basis of his psychoanalytic background knowledge, without excusing the criminal acts, much the opposite of *de Greeff* who describes such people as »mean, hard, degenerated and as types who belong to a lower class of humans«. The love striving of young Werther becomes rejected or becomes an ambivalent reaction. He cannot tolerate this loss because of his personality structure which demonstrates strong borderline tendencies. In a very sensitive manner *Benezech* ties together the early life history with the actual non-tolerable state of suffering. He demonstrates that acts of passion as well as the suicide of young Werther should be understood as an attempt to free oneself from non-acceptable suffering. They are compulsive, impulsive acts of revenge in which the feeling of a »suffered injustice« should be worked through. This feeling are acted out with criminal acts such as homicide and suicide, because the criminally acting man has little ability for introspection. The border between murder and suicide in these people is very thin and fragile.

The basis of the dynamics of these acts is an internal feeling of emptiness, non-purposefulness and dissatisfaction. Without the object of which he is supposed to be loved, the subject becomes lost and desparatè. Real or potentially threatening loss of object — the central theme of *Benezech's* work — over-

whelm the subject with anxiety, let him sink in depression and are experienced as injustice by the subject. This self-definition of experienced injustice tears open old narcissistic injuries from one's earliest life history.

Even from the beginning, ambivalent love made an integration impossible and prevented a development of self-esteem. The author speaks e.g. of narcissistic fragility of these who murdered out of love. The starting point for this just beginning and developing love is with these people an existential non-satisfaction which explains why such high expectations are tied together with the response of the love desire.

With this background, it is understandable that this person's future victim exists only to the point which makes possible the satisfaction of needs. The danger of separation and of being abandoned, tied together with massive anxiety, leads up to powerful hate and escalating selfdestructiveness. Since death means separation for only those who are left behind, eternal union are sought for in death. This is the explanation why in murders of passion, very often suicide of the perpetrators follows. If it is not possible for the perpetrators to destroy the loved or desired object, the only solution is suicide. With young Werther the murderous impulses are projected into another figure and protect the rival from being murdered.

With this circle of people who murder out of passion, grief work is not possible because introjection of the lost object fails. The experiences in their biography have not built up a solid foundation that allows this integrative process. This internal fundamental strength is lacking with borderline personalities and they need help to develop it. With all the crimes of passion *Benezech* has found borderline structures and narcissistic personality traits.

Inasmuch as the partner or the rival is murdered, the perpetrator avenges himself for the narcissistic injuries and executes his own emotional justice. He prevents his love object of being possessed by another person and maintains it.

Literatur

- Alberoni, F.* (1980): *Le choc amoureux.* (Ramsy édit., Paris)
- Barthes, R.* (1977): *Fragments d'un discours amoureux* (Seuil édit. Paris)
- Bénézech, M.* (1978): *Réflexions sur le passage à l'acte et la responsabilité pénale du criminel: perte d'objet, démente juridique. A propos de l'affaire M...* (*Ann. Méd. Psychol.*, 10, 1184-1190)
- Bénézech, M.; Addad, M.; et Grasset, A.* (1981): *Criminologie et psychiatrie. Encycl. Méd. Chir., Paris. Psychiatrie, 37906 A¹⁰ (10)*
- Bouvet, M.* (1972): *Œuvres psychanalytiques. Tome I, La relation d'objet.* (Payot édit., Paris)
- Bowlby, J.* (1978, 1984): *Attachement et perte. Tome 1, L'attachement; tome 2, La séparation; tome 3, La perte* (P.U.F. édit., Paris)
- Coentro, M.-J.* (1980): *La relation d'objet chez les états limites et ses répercussions clinicothérapeutiques. l'Évolution Psychiatrique (45) 1, 75-90.*
- David, C.* (1971): *L'état amoureux. Essais psychanalytiques* (Payot édit., Paris)
- De Greeff, E.* (1973): *Amour et crimes d'amour* (Dessart édit., Bruxelles)
- Ey, H.* (1950): *Études psychiatriques. Tome II, Aspects sémiologiques* (Desclée de Brouwer édit., Paris)
- Fray, P.* (1970): *Crimes et délits par réactivité primitive. Ann. Méd. Psychol., (5) 701-718.*
- Freud, S.*: *Massenpsychologie und Ich-Analyse. G.W., Studienausgabe, Band IX, S. 61-134* (Fischer, Frankfurt)

- Trauer und Melancholie. G.W. Studienausgabe, Band III, S. 75-102 (Fischer, Frankfurt)
- Goethe, J.W.*: Die Leiden des Jungen Werther. Achte Auflage, fünfter Band der Goethe-Werkaufgabe, Berlin 1898; G. Gorte'sche Verlagsbuchhandlung.
- Hesnard, A.* (1963): Psychologie du crime. (Payot édit., Paris)
- Heyer, G.* (1973): Psychoses collectives et suicides collectifs (P.U.F. édit., Paris)
- Klein, M. et Rivière, J.* (1982): L'amour et la haine (Payot édit., Paris)
- Lacoste, P. et Bénézech, M.* (1983): La hache et le silence. Crime passionnel, signature autobiographique. *L'Écrit du Temps* (3) 151-197 (éditions de Minuit)
- Lacroix de Lavalette P. de* (1977): Perte d'objet, meurtre et suicide. A propos de deux observations de psychotiques. Thèse Médecine Université de Bordeaux II, n° 440.
- Lagache, D.* (1979): Œuvres. Tome II, Le psychologue et le criminel (P.U.F. édit., Paris)
- (1981) La jalousie amoureuse (P.U.F. édit., Paris)
- Lebovici, D. et. Soulé, M.* (1970): La connaissance de l'enfant par la psychanalyse (P.U.F. édit., Paris)
- Millet, L.; Vives, P.; Moron, P.; Duguet, A.-M. et Arbus, L.* (1980): Contribution à l'étude du suicide accompagné. *Médecine Légale, Toxicologie* (2) 123-134
- Moscovici, S.* (1981): L'âge des foules (Fayard édit., Paris)
- Nouvelle revue de Psychanalyse.* (1980): La passion. Numéro 21, Gallimard édit., Paris
- Racamier, P.-C.* (1968): Agression et jalousie: deux singuliers visages de la dépression. *L'Évolution Psychiatrique*, (33) 2, 291-307
- Scherrer, P.* (1980): Approche clinique de la psychiatrie. Tome 3 (criminologie) Simep édit., Villeurbanne)
- Vuarnet J.-N.* (1980): Extases féminines (Arthaud édit., Paris)

Adresse des Autors
beim Verlags

Grief: In Sickness and in Health — a Psychiatric Perspective **

Nicholas Destounis (Milwaukee) *

In der vorliegenden Arbeit stellt der Autor aus psychoanalytischer Sichtweise dar, welche Auswirkungen verleugneter und verdrängter Kummer für den Menschen hat.

Ausgehend von Freud und Fenichel wird anhand des Lebens von Tolstoi beispielhaft dargestellt, wie unarbeiteter und nicht bewältigter Kummer — hier der frühe Tod der Mutter — sich lebenslang auf die Gestaltung der Beziehungen auswirken können.

Kummer verursacht emotionales Leid, aber er macht nicht krank. Krank macht den Menschen, wenn Leid vermieden und Wut geleugnet wird. Anhand von Beispielen, die besonders viel Kummer im Leben eines Menschen verursachen können, wie der Tod eines Kindes, Aids-Krankheit oder auch der Suizid eines Familienangehörigen, zeigt der Autor auf, wie unterschiedlich die begleitenden Gefühle von Trauer über Scham bis hin zu Ärger sein können. Gerade auch die Verdrängung und Verleugnung ambivalenter Gefühle, die bei Eltern, Geschwistern, Freunden auftreten können, führt zu Depression und Psychosomatik, wobei Art und Ausmaß von der jeweiligen Persönlichkeitsstruktur abhängen. Hier ist der Psychotherapeut gefordert zu helfen, die Abwehr aufzuheben und Kummer als ein dem Menschsein zugehöriges Erleben zu akzeptieren.

Introduction

Freud's classical work on »Mourning and Melancholia« opened new horizons for the study of grief and depression from the psychoanalytic point of view. According to *Freud*, the mourner has the illusion that the lost person still lives, and there is close identification with him/her. Every mourner builds up a kind of substitute object within himself. *Freud* emphasized that the universality of introjection, a mental process by which one identifies himself with another, or any object so that he takes on the feelings of the other — as a reaction to the loss of an object applies to see mourners and more complicated and sometimes even pathological, if the relationship of the mourner to the lost object was very ambivalent. Ambivalence is present in depressed states and »pathognomonic introjections« acquires sadistic significance. The incorporation then not only represents an attempt to perceive the loved object, but also an attempt to destroy the hated object.

Fenichel states that in depression, it appears as the entire emphasis of the personality has been shifted from ego to the superego which represents a

* Prof. M.D., Ph.D., M.R.C. Psych., F.I.C.P.M., F.A.P.M. (LF), I.A.S.; Chief Psychiatry Service VAMC, Milwaukee, Wisconsin, USA; Professor of Psychiatry & Mental Health Sciences, Medical College of Wisconsin, Milwaukee, USA; President Hellenic Society of Psychosomatic Medicine, President of the Greek Branch of the World Association of Dynamic Psychiatry WADP, Inc. Bern.; Vice-Chairman of the American Branch of the World Association for Dynamic Psychiatry WADP, Inc. Bern, Visiting Professor of the German Academy for Psychoanalysis (DAP), Former Professor of Neurology, School of Medicine, University of Athens, Greece.

** Vortrag gehalten auf dem Spezialseminar »Grief: In Sickness and in Health«, unterstützt durch das Chaplain Service, Department of Veterans Affairs, Zablocki VA Medical Center, 19. September 1989 in Milwaukee.

protective and preventive power. The depressive process appears as an attempt of reparation to restore the self-esteem that has been damaged. According to *Freud*, there is a distinction between neurotic and psychotic depressions based particularly on the depth of narcissistic regression. *Abraham* found the pregenital foundation of the ambivalence and stated that the patient was as ambivalent towards himself as was towards objects. In addition, *Abraham* made the observation that the oral sadistic manifestations are present in interval periods between depressions.

Separation and loss in early childhood may be less critical to later life than some authors believe. The concept of internalization after as well as before, age five — maybe a developmental process to which psychotherapists need to pay particular attention.

It is extremely important to attend to our patient's experiences of separation and loss through which we obtain invaluable information particularly in the area of confusion of self-identity which is a characteristic phenomenon in the young adulthood. Grief causes emotional pain but does not make us ill. To suggest that grief is a way of communicating attachment seems to avoid pain, and to deny rage.

Our psychotherapeutic approach is not just to assist the patient to bear unbearable pain but also to allow the patient to see unseeable truth. When Count *Tolstoy* was two years of age his mother died, his father died when he was nine, and his grandmother died the following year. When he was 13 years old, the two aunts who had stepped in as foster parents also died. It is not a surprise that for the next ten years *Tolstoy* became a delinquent — a delinquent for whom splitting became a dominant and well-documented defense. He raped serfs and put his maiden aunt on a pedestal. Later he became a narcissistic school dropout with a vivid fantasy life; and had *Tolstoy* been a female in psychotherapy, he might well have qualified for the label of borderline personality. Decades later, we find him at the age of 77 years writing on a loose of paper: "I felt dull and sad all day... I wanted as when I was a child to nestle against a tender and compassionate being and weep with love and be consoled... I was a tiny boy, close to my mother the way I imagine her. Yes, Yes, my mother (whom I was never able to call that because I didn't know how to talk to her when she died)... Mama hold me, baby me!"

Tolstoy obviously acknowledges our problem, namely, that we, too, do not know how to talk, about attachment, except through song and poetry. *Tolstoy* did not read *Winnicott* or *Freud*. Instead, he was the adult about whom myths of vulnerable children are spun. But vulnerable *Tolstoy* was. What saved him was *Tolstoy's* ability to internalize, to take people inside and to grow as a result. Unfortunately, we do not know what allows some people to develop that ability to internalize. Perhaps one of the outstanding assets of *Tolstoy's* life was that he was blessed with a rich extended family whose members allowed him to maintain a relationship after relationship until he finally learned both to depend on others and to grieve the death of his family members.

How *Tolstoy* achieved to bring the split internalized images of his mother together is illustrated in the great literary portrait — »Anna Karenina«. But his portrait of a woman whose »eyes and smile revealed vast stores of repressed vitality« and whose expression »was peculiarly caressing and soft« was inspired by watching an autopsy of a young woman. Perhaps this brutal reminder of the loss of his mother when he was aged two became a pathway to *Tolstoy's* artistic recovery of his attachment. More than one child who has lost his mother when young has fancied himself the assassin, and the young woman who inspired *Tolstoy's* novel had written to her lover »You are my murderer. Be happy if an assassin can be happy.«

In writing »Anna Karenina«, *Tolstoy* had recovered what he had loved in his mother. While Vronsky's quiet and reproach towards Anna had been with *Tolstoy* all his life, *Tolstoy's* discovery of the loving Anna was new and perhaps saved *Tolstoy* from the suicidal thoughts that preoccupied him during that period of the novel's creation.

Approaching grief for patients and siblings

It is a well-known fact that the death of any loved one typically brings a period of grief. The death of a child often leads into a more intense, profound and difficult grieving process whose duration and outcome would depend on many factors. (This is a natural phenomenon which is at the conscious level, in contrast to depression which is at the unconscious level.) The death of a child in our society is considered unacceptable, and it brings a sharp deviation from the normal living process. When a child dies, it destroys hopes, expectations and dreams for the future, and forces one to confront an event that one is not willing to accept. We deny it, and by using denial, as a defense mechanism of the ego, we try to push away the emotional pain and the pragmatic reality of the finality. In contrast, when we mourn the death of a parent or a friend, we are usually capable of accepting their death as an inevitable part of the process leading into the final phase of life.

The phases of grief

The first reactions following the death of a child are:

1. Shock
2. Disbelief
3. Denial

These reactions, which may last hours, days, weeks, or even months, as they are, can be deceptive to other people who are watching the grieving process. As time goes on crying, or some other outward expression, may mark the end of this initial phase of grief.

Nevertheless, I wish to emphasize here that denial is not a reality, intense, deep suffering and physical

l
L
n
th
se
wh
his
high
chotl
Five
per, »
some t
become
Mama (
when st
Tolstoy
know ho
had never
of invulne
was that To
sult. Unfor
capacity to i
that he was l
practice relat
upon the love

quently, the intensity and the variety of the feelings experienced may be frightening to the parent.

Guilt — anger — fear

As parents try to comprehend why their child died, feelings of guilt may begin. Each parent starts to accuse one another and as they analyse the situation the feelings of guilt become more profound, for they feel that they should have handled the child's illness differently. There is no doubt that each parent reacts differently depending on the personality which very often leads into anger or even rage. This anger may be directed at oneself, a spouse, the attending physician, or even at the child for having died. Depending also on the religious background of the parents the anger may be directed at a »God who lets children die«.

These feelings often are accompanied by intense fear that another terrible tragedy is going to happen, and thus the parents become extremely overprotective of other children.

Depression

As I mentioned above, grief is a normal conscious process following the loss of a loved object. However, depending on a variety of factors depression sometimes sets in. The symptoms of depression, its intensity and its duration, etc. will depend on the feelings of ambivalence which will determine its severity and the necessity for treatment.

Table I
Clinical Symptomatology (Lehmann)

1. A sad, despairing mood.
2. Decrease of mental productivity and reduction of drive.
3. Retardation or agitation in the field of expressive motor responses. These can be called *Primary Symptoms* of depression or the *Classical Triad* of depression.

The following group of symptoms might be called secondary:

1. Feelings of hopelessness and futility.
2. Hypochondrical preoccupation.
3. Feelings of depersonalization.
4. Obsessive-compulsive behavior.
5. Ideas of self-accusation.
6. Ideas of self-depreciation.
7. Nihilistic delusions.
8. Paranoid delusions
9. Hallucinations (rarely).
10. Suicidal ruminations, tendencies, ideas.
11. Feelings of guilt.
12. Insomnia (early awakening).
13. Anorexia.
14. Loss of Weight.

Symptoms of depression

Despite the disagreements among the clinicians about the phenomena that characterize the psychiatric condition which we call depression, its characteristic symptoms are: (Show Table I page 49)

Children approaching grief

I would discuss here as briefly as possible as to how children who lose a brother or sister approach grief. Since many of us are not capable of accepting death, particularly in the early phases of grief, we assume that children in the family cannot cope with it either. We all have seen parents trying to shield children from the tragedy and leave them out of the mourning and rituals associated with the death (there are cultural differences). The children are confronted with an intense anxiety, confusion seeking answers at the time when they most need the help and reassurance of those they love most. Regardless of their abilities to express their feelings, children do suffer grief, often at a very deep level. Frequently, the children react with a variety of psychosomatic symptoms of headaches, stomachs; nausea, vomiting, diarrhea, etc. In addition, they express feelings of anxiety, anger, rage, guilt, sadness, depression, regression, etc.

The parents should encourage children to ask questions and be prepared to give honest and simple answers. Another way by which the children can be helped is for parents to share their own feelings with their children and to

Table II

Psychosomatic symptoms

Depression is always associated with somatic symptoms, such as:

1. *Fatigue*: It is seen in approximately 75% of manic depressive psychosis and is disproportionate to effort. It is intense, persistent, unrelieved by sleep, although it may show some diurnal fluctuations, improving as the afternoon progresses.

2. *Gastrointestinal dysfunction*: Constipation is very frequently associated with depression due to inactivity of the parasympathetic nervous system.

3. *Cardiovascular disturbances*: Headaches may have a vasomotor origin as well as an origin in somatic muscular tension. Vasomotor changes similar to »hot flushes« experienced with the menopause very often, and elevated blood pressure are not uncommon findings.

4. *Genitourinary dysfunctions*: Frequency of urination, loss of potency and the loss of libido becomes more prevalent as the depression deepens. Menstrual abnormalities such as a delay or change in flow appear which are more intimately related to hypothalamic function mediated through the anterior pituitary. The depressive affects and the somatic peripherally located phenomena are, in some cases, determined by the same biological disturbance in the midbrain — here, first of all, the dominating autonomic disturbances while in other cases these phenomena are an expression of a basic emotional disturbance (Lunn).

encourage them to be open about theirs. Parents generally speaking should play a role model for how one goes about expressing grief.

Psychosomatic aspects of grief

In my opinion any somatic physical illness is expressed also through an emotional-psychological component.

The concept of grief is generally considered to refer to that change in affect which accompanies, and is appropriate to, loss by death of a loved person significant for the bereaved. Three basic changes take place: *somatic, psychological and social*. The bereaved person might experience feelings of tightening of the throat, shortness of breath, feelings of emptiness, nausea, vomiting, feelings of tension, or even mental fatigue. From the psychoanalytic point of view these symptoms can be interpreted as a »search for the loved lost object.« More suggestive evidence of somatic changes related to grief is found in instances in which the grief reaching deviates from its normal course, ex. CHD, thyroid dysfunction, colitis, migraine headaches and even cancer, leukemia and multiple sclerosis. The question arises: Are there elements specific to grief which can be related to organic illnesses? Or is grief simply a nonspecific stress which serves in some unexplained way as yet to alter the resistance to a variety of minor and major illnesses? In my studies with patients suffering from MS — 50 cases we found that the onset of this neurological illness began 6—12 months following the death of a loved object. From our own observations and treatment with those patients the physical organic symptomatology must definitely include psychotherapeutic intervention. The psychotherapeutic approach must address itself to the specifics of the individuals reaction and in particular the deep and profound meaning to the patient.

Biological aspects in bereaved patients with and without accompanying depression

It has been reported in the literature of individuals who had a bereavement complicated by a depressive illness showed results on the corticotropin-releasing hormone (CRH) infusion similar to those seen in depressed patients. In other words, as in depressed people, the depressed bereaved subjects had significantly higher based cortisol levels and significantly smaller ACTH responses to CRH than normal controls. Furthermore, ACTH responses to CRH were not significantly different between depressed bereaved subjects and depressed patients. Thus, these results indicate that bereaved individuals with a bereavement complicated by depressive illness, like depressed patients, show dysregulation of the HPA axis and hypercortisolemia.

We should note here that those individuals in whom bereavement has precipitated depression with accompanying biological abnormalities might be considered for a treatment with antidepressant medication.

Atypical panic attacks in unresolved mourning

The association between panic attacks and lack of resolution of mourning is being known. Nevertheless, the association between panic attacks and intrusive visual images of deceased loved ones is a rare phenomenon.

Panic attacks, as a rule, are notably devoid of visual imagery, and the inevitable co-occurrence of intrusive images in patients distinguishes them from individuals with more typical panic attacks. In many patients hallucinations are apparently a feature of normal bereavement particularly in people who had long and happy marriages. From our own experiences with Vietnam war veterans who were suffering from a post-traumatic stress disorder (PTSD), I would like to report here at least five (5) patients who reported their flash-backs accompanied by panic attacks. Nevertheless, I should like to emphasize here that the only clearly-related traumas were death of »buddies« in the battle zone.

Divorce and grief

Divorce is becoming a major psycho-social problem in our time. It has been established that one out of every two marriages fails, and the cost in terms of psychological trauma and physical illness is enormous. As a psychiatrist and psychotherapist I have seen an increasing number of patients who are experiencing the effects of divorce (depression, alcohol abuse, attempted suicide, anorexia or bulimia). The patient in the process of a divorce is experiencing the death of a relationship and will grieve just as a person who has lost a loved one. The first reaction to learning of a spouse's desire for a divorce is denial. »I can't believe this is happening to me«. During this period the individual is not capable of thinking rationally. Later on anger follows the denial, and it is often called the blaming stage, since the patient blames the spouse for ending the marriage. As time goes on the patient develops guilt feelings and he is trying to bargain with the spouse. The situation, however, might become more serious when depression sets in. Feelings of depression, futility, suicidal ideas, insomnia, anorexia and a variety of psychosomatic symptoms accompany this stage of the divorce grief process. The patient might say »I am nothing. I am such a failure«. One of the most difficult tasks of the psychotherapist in the grieving process is to keep the patients to reach perhaps the final stage of this process: acceptance.

Family survivors of suicide — grief

It has been estimated that annually 30,000 Americans commit suicide, leaving approximately 200,000 family survivors to face the consequences of the

death. The suicide of a family member initiates one of the most difficult types of bereavement. Studies of family surviving suicide have indicated a variety of problematic bereavement reactions, including feelings of rejection, guilt, shame, anger, and social stigma; there is also an increased risk of physical and mental health problems. On the other hand, a suicidal death is often followed by an increase in perceived closeness and a perceived improvement in communication in the bereaved family. Generally speaking, we can say that the effects of a suicidal death on surviving family members can vary, depending on the relationship they had with the deceased (ambivalence). Death of spouse is generally considered one of the most stressful life experience in terms of intensity and duration of the mourning process and in terms of readjustments to life roles. The bereaved spouse is especially at risk for problematic mourning following suicide. Since completed suicide is more common among men than women, widows are likely to represent the larger population of spouses bereaved following suicides.

Studies to compare differences between survivors of suicide and survivors of accidental death on standardized measures of family functions, life stress, and psychiatric symptoms failed to draw any significant conclusions.

Relation between AIDS-related bereavement and psychological stress among gay men

It is already known that the AIDS epidemic has grown in the United States from a few hundred cases in 1981 to over 60,000 cases. More than 30,000 have died of AIDS, which carries a case fatality rate over 80% 2 years post diagnosis. The number of AIDS cases is expected to exceed 270,000 by 1992, with over 170,000 dead. To this tragic situation, we must add that for each case of AIDS, there are friends and loved ones who bear the loss and, thus, a secondary epidemic of AIDS-related bereavement is growing.

Currently, the group that was hardest hit by AIDS deaths is the gay male community. More systematic research on risk factors for AIDS-related bereavement has demonstrated the clustering of such losses in segments of the homosexual community, particularly among those aged 35—45 years of age. Thus, it is among these young to middle-aged gay men that we should expect to see the highest rates of psychological and physical morbidity due to AIDS related bereavement. Studies therefore, being conducted by several researchers have produced the following results:

1. Traumatic stress response.
2. Demoralization.
3. Sleep disturbance.
4. Drinking and drug problems.
5. Marijuana use.
6. Sedative use.

7. Medical consultations.

8. Psychological consultations.

These results indicate that the types of distress most reactive to AIDS-related losses involve intensive and avoidant thoughts and emotions about AIDS itself which are the types of symptoms often associated with post-traumatic stress disorders (PTSD). They involve depression, hopelessness, futility and helplessness associated with being demoralized; and involve the problems going to sleep, staying asleep and awaking early in the morning which are often part of the physiological components by those suffering from depression.

These studies based on 745 New York City gay men cannot draw any statistical conclusions concerning the true proportion of the gay population experiencing bereavement. However, the investigators of the above-mentioned research study have concluded that their sample reflects a significant subset of the urban gay male population and, thus, that findings derived from it will be useful in monitoring trends in the larger gay population.

Future research in this area should focus on prevention efforts and on the education of social personal factors amenable to intervention. In light of the possible *immunological deficits* that have been shown to follow bereavement, the need to realize distress and work through the grief associated with these losses may be especially important for the homosexual men who are experiencing bereavement most intensely.

Post-traumatic stress syndrome like symptoms in AIDS caregivers

It has been reported since 1986, that mothers who were the caregivers of their sons being afflicted with AIDS developed all kinds of psychiatric symptoms and in particular a PTSD-like syndrome following the son's death.

Incidence of each of the symptoms which began following the son's death were compared for 19 women who cared for their sons for a period of three weeks or more (mean time of care = 13 weeks) and the 24 women who did not engage in lengthy care periods. For each category, except increase in drug or alcohol use which was not reported by either group, those who spent extended time as a care-giver experienced more problems than those who did not serve as a care-giver. Divorce/separation 37% vs 13%, night terrors/53% vs 8%, and episodes of uncharacteristic violence 26% vs 13%, were reported at more than twice the rate by the caregiving group than by the group who did not spend time in a care-giving role with their sons. In addition, panic attacks (42% vs 29%) and hypertension (34% vs 25%) eighty-nine percent of the mothers in the care giving group agrees with the statement: »I feel so angry with the government and the health care system for failing my son sometimes that I can barely control myself«. From the psychological point of view despite the effect on the care-giving group, all mothers in that group indicated that the care experienced was personally beneficial to them and that they would do it again.

Unresolved grief in survivors of persons with AIDS

Because of the AIDS epidemic disaster many individuals and families will experience the death of a significant other to AIDS. From our own experience and research studies of AIDS we wish to report that these survivors of persons with AIDS had developed a high rate of unresolved grief reactions.

The actual and potential impact of AIDS on the mental health of the population of the U.S.A. has been emphasized in our publications since 1986-87. If current figures hold true, we can expect over a half-million AIDS-related deaths to have occurred in the United States by the year 2000.

Unfortunately, few have confronted the fact that all who die will leave behind relatives, friends and significant others. The presence of large numbers of grieving persons will significantly affect families, communities, schools and work settings. The toll in terms of the economic social, physical and psychological well-being of the country would be indeed in billions of dollars.

Freud described the mourning and melancholia reaction following the loss of a loved object. Other investigators more recently described the grieving process and how the individuals reach a state of adaptation where the loss is resolved in a way that is growth producing. Nevertheless, we should mention here at least three (3) types of unresolved grief: Chronic grief, Absent grief, and Delayed grief. In chronic grief, the survivor continues to experience the intense feelings characteristic of early grief long beyond the period expected. Evidence of the presence of this type of grief is expressed by attitudes of hopelessness about the future as well as extreme feelings of anger, self-blame, and depression. Absent grief occurs when survivors continue their usual activities as if nothing has happened and superficially appear to be coping well. Individuals with absent grief often present with depression and/or psychological disorders. Finally, delayed grief can be defined as grief that is experienced minimally at the time of the loss, but resurfaces, sometimes years later, in the form of an affective disorder.

In general the survivors of persons with AIDS are the lovers, spouses, partners, children, siblings, friends and co-workers. The SOPWAs represent a relatively new grouping. Some of the high-risk factors for unresolved grief are: 1) The bereaved person's inability to share the loss with the usual support system due to embarrassment. 2) Lack of social recognition or support for the survivor's loss. 3) An ambivalent relationship between the survivor and the deceased before death. 4) Traumatic circumstances of the death; for example, untimely or unexpected grief or anger-provoking situations and 5) The presence of concurrent crises in the life of the survivors.

The psychiatrists as psychotherapists can therefore, play a very important role in identifying, and treating the high-risk bereaved because of AIDS, as well as educating the community regarding important AIDS issues. It is indeed a challenge to our profession, and our responsibility is to help alleviate the trauma, agony and suffering of a major group of people touched by AIDS.

Conclusions

Freud's classical paper on »Mourning and Melancholia« (1917) contributed immensely to the understanding of the grief process which often depending on the ambivalence might lead into depression with all its consequences.

Grief is a universal normal process whose intensity, duration, and resolution, or lack of it depends on innumerable factors.

Separation and loss in early childhood as well in adulthood (loss of spouse, loss of friends, PTSD and AIDS-related conditions) are discussed.

Psychotherapy may cure as much by enabling us to recover the people whom we have loved and forgotten as it does by keeping us to mourn the people whom we have lost.

In my studies and publications on »The Psychology of the Dying Patients« I have emphasized as to how we in the medical profession and in particular in the psychiatric field, must cope with the management of the patients, their family, and the treatment staff.

Finally, our responsibility compels us to analyze life and the psychology of death and dying not only bio-psycho-physio-socio-culturally and ecologically but from a philosophical perspective too. The philosophical approach to death and dying would help us reach a level of maturity and growth leading into the understanding of our own death and the process of dying of others as an inevitable biological phenomenon that brings value to our own existence and vanity.

Table III
Causes of unresolved grief

Social factors

1. Social negation of the loss.
2. The socially unspeakable loss.
3. Social isolation.
4. The social role of the strong one.
5. Uncertainty over the loss.

Psychological factors

1. Guilt
2. The loss as an extension of self (narcissistic loss)
3. Reawakening an old loss.
4. Overwhelmed by multiple loss.
5. Inadequate ego development.
6. Idiosyncratic resistances to mourning.

Table IV
Symptoms and behaviors of unresolved grief

1. A depressive syndrome of varying degree of severity.
2. A history of delayed or prolonged grief.
3. Symptoms of guilt, self reproach, panic attacks, and somatic expressions of fear such as choking sensations and breathing attacks.
4. Somatic symptoms representing identification with the dead person, often the symptoms of the terminal illness.
5. Distress under the upper half of the sternum accompanied by expressions such as »There is something stuck inside« or »I feel there is a demon inside of me«.
6. Searching behavior.
7. Recurrence of depressive symptoms and searching behavior on specific dates, such as anniversaries of the death, birthdays of the deceased, and holidays, especially Christmas.
8. A feeling that the death occurred yesterday, even though the loss took place months or years ago.
9. Unwillingness to move the material possessions of the deceased.
10. Change in relationships following the death.
11. Diminished participation in religious and ritual activities.
12. The inability to discuss the deceased without crying or the voice cracking, particularly when the death occurred over one year before the interview.
13. Themes of loss.

Kummer in Krankheit und Gesundheit — eine psychiatrische Perspektive

Nicholas Destounis (Milwaukee)

Der Autor beginnt die vorliegende Arbeit mit einer kurzen Übersicht über die in der psychoanalytischen Literatur herausgearbeitete Bedeutung, die der Verlust eines geliebten Objektes für das spätere Leben hat. Den Schwerpunkt legt er dabei auf den von *Freud* in »Trauer und Melancholie« herausgearbeiteten Zusammenhang von ambivalenten Gefühlen wie Liebe und Haß gegenüber dem verlorenen Objekt und einer später im Leben auftretenden Depression.

Tolstoi, der in frühem Alter seine Mutter verlor, ist ein Beispiel dafür, wie der Kummer über den Verlust eines geliebten Menschen, der nicht gelebt werden konnte, der verdrängt wurde und über den nicht gesprochen wurde, das spätere Leben bestimmen. So ist Tolstoi nie über den Verlust seiner Mutter hinweggekommen. Noch mit 77 Jahren schreibt er darüber, wie sehr er unter

ihrem Tod gelitten hatte und daß er mit niemandem darüber sprechen konnte. Der Autor meint auch, daß das Leid über den Verlust eines Menschen so unaussprechlich sein kann, daß es nur in Dichtung oder Gesängen — Tolstoi schrieb sich mit dem Werk »Anna Karenina« einen Teil der Trauer vom Herzen — ausgesprochen werden kann.

Kummer verursacht emotionales Leid, aber er macht uns nicht krank. Was uns krank macht, ist, wenn Leid vermieden und Wut über den Verlust geleugnet wird. Normaler Kummer, der zu verstehen ist, ist auf der bewußten Ebene zu finden. Wird er verdrängt, dann tritt er in die unbewußte Ebene und führt zu Depression und psychosomatischer Krankheit.

Mit einer Reihe von beispielhaften Verlustsituationen erläutert der Autor jeweils näher, warum Menschen den Kummer verdrängen und wie die Reaktion darauf aussehen kann. Die Stärke des Kummers wiederum hängt oft davon ab, wer gestorben ist. Der Tod eines Kindes wird wie ein Schock mit Unglauben und Verleugnung erlebt, während der Tod von Großeltern als zum Leben dazugehörig empfunden wird. Nach dem Tod eines Kindes, wenn der erste Schock überwunden ist, mögen Schuldgefühle beginnen und die Frage, warum das Kind sterben mußte, quält die Eltern. Wut gegen sich selbst, gegen das Kind, das gestorben ist, oder auch gegen Gott und die Welt tritt auf. Das alles sind Gefühle auf der bewußten Ebene. Sind die Gefühle des Kummers und deren Ambivalenz aber für den Trauernden unerträglich, dann werden sie verdrängt. Es treten als Folge depressive Symptome in unterschiedlicher Intensität und Stärke auf.

Kinder erleben den Verlust eines geliebten Menschen noch tiefer. Sie sind mit starker Angst konfrontiert und fragen ratlos nach Antwort. Oft reagieren sie auch mit unterschiedlichen psychosomatischen Symptomen wie Kopfschmerzen, Magenschmerzen, Durchfall etc. Dazu kommen Gefühle wie Ärger, Wut, Traurigkeit, Angst etc. Eltern können ihren Kindern — wenn diese z.B. einen Bruder oder eine Schwester verloren haben — helfen, wenn sie ihre eigenen Gefühle mit den Kindern teilen.

Psychosomatische Symptome, die als Suche nach dem verlorenen geliebten Objekt verstanden werden können, treten häufig auf. Hier ist die Frage zu stellen, ob spezifische Elemente des Kummers mit organischen Krankheiten in Beziehung zu setzen sind. Der Autor verweist auf eine Studie an MS-Patienten (50 Fälle), bei denen nachzuweisen war, daß die Krankheit 6 bis 12 Monate nach dem Tod eines geliebten Menschen eingesetzt hat. Ebenso ist der Zusammenhang zwischen Panikattacken und dem Tod eines nahen Menschen bekannt. Ein Beispiel, wo Kummer auftritt und dann verdrängt wird, ist die Scheidung. Gefühlsmäßig wird eine Scheidung wie Tod erlebt. Die erste Reaktion ist dann die Verdrängung der Gefühle, später folgen Ärger oder Schuldgefühle. Depressive oder psychosomatische Reaktionen können eintreten, wenn der Kummer nicht bewältigt wird.

Jährlich begehen in Amerika eine große Anzahl von Menschen Selbstmord. Der Kummer, den dieser Tod den Angehörigen und Freunden bereitet, ist ge-

waltig. Studien über Familien, in denen ein Angehöriger Suizid beging, ergaben die verschiedensten und problematischsten Trauerreaktionen einschließlich solcher Gefühle wie Schuld, Scham, Ärger und soziales Stigma. Diese Gefühle sind für viele Menschen nicht zu bewältigen und die Gefahr von körperlicher und psychischer Krankheit besteht.

Gerade in den letzten Jahren wurde die AIDS-Krankheit zu einem der Probleme, die vielen Menschen großen Schmerz und Leid zufügen. Und wie die Prognosen aussehen, werden in Zukunft noch viel mehr Menschen an dieser Krankheit sterben. Die Gruppe, die am härtesten von diesem Problem betroffen ist, ist die Gemeinschaft homosexueller Männer, vorzugsweise im Alter von 35 bis 45 Jahren. Studien, die einen Zusammenhang zwischen psychischer und physischer Krankheit und dem Verlust eines Angehörigen durch AIDS bewiesen, wurden durchgeführt. Gehäuft traten Alkohol- und Drogenprobleme auf sowie der Gebrauch von Marihuana, Schlafstörungen; ärztliche und psychologische Beratungen wurden nötig. Diese Symptome sind ein Zeichen für posttraumatische Stressreaktionen, die ebenso depressive Reaktionen mit Hoffnungslosigkeit, Demoralisation und Hilflosigkeit hervorrufen kann. In einer Untersuchung an 19 Frauen, die ihren Sohn während seiner AIDS-Krankheit gepflegt hatten, wurde festgestellt, daß bei ihnen gehäuft diese posttraumatische Stressreaktion auftrat mit den dazugehörigen Symptomen.

Immer wenn Kummer nicht bewältigt werden kann, ist der Psychotherapeut gefragt, der den Menschen helfen soll, das Leid zu ertragen und die damit verbundenen Gefühle und seinen Kummer zu akzeptieren.

Literature

- Abraham, K.* (1927): A short study of the development of the libido, viewed in the light of mental disorders in Selected Papers on Psycho-Analysis. (London: Hogarth Press)
- Anable, W.R.* (1978): Homicidal Threat as grief work. In: *Psychiatric Opinion*, (15) 43-46
- Bornstein, P.E.; Clayton, P.J.; Halikas, J.A.; Maurice, W.L.; Robins, E.* (1973): The depression of widowhood after thirteen months. In: *Brit. J. Psychiat.* (122) 561-566
- Bowlby, J.* (1963): Pathological mourning and childhood mourning. In: *J. Amer. Psychoanal. Assoc.* (11) 500-541
- (1961): Processes of mourning. In: *Int. J. Psychoanal.* (42) 317-340
- Clayton, P.J.; Desmarais, L.; Winokur, G.* (1968): A study of normal bereavement. In: *Amer. J. Psychiat.* (125) 168-178
- Clayton, P.J.; Halikas, J.A.; Maurice, W.L.* (1972): The depression of widowhood. In: *Brit. J. Psychiat.* (120) 71-77
- Clayton, P.J.* (1974): Mortality and morbidity in the first year of widowhood. In: *Arch. Gen. Psychiatry* (30) 747-750
- (1973): The clinical morbidity of the first year of bereavement: a review. In: *Comprehensive Psychiatry* (14) 151-157
- Destounis, N.* (1962): Freud — A Revolutionist of Human Mind. In: *Nova Scotia Medical Bulletin*, February
- (1975): The Psychology of the Dying Patients. In: *Dyn. Psychiat.* (8)
- (1983): New Concepts in the Treatment of Affective Disorders. Presented at the 2nd World Congress of WADP, Munich, Germany, December, (In proceedings).
- (1987): AIDS — a Medical Disaster. In: *European Journal of Psychiatry*, (1)
- (1988): AIDS — A Medical Disaster. In: *Greek-American Monthly Review*, October
- (1989): The Physician of the Year 2000 as a Humanist. Paper delivered at the 7th World

- Congress of the WADP and at the XX. International Symposium of the German Academy of Psychoanalysis, Berlin, March 17-22
- Engel, G.* (1961): Is grief a disease? In: *Psychosomatic Medicine* (23) 18-22
- Feighner, J.P.; Robins, E.; Guze, S.B.; Woodruff, R.A., Jr; Winokur, G.; Munoz, R.* (1972): Diagnostic criteria for use in psychiatric research. In: *Arch. Gen. Psychiatry* (26) 57-63
- Fenichel, O.* (1945): *The Psychoanalytic Theory of Neurosis* (New York: Norton)
- Freud, S.* (1917): Mourning and Melancholia. *Collected Papers* (IV) 152-180 (New York: Basic Book) 1959
- Grayson, H.* (1970): Grief reactions to the relinquishing of unfulfilled wishes. In: *Amer. J. Psychother.* (25) 287-295
- Kübler-Ross, E.* (1970): *On Death and Dying* (London: Tavistock)
- Lindemann, E.* (1944): The symptomatology and management of acute grief. In: *Amer. J. Psychiat.* (101) 141-148
- Loewald, H.* (1962) Internalization, Separation, Mourning and the Superego. In: *Psychoanal. Quart.* (31) 483-504
- Lopata, H.* (1971a): The social involvement of American Widows. In: *American Behavioral Science* (14) 41-49
- (1971b): Widows as a minority group. In: *Gerontologist* (2) 67-77
- (1973): *Widowhood in an American City.* (Cambridge: Schenkman)
- Maddison, D.; Raphael, B.* (1976): Death of a spouse in Grunebaum. In: *Chist, H. and J.* (eds.): *Contemporary Marriage: Structure, Dynamics, and Therapy.* (Boston: Little, Brown and Company)
- Marris, P.* (1958): *Widows and Their Families.* (London: Routledge and Kegan Paul)
- Masterson, J.F.* (1976): *Psychotherapy of the Borderline Adult. A Development Approach* (New York: Brunner/Mazel)
- Parke, C.M.* (1965): Bereavement and mental illness. Part I: A clinical study of grief of bereaved psychiatric patients. In: *Brit J. Med. Psychol.* (38) 1-12
- (1972): *Bereavement: Studies of Grief in Adult Life,* (New York: International Universities Press)
- Paul, N.L.; Grosser, G.H.* (1965): Operational mourning and its' role in conjoint family therapy. In: *Community Mental Health Journal* (1) 339-345
- Raphael, B.* (1975): The management of pathological grief. In: *Australia and New Zealand Journal of Psychiatry* (9) 173-180
- (1977): Preventive intervention with the recently bereaved. In: *Arch. Gen. Psychiatry* (34) 1450-1454
- Siggins, L.D.* (1966): Mourning: a critical survey of the literature. In: *Int. J. Psychoanal.* (46) 14-25
- Volkan V.; Showalter, C.R.* (1968): Known object loss, disturbance in reality test and »re-grief work« as a method of brief psychotherapy. In: *Psychiatric Quarterly* (42) 358-374
- Zetzel, E.R.* (1965): Depression and the incapacity to bear it in. In: *Schur, M.* (ed): *Drives, Affects, Behavior,* Vol. 2 (New York: International Universities Press)

Address of the author:

Nicholas Destounis, M.D., Ph.D.
 Professor, Department of Psychiatry
 and Mental Health Sciences
 Chief, Psychiatry Service
 VA Medical Center
 Milwaukee, WI 53295
 USA

Die von-Ardenne-Methode zur Steigerung des Energiestatus des Menschen****

Gabriele von Bülow*, Paul Weskamp**, Gabriele Glatzel*** (Berlin)

Die Autoren stellen das Verfahren der Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie nach v. Ardenne vor. Diese basiert auf der Annahme, daß durch die Steigerung des Sauerstoffangebots an die Zellen der Energiestatus des Menschen erhöht werden kann, was eine Verbesserung der körperlichen wie der psychisch-geistigen Leistungsfähigkeit zur Folge hat. Es werden die physiologischen Grundlagen, die technische Durchführung sowie einige Anwendungsbeispiele beschrieben. Anschließend werden Einsatzmöglichkeiten der Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie bei psychiatrischen Krankheitsbildern wie Depression, Hospitalisierungsschäden oder geriatrisch-psychiatrischen Erkrankungen diskutiert. Dabei wird das Verfahren als eine unterstützende Maßnahme aufgefaßt, die das allgemeine biologische Energieniveau der Patienten anheben kann. Auf dieser Basis können die Patienten dann einer spezifischen Psychotherapie zugeführt werden, so daß sich biologisch-energetisch und sozialenergetisch (Ammon) wirksame therapeutische Methoden einander zu einem ganzheitlichen Vorgehen ergänzen können.

Mit diesem Referat möchten wir anknüpfen an den Vortrag von Prof. *Manfred v. Ardenne* »Milderung von Nebenwirkungen von (Psycho-)Pharmaka durch Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie. Die Bedeutung des Ganzkörperenergiestatus und seine Dynamik für das gesundheitliche Schicksal des Menschen«, den er auf dem 6. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP 1988 in München gehalten hat. Auf diesem Kongreß stellte *v. Ardenne* persönlich die neuesten Ergebnisse im Rahmen der Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie (im folgenden O₂MT) vor. An der Teilnahme am 7. Weltkongreß war *v. Ardenne* leider wegen anderweitiger Verpflichtungen verhindert, die sich aus dem weltweiten Vordringen der O₂MT ergaben. Aufgrund der zukunftsorientierten Bedeutung der O₂MT innerhalb einer ganzheitlichen Medizin ist es uns ein Anliegen, diese Methode auch auf diesem Kongreß präsent zu machen, womit wir eine Anregung von *v. Ardenne* gerne aufgreifen.

V. Ardenne, heute einer der prominentesten Wissenschaftler der DDR, ist zu nächst bekannt geworden durch herausragende wissenschaftliche Leistungen auf verschiedenen physikalisch-technischen Gebieten, so z.B. bei der Mitentwicklung des Elektronenmikroskops. In den letzten Jahrzehnten hat sich *v. Ardenne* auf Anregung von *Otto Warburg* zunehmend medizinisch-technischen Problemen sowie medizinischen Grundlagenfragen zugewandt. In diesem Zusammenhang sind seine Arbeiten zur Krebs-Mehrschritt-Therapie (KMT) hervorzuheben, aus denen sich die O₂MT entwickelte.

* Dipl. Psych., Psychoanalytikerin, Mitarbeiterin am Berliner Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP)

** Dr. med.

*** Ärztin

**** Vortrag gehalten auf dem 7. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP und XX. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 17.-21. März 1989 an der Hochschule der Künste Berlin

Im Rahmen des 6. Weltkongresses der WADP kam es auch zu einer ersten persönlichen Begegnung zwischen Prof. *v. Ardenne* und Dr. *Ammon*. Hierbei wurde die Ähnlichkeit in der ganzheitlichen und energetischen Betrachtungsweise des Menschen bei beiden Wissenschaftlern deutlich. In der Zwischenzeit fand im November 1988 ein Besuch von Dr. *Ammon* und seinen Mitarbeitern Dr. *Schmidts*, Dr. *Burbiel* und Dipl. Psych. *Berger* in Dresden im Forschungsinstitut von Prof. *v. Ardenne* auf dem Weißen Hirsch statt. Hierbei wurden Möglichkeiten der Anwendung der O₂MT im Bereich der Psychiatrie diskutiert, wobei besonders hospitalismus-geschädigte und geriatrisch-psychiatrische Patienten sowie Patienten mit Nebenwirkungen von Psychopharmaka bei Dauermedikation in Betracht gezogen wurden.

Zum besseren Verständnis der O₂MT möchten wir einen Überblick über die Grundlagen und Anwendungen der O₂MT geben. Hierbei möchten wir Prof. *v. Ardenne* besonders für das ausführliche wissenschaftliche Material danken, das er uns zur Verfügung gestellt hat. Die diesem Referat zugrundeliegenden Darstellungen sind im wesentlichen diesen Veröffentlichungen sowie der 4. Auflage des im Thieme Verlag 1987 erschienenen Buches »Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie. Physiologische und technische Grundlagen« von Prof. *v. Ardenne* entnommen.

Alle dem Menschen möglichen Leistungen, körperliche wie psychisch-geistige Leistungen sind abhängig von der Bereitstellung energiereicher Stoffe in unserem Körper.

Die Biochemie definiert »energiereiche« Verbindungen als Substanzen, deren hydrolytische Spaltung zur enzymgesteuerten Synthese von ATP aus ADP und Phosphat führen kann. ATP, Adenosintriphosphat, ist Träger der biologischen Energie. Es entsteht bei der Zellatmung, die man vereinfachend als die Verbrennung der mit der Nahrung aufgenommenen Stoffe unter Energiegewinn und Bildung von Wasser in den Mitochondrien der Zelle bezeichnen kann. ATP bedingt, daß die so gewonnene Energie in kleinen Schritten auf andere Stoffwechselreaktionen übertragen werden kann und diese somit erst im optimalen Umfang ermöglicht werden.

Damit die Zellatmung überhaupt ablaufen kann, ist die Anwesenheit von Sauerstoff unerlässlich. Der Sauerstoff empfängt während der Zellatmung Elektronen des Wasserstoffs, der den Nahrungssubstraten entstammt und reagiert schließlich zu Wasser, wird also selbst bei dieser Reaktion verbraucht. Die Elektronenübertragung auf den Sauerstoff ist als der letzte Schritt einer Kettenreaktion (Atmungskette) anzusehen, bei der die Elektronen zuvor auf verschiedene Atmungsfermente übertragen wurden. Fehlt der Sauerstoff als letzter Akzeptor, würde es einen Stau in dieser Kettenreaktion geben und damit würde auch die dabei freiwerdende Menge an ATP absinken. Aus dem vorher Gesagten kann man also schlußfolgern, daß ein Absinken der Sauerstoffperfusion der Gewebe und damit der einzelnen Zelle zu einer erheblichen Abnahme des Energiestatus des menschlichen Körpers führt. Umgekehrt heißt das aber auch, daß durch die Steigerung des Sauerstoffangebotes an die

Gewebe, der Energiestatus des Menschen sehr gebessert werden kann, was unweigerlich mit einer Verbesserung der Leistungsfähigkeit einhergehen muß.

Die Steigerung des Sauerstoffangebotes an die Gewebe ist u.a. abhängig von einer ausreichenden Mikrozirkulation, d.h. von einer möglichst optimalen Durchblutung der Kapillaren. Im Kapillarbereich der Gefäße diffundiert der bis dahin am Hämoglobin transportierte Sauerstoff durch die Kapillarwände ins Gewebe. Am venösen Ende der Kapillaren haben die hämoglobintragenden Erythrozyten die größte Menge an Sauerstoff bereits abgegeben, deshalb besteht an diesem Ort die niedrigste O_2 -Blutkonzentration. Sinkt hier der Sauerstoffpartialdruck (pO_2) unter einen bestimmten Wert, d.h. kommt es zu einem gravierenden Sauerstoffmangel, schwellen die Endothelzellen, die die Kapillaren auskleiden, am venösen Ende durch Wassereinstrom an und der Querschnitt des Kapillarbereichs verengt sich. Die Ursache für den Wassereinstrom in die Endothelzellen liegt in dem teilweisen Ausfall der Natrium/Kalium-Pumpe, die ATP-abhängig ist. Die beschriebene Querschnittseinengung bewirkt nun eine weitere Verschlechterung der Durchblutung, was zur Folge hat, daß der pO_2 weiter absinkt. Durch die Kapillarwandschwellung kann der Sauerstoff nur noch schlecht in die Gewebe diffundieren, was letzten Endes dazu führt, daß der pO_2 in den Venolen ansteigt. Mit anderen Worten: die arterio-venöse Sättigungsdifferenz wirkt kleiner, bzw. die Ausnutzung der Sauerstoff-Bindungskapazität verschlechtert sich. Verstärkt werden diese Vorgänge weiter durch die veränderten Fließeigenschaften des Blutes im Kapillarbereich, die mit einer Erhöhung der scheinbaren Blutviskosität einhergehen.

Diese Veränderungen sind zunächst reversibel. Erhöht man den arteriellen pO_2 bis zu einer bestimmten Schaltschwelle, tritt eine Normalisierung der Blutmikrozirkulation ein, d.h. es kommt zu einem Abschwellen der Endothelzellen und damit zu einer Vergrößerung des Querschnitts der Kapillaren. Dadurch bedingt, verbessert sich die Ausnutzung der O_2 -Bindungskapazität, die arterio-venöse Sättigungsdifferenz wird größer. Mit anderen Worten: das Gewebe hat mehr Sauerstoff zur Utilisation zur Verfügung. Wird also, wie das bei der O_2 MT der Fall ist, die besagte Schaltschwelle des pO_2 erreicht, springt mehr oder weniger schlagartig der Schaltmechanismus zur Verbesserung der Mikrozirkulation an. *V. Ardenne* spricht hier von einer Hochschaltung der Mikrozirkulation, die dann anhaltend hoch bleibt. Wesentlich ist dabei auch, daß diese Mechanismen der Hoch- und Tiefschaltung nicht nur lokalisiert ablaufen, sondern generalisiert im ganzen Körper. Wenn man bedenkt, daß diese Schaltmechanismen eben auch in den Lungenkapillaren ablaufen, in denen ja die Sauerstoffaufnahme erfolgt, wird es leicht verständlich, daß der Organismus so seine O_2 -Aufnahme wesentlich erhöhen kann. Meßbar werden die Veränderungen 1.) durch eine spirometrisch erfaßbare erhöhte O_2 -Aufnahme in der Lunge, bzw. eine erhöhte CO_2 -Abgabe zur Verifizierung der vermehrten Sauerstoffutilisation im Körper, 2.) durch eine Hebung des arteriellen pO_2 und 3.) durch eine Senkung des venösen pO_2 .

An dieser Stelle sei erwähnt, daß eine Hochschaltung der Mikrozirkulation

erreicht werden kann durch die verschiedenen Prozeßvarianten der O₂MT sowie durch zeitaufwendiges Ausdauertraining. Dabei sollte nach der Hollmanschen Regel die Pulsfrequenz für 10-15 Minuten täglich auf den Wert von 180 — Lebensalter/min. gesteigert werden. Alte bewegungsbehinderte Menschen können durch eine ihrer Belastbarkeit entsprechende Behandlungsvariante ihren Energiestatus soweit verbessern, daß sie überhaupt in die Lage kommen, ein gewisses Bewegungstraining leisten zu können. Umgekehrt führen Bewegungsmangel, diverse Erkrankungen und stressorische Einflüsse zu einer Tieferschaltung der Blutmikrozirkulation und damit zu einem reduzierten Sauerstoffstatus bzw. Energiestatus. Welche Organe durch einen Sauerstoffmangel als erste geschädigt werden, ist abhängig von ihrer jeweiligen Ausschöpfung des arteriell angebotenen Sauerstoffs. Die verschiedenen Organe unseres Körpers sind in unterschiedlichem Ausmaß zur Sauerstoffausschöpfung befähigt. So schöpfen z.B. Herz und Extremitäten mehr O₂ aus als die meisten anderen Organe.

Um den jeweiligen Indikationen für eine O₂MT und dann ganz unterschiedlichen Patientenzuständen Rechnung zu tragen, wurden von *v. Ardenne* und seinen Mitarbeitern verschiedene Varianten der O₂MT entwickelt. Vereinfachend kann man sagen, daß für herzgesunde, bewegungsfähige Probanden eher ein Kurzprozeß infrage kommt, etwa 5 Sitzungen à 20 Minuten innerhalb von 3 bis 10 Tagen oder ein Schnellprozeß, bei dem für 15 Minuten unter körperlicher Belastung reiner Sauerstoff mit einem Fluß von 30 l/min inhaled wird. Für bewegungsunfähige oder behinderte Patienten ist ein 36-Stunden-18-Tage-O₂-Mehrschritt-Therapieprozeß besser geeignet, da sie ihr Herzzeitvolumen durch körperliche Belastung während der Therapie nicht steigern können und deshalb eine längere bzw. häufigere Sauerstoffinhalation brauchen. Bei allen Prozeßvarianten ist die Inhalationsdauer so gewählt, daß es nicht zu Sauerstoffschädigung des Organismus kommen kann.

Allen Varianten gemeinsam ist der Verlauf in drei Schritten, deshalb auch Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie. Der erste Schritt beinhaltet die orale Verabreichung von Oxygenabund 30 Minuten vor O₂-Prozeß-Beginn. Oxygenabund ist eine Kombination von Vitamin B₁, Dipyridamol und Magnesiumorotat zur Steigerung der Sauerstoffutilisation in den Geweben. Während des zweiten Schrittes wird vom Patienten für eine bestimmte Zeitdauer reiner Sauerstoff inhaled. Der zweite Schritt erfolgt je nach Variante mit oder ohne Belastung. Durch körperliche Belastung wird im dritten Schritt das Atemzeitvolumen gesteigert und eine Verbesserung der Durchblutung erzielt. Der Atemgasfluß wird in seiner Stärke dem Atemzeitvolumen angepaßt. Um die so hochgeschaltete Mikrozirkulation und den Energiestatus möglichst lange auf hohem Niveau zu halten, ist der von *v. Ardenne* ausdrücklich geforderte Übergang zu einer kraftvollen Lebensweise unerlässlich (z.B. täglich 10 min Ausdauertraining nach *Hollmann*).

Betrachtet man die Anwendung der O₂MT, so ergibt sich folgende historische Entwicklung:

Aus Forschungen zur KMT und Hyperthermie gingen 1970 die ersten konzeptionellen Arbeiten zur O₂MT hervor. Zunächst konzentrierte sich das Interesse auf eine günstige Beeinflussung des arteriellen Ruhe-pO₂. Bei experimentellen Untersuchungen zur Wiederanhebung des physiologischerweise im hohen Alter abgesunkenen arteriellen Ruhe-pO₂ zeigte sich 1977 völlig unerwartet eine langanhaltende Wirkung nach einmaliger Anwendung des Prozesses. Nachdem 1982 auch die gleichzeitig mit der Anhebung des arteriellen pO₂ einhergehenden Absenkung des venösen pO₂ entdeckt wurde, konnte der diesem Phänomen zugrundeliegende bioenergetische Schaltmechanismus aufgeklärt werden. Da damit der der O₂MT zugrundeliegende physiologische Wirkungsmechanismus erkannt war, konnten nun systematisch weitere Anwendungsgebiete untersucht werden. In neuerer Zeit ist zudem die Bedeutung des diagnostischen Wertes der Messung des O₂-Status bzw. Energiestatus besonders deutlich geworden.

Auf der Grundlage der verbesserten Mikrozirkulation und der Erhöhung des Energiestatus ergeben sich folgende Anwendungsgebiete: (1) meßbare Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit ausgedrückt in Watt, (2) meßbare Steigerung der körpereigenen Abwehrkräfte und (3) Bekämpfung von O₂-Mangelkrankheiten.

Die allgemeine Grundanwendung der O₂MT besteht in der Verbesserung eines zuvor reduzierten O₂-Status bzw. Energiestatus. Als Ursachen der Verschlechterung des O₂-Status kommen dabei Alter, Stress, Bewegungsarmut oder Krankheiten in Frage. Durch die Erhöhung der O₂-Versorgung erfolgt eine ergometrisch meßbare Anhebung des Energieniveaus des Körpers. Die gesteigerte Energieversorgung zeigt sich in einer gesteigerten Leistungsfähigkeit und Abwehrkraft. Ähnlich wie die O₂MT es auf der Ebene der Mikrozirkulation erlaubt, einen circulus vitiosus zu durchbrechen, so erlaubt es die mit der O₂MT gewonnene gesteigerte Leistungsfähigkeit durch eine aktive und kraftvolle Lebensweise eine mögliche Wiedertiefschaltung, z.B. durch Bewegungsarmut, abzuwenden. Unabdingbare Voraussetzung ist dabei die aktive Nutzung der gesteigerten Leistungsfähigkeit, um so eine neue Lebensqualität zu erlangen. Darin liegt die präventive Möglichkeit der O₂MT.

Mit der gesteigerten Leistungsfähigkeit und Leistungsreserve gelingt es, Anfälligkeiten gegen Krankheiten und die Gefährlichkeit von Krankheiten zu verringern. Die prophylaktische Anwendung der O₂MT erlaubt eine Stärkung bei vorhersehbaren Belastungen, wie Operationen oder Geburten. Die akute Anwendung erlaubt die Bekämpfung von Stressfolgen, Stabilisierung des Kreislaufes oder Bekämpfung von Schwindel. Außerdem geht die Verbesserung des O₂-Status mit einer Anhebung der zellulären Abwehr einher. Dieser Effekt läßt sich durch medikamentöse Immunstimulation in Form der Sauerstoff-Mehrschritt-Immunstimulation noch steigern. Damit ist sie ein wirksames Mittel gegen Infektionen und bei der Krebsbekämpfung.

Einige mehr spezifische Indikationen ergeben sich bei der Bekämpfung von O₂-Mangelerkrankungen.

Der Schaltmechanismus der Mikrozirkulation ist ein Regelvorgang, der als ganzheitliche Erscheinung alle Kapillaren des Körpers betrifft. Die Wirkung im Bereich der Lunge unterscheidet sich jedoch von der in der Peripherie. In der Lunge erfolgt nach Hochschaltung der Mikrozirkulation eine gesteigerte O_2 -Aufnahme in das Blut, die sich in einer Anhebung des arteriellen pO_2 widerspiegelt. In der Peripherie erfolgt nach Hochschaltung eine gesteigerte O_2 -Abgabe an das Gewebe, die sich in der Absenkung des venösen pO_2 ausdrückt. Die Wirkung auf die Lunge ist ein sehr komplexes Geschehen, bei dem sowohl die Ventilation als auch die Perfusion betroffen ist. Zudem besteht eine direkte Rückwirkung auf die Herzleistung, so daß Lunge und Herz als ein System betrachtet werden müssen. Die Hauptwirkung besteht wahrscheinlich in einer Erhöhung der Diffusionskapazität und in einer Verbesserung des Ventilations/Perfusionsverhältnisses. In der Anwendung hat sich gezeigt, daß z.B. die altersbedingte Einschränkung der Leistungsfähigkeit des Lunge-Herz-Systems zum großen Teil reversibel ist und somit eine Anhebung des arteriellen pO_2 ermöglicht.

Wegen seiner vitalen Bedeutung ist die O_2 -Versorgung des Herzens besonders wichtig. Als Krankheitsbild hat der Herzinfarkt wegen seiner Schwere und Häufigkeit eine besondere Bedeutung. Im Gegensatz zu den reversiblen Vorstufen in Form von Angina pectoris-Anfällen kommt es beim Herzinfarkt durch eine Tiefschaltung der Mikrozirkulation zu einer plötzlichen kritischen O_2 -Mangelversorgung. Daraufhin erfolgt eine Umstellung des zellulären Atmungsstoffwechsels, der dann nach ca. 30 min zu irreversiblen Zellschädigungen führt. Somit ist die Tiefschaltung der Mikrozirkulation ursächlich für das Krankheitsgeschehen anzusehen. Um diesem Geschehen vorzubeugen, erlaubt es die O_2 MT durch permanente Hochschaltung eine ursächliche Prophylaxe durchzuführen. Zudem hat sich die O_2 MT bei der Rehabilitation nach Herzinfarkt bewährt, was sich in einer Verkürzung der Rehabilitationszeit und einer Senkung des Reinfarkttrisikos zeigte.

Wegen der Häufigkeit haben Durchblutungsstörungen der Beine eine besondere Bedeutung. Deshalb sollte bei einer Verschlechterung des O_2 -Status schon bei den ersten Symptomen, z.B. Taubheitsgefühl, eine O_2 MT eingeleitet werden. Aber auch bei beginnenden Nekrosen ist bei einer Behandlung häufig eine Besserung zu erwarten. Der Wert der Behandlung liegt nicht nur darin, daß eine drohende Amputation oft abgewandt werden kann, sondern daß die Patienten ihre Bewegungsfreiheit wieder erlangen. Damit wird einem weiteren Absinken des O_2 -Status entgegengewirkt und vor allem können die Patienten zu einem selbständigen, aktiven Leben zurückgeführt werden, was einen unermesslichen Gewinn an Lebensqualität bedeutet.

Wegen ihrer besonderen Empfindlichkeit gegenüber O_2 -Mangelversorgung ist die O_2 MT bei einigen Erkrankungen der Augen und Ohren erfolgreich. Bei manchen Erkrankungen der Augen ist die Höhe des arteriellen pO_2 von entscheidender Bedeutung, da z.B. Hornhaut und Linse nur durch Diffusion des physikalisch gelösten O_2 ernährt werden. Bei manchen Veränderungen des Au-

genhintergrundes ist die Beeinflussung der Mikrozirkulation von entscheidender Bedeutung. Bei plötzlichem Hörsturz ist eine möglichst schnelle Therapieeinleitung wichtig. Beim Menière-Symptomkomplex erfolgt die helfende Wirkung oft über eine Milderung einer bestehenden Hypotonie.

Bei der Wirkung der O_2MT auf das ZNS ist die anhaltende Anhebung des Energiestatus wesentlich. So konnte eine Steigerung der ATP-Konzentration im Gehirn durch O_2MT tierexperimentell nachgewiesen werden. Andererseits muß bei zentralen Störungen ätiologisch unterschieden werden. Störungen des ZNS auf Grund einer Minderdurchblutung scheinen grundsätzlich einer O_2MT zugänglich zu sein. Der Stoffwechsel erfolgt hier zu ungefähr 8% anaerob, so daß zur Sicherung des Energiestatus auch das Glucoseangebot beiträgt. Die Glucosekonzentration wird jedoch durch die Blut-Hirn-Schranke konstantgehalten, so daß hier bei Mangelercheinungen auch medikamentös eingegriffen werden muß. Eine Infarktprophylaxe gelingt bei reduziertem O_2 -Status mit der O_2MT . Bei endogenen oder exogenen Störungen, wie z.B. Fieber oder Intoxikationen, ist die O_2MT über eine gesteigerte Elimination der Noxen hilfreich.

Wie weit bei rein psychischen Störungen eine Beeinflussung durch O_2MT möglich ist, ist zur Zeit nicht bekannt. Erste Hinweise auf positive Auswirkungen der Anhebung des Energiestatus auf die psychische Befindlichkeit und geistige Leistungsfähigkeit geben Erfahrungsberichte von Patienten, die mit der O_2MT behandelt wurden. Unseres Erachtens könnte bei Depressionen, Hospitalisierungsschäden oder geriatrisch-psychiatrischen Krankheitsbildern die O_2MT als zusätzliche Maßnahme hilfreich sein. Wenn bei diesen Patienten ein reduzierter O_2 -Status vorliegt, würde die O_2MT eine allgemeine biologisch-energetische Aktivierung ermöglichen, so daß die Patienten dann einer spezifischen Psychotherapie zugänglicher wären, die nach unserem Verständnis einen sozialenergetischen Austausch beinhaltet (Ammon 1982). Somit würde die O_2MT es ermöglichen, in einem initialen Schritt einen *circulus vitiosus* zu durchbrechen und die Patienten für den eigentlichen psychotherapeutischen Prozeß vorzubereiten. Um diese Einsatzmöglichkeit zu prüfen, muß in einem ersten Schritt der O_2 -Status bei ausgewählten Krankheitsbildern gemessen werden, um so eine diagnostische Information zu erhalten.

Angesichts der ständig steigenden Lebenserwartung gewinnen geriatrisch-psychiatrische Erkrankungen zunehmend an Bedeutung und stellen somit langfristig eine besondere therapeutische Herausforderung dar. Die O_2MT nach *v. Ardenne* bietet hier eine Möglichkeit, den therapeutischen Zugang zu diesem Patientenkreis zu erweitern, um eine gesteigerte Lebensqualität auch in hohem Alter zu erreichen. Diese Lebensqualität äußert sich sowohl in körperlicher und geistiger Aktivität als auch in den wiedereröffneten Möglichkeiten der Teilnahme am sozialen Leben. In ähnlicher Weise könnten auch andere psychiatrische Krankheitsbilder wie Depressionen oder Hospitalisierungsschäden beeinflußt werden. Im Rahmen der Behandlung solcher Patienten sehen wir den Menschen als körperliche, geistige und seelische Einheit. Dabei

erscheint uns ein Zusammenwirken auf der biologisch-energetischen sowie auf der sozialenergetischen Ebene eine interessante Möglichkeit, die *Ammons* ganzheitliche Auffassung vom Menschen entspricht (*Ammon* 1987). In diesem Sinne erwarten wir im Rahmen beabsichtigter Forschungsvorhaben eine fruchtbare Ergänzung der beiden therapeutischen Ansätze.

The von-Ardenne-Method for the Improvement of the Energy Status of Man

Gabriele von Bülow/Paul Weskamp/Gabriele Glatzel (Berlin)

The paper gives a survey on the foundations, the implementations and the application of the Oxygen-Multi-Step-Therapy (in the following = OMST) and discusses some possibilities for the application in the field of psychiatry.

All performances of which man is capable, psychic-mental ones as well as physical, depend on the supply of energetic substances in our body. In biochemical terms adenosin triphosphate carries the biological energy, which is generated in the cellular respiration. For this process it is necessary that there is sufficient supply of oxygen. The supply of oxygen in the tissue is regulated by the micro-circulation. In the capillary area of the blood vessels the oxygen, which was transported before by the haemoglobin, is transferred through the capillaries into the tissue.

If the level of the oxygen sinks below a critical margin, this leads to a serious lack of oxygen, the endothel cells swell and the cross-section of the capillaries narrows. This narrowing of the cross-section leads to a further reduced circulation of the blood. Consequently this leads to a vicious circle: Due to the swelling of the capillaries the oxygen can diffuse only to an insufficient extent into the tissue, the use of the oxygen supply is reduced and the energetic status of the tissue gets worse.

If one increases the oxygen partial pressure in the arteries up to a »switch value«, the micro-circulation of the blood normalizes, i.e. the endothel cells go down and the cross section of the capillaries widens again. This leads to an improved use of the oxygen absorption capacity. For this reason the aim of the OMST is to reach this »switch value«. After this the switch mechanism for the improvement of the micro-circulation starts more or less all of a sudden. *Von Ardenne* calls this the »changing in a higher gear« of the micro-circulation, which then remains steadily on this level. Since these mechanisms of »changing into a higher or lower gear« are not restricted to certain areas of the body, but take place in a generalized manner everywhere in the body and consequently also in the lung capillaries, the organism can heighten its oxygen absorption significantly.

The changes can be measured: 1) spirometrically though the increase of the oxygen aspiration in the lungs respectively an increase of the emission of carbon dioxide as sign of the increased oxygen utilisation in the body, 2) through

the increase of the arterial oxygen partial pressure and 3) through the decrease of the venous oxygen partial pressure.

The basic principle for the implementation of the OMST consists of three steps: The first step is to give oxygen abund to increase the oxygen utilisation in the tissue. The second step is to inhale pure oxygen, which can be done under simultaneous physical training. The third step is physical training in order to improve the respiration time volume and the circulation. In order to take into account the different initial situation of the patients, several variations of the basic principle have been developed, for instance a quick process for the acute application, a short process with ca. 5 sessions and a 36-hours-18-days-therapy process, which is used with patients who cannot do physical exercise. In all process variations the length of the inhalation is restricted to such a degree, that a damage of the organism through oxygen is avoided.

The essential point in all process variations is to »switch up« the switching mechanism of the micro circulation and to increase thus the energy status of the body and to keep on a high level as long as possible. This can be efficiently supported by a proper daily physical exercise.

The OMST can be used for different purposes: In preventive medicine the OMST can be used for the increase of an oxygen status respectively energy status which has been reduced through aging, stress, or disease, which can be measured ergonomically. The increased energy supply shows in an increased vitality and improved immunological status, which can be further increased through pharmacological immune-stimulation during OMST. Therefore OMST is an effective remedy against infections and in the cancer therapy. The prophylactic use of OMST provides a strengthening of the physis in case of preeminent stress, such as operations or birth. The acute application of OSMT can cure the results of stress, can stabilize the blood circulation or cure dizziness.

OSMT is of high therapeutic value in the case of oxygen deficiency diseases: in this paper the effects of OMST in the case of myocardial infarcts, circulatory disturbances, diseases of the eyes and the ears are presented as well as its effects on the CNS.

For the time being the influence of the OMST on psychic disorders is not yet known: First evidence for positive effects of OSMT is provided through the reports of patients, who registered an improved psychic and intellectual capacity. The authors are of the opinion that can be a supplementary therapeutic measure with depression, hospitalism, and geriatric-psychiatric clinical pictures. If these patients suffer from a reduced oxygen status, the OMST could provide a general biological activation, so that these patients would be more accessible to a specific psychotherapy, which includes in our understanding a social-energetic exchange (*Ammon* 1982). To evaluate this application, the oxygen status of selected clinical pictures should be measured as a first step.

Thereby the authors consider the interaction of biological-energetic and social-energetic processes as an interesting possibility, which corresponds to the holistic view of man in *Günter Ammon's* Humanstructurology.

Literatur bei den Verfassern

Adressen der Autoren:

Dipl. Psych. Gabriele von Bülow

Dr. med. Paul Weskamp

Gabriele Glatzel

Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen Akademie für
Psychoanalyse (DAP)

Wielandstraße 27/28

1000 Berlin 15

Cocaine Paranoia or Paranoid Schizophrenia — a Diagnostic Dilemma

George B. Palermo* und Mark T. Palermo** (Milwaukee)

Die Autoren gehen der Frage nach, weshalb kokainsüchtige Patienten mit paranoider Symptomatik diagnostisch häufig paranoid-schizophren reagierenden Patienten gleichgestellt werden bzw. die Differentialdiagnose mißlingt und der Drogenpatient irrtümlicherweise längerer stationärer psychiatrischer Behandlung zugeführt wird.

Ein ausführlicher historischer und neurophysiologischer Exkurs erhellt den geschichtlichen Hintergrund der Droge Kokain, welche ursprünglich von Inkapriestern bei rituellen Kultfeiern benutzt wurde. Die Verbreitung der Droge durch Jesuiten und spanische Inquisition wird dargestellt, die biochemischen Bemühungen der synthetischen Herstellung und die Entdeckung von Kokain als Lokalanästhetikum. Die Rolle von Sigmund Freud in der »Kokainaffäre« Ende des letzten Jahrhunderts wird diskutiert, seine eigene Erfahrungen und ersten Veröffentlichungen hierzu. Der neurophysiologische Exkurs zur Droge Kokain weist auf ähnliche biochemische Angriffspunkte in den subcortikalen Strukturen hin, wie sie auch in der schizophrenen Reaktion zu finden sind. Über eine Vielzahl von neurophysiologischen, biochemischen und psychiatrischen Untersuchungen wird die Verwandtschaft, aber auch Unterschiedlichkeit der Symptomatologie zwischen der Kokainparanoiareaktion und der schizophren-paranoischen Reaktion aufgezeigt. Fallstudien ergänzen das Bild.

Um Fehldiagnosen zu vermeiden, stellen die Autoren einen Katalog von Empfehlungen auf, welcher eine exakte Differentialdiagnostik ermöglicht. Sie tragen damit wesentlich zur adäquateren therapeutischen Behandlung des Kokainpatienten bei.

Historical background

With the conquest of Peru and the Incan Empire in the 16th century by the Spanish conquistadores, the »divine plant«, *Erythroxylon Coca*, was brought to the attention of the west. The history of this plant goes back to the 9th century B.C., during the Pre-Incan Yunga period, when it was used by priests during celebrations to the god Khunu. Legend tells us that coca was the gift of the sun god to his son, Manco Capac, first emperor of the Incas. It was a Jesuit, Thomas Orter, who, in 1499, first divulged information regarding the use of coca leaves. Later, *Pedro Cieza de Leon*, in 1550, in the »*Cornaca del Peru*«, described the plant and its use. The Jesuit *Jose de Acosta* described the pharmacological properties of coca in his »*Natural History of the Indies*« in 1590.

In 1567 the Spanish Inquisition in Lima, Peru, prohibited the use of coca because it was a substance without usefulness, only able to promote the superstitions of the Indios and their relationship with the devil. The Inquisition was concerned about the dangerously spreading use of the drug among European immigrants and the superstitious Indios (*Oakley 1983*).

The isolation of cocaine, the alkaloid derived from the leaves of *Erythroxylon Coca*, is usually attributed to the chemist *Gaedecke* in 1855, although some

* M.D., Associate Professor of Clinical Psychiatry, Medical College of Wisconsin, Milwaukee, Wisconsin, Senior Psychiatrist Milwaukee Courty Mental Health Complex and DePaul Drug and Alcohol Rehabilitation Hospital, Milwaukee, Wisconsin

** M.D., Resident in Psychiatry Medical College of Wisconsin, Milwaukee, Wisconsin

sources name the Austrian chemist *Albert Niemann* as discoverer between 1858-60. In 1864 *Schraff* stated that pure cocaine applied to the tongue would anesthetize it and in 1868 *Tomas Moreno y Maiz*, a Peruvian doctor, after experimenting on frogs, proposed the use of cocaine as a local anesthetic. *Bently*, in the U.S.A., used cocaine in the weaning off from morphine of soldiers during the Civil War (*Malizia* 1981).

An Italian physician, *Paolo Mantegazza*, pioneered the scientific study of coca and, already in 1859, had extensively written on »The Hygienic and Medicinal Virtues of Coca« (*Andrews* 1975). He praised the many virtues of the coca leaf to the point of stating, »God is unjust because he made man unable to withstand the continuous use of this drug.« *Mantegazza's* unquestioning acceptance of coca was well conveyed in his statement, »I would prefer to live only ten years, 'coqueando' than a billion years without it.« In 1860, *Mariani* wine, medicated with coca, appeared on the scene, and the Corsican *Angelo Mariani* was acclaimed as a benefactor of humanity. *F.E. Stewart* (1885) reported that Dr. *Louis Lewis*, in 1876, in Philadelphia, used coca cigarettes for his patients who had throat affections. *Stewart*, himself, used coca cigars in patients with hayfever. He noticed stimulant and anti-depressant effects.

In 1885, *John S. Pemberton* first introduced »French wine coca« and later a new patent medicine containing cocaine, advertised as a brain tonic and cure for all nervous affections. In 1884, *Aschenbrandt*, a German army physician, secured a supply of pure cocaine from the pharmaceutical firm Merck and gave it to Bavarian soldiers, reporting that it decreased fatigue.

Freud (1885) read *Aschenbrandt's* report and wrote to his fiancée on April 21, 1884, that he had tried 50 mg of cocaine on himself, and it had changed his bad mood into cheerfulness. The July-1884-issue of the *Centralblatt für die Gesamte Therapie* published an essay by *Freud* on cocaine. »Über Coca« introduced and propagandized the apparently good effects of cocaine for many conditions, among which were gastric disturbances and asthma. He also suggested its use as a local anesthetic and, most of all, as a mood stimulant (*Brecher* 1972).

Upon *Freud's* suggestion, his friend, *von Fleischl-Marxow*, a physician, took increasing doses of cocaine to wean himself from the morphine habit he had acquired. He developed cocaine psychosis, a syndrome which resembled acute paranoid schizophrenia. In July 1885, *Erlenmayer*, a German authority on morphine addiction launched the first of a series of attacks on cocaine as an addicting drug. In January 1886, *Freud's* friend *Obersteiner*, who had at first favored cocaine, reported that it produced severe mental disturbances. *Freud* continued to praise cocaine as late as July 1887, when he published a final defense of the drug but soon thereafter he discontinued all use of it, both personally and professionally (*Clark* 1980). Indeed, in 1887, following the accidental death of a few physicians and patients who were using cocaine, he was accused, by the medical faculty of the University of Vienna, of being unable to control the »third scourge of humanity.« It was then that *Freud* wrote, »Craving For and Fear of Cocaine«, in which he warned against the abuse of it (*Freud* 1974).

During the first decade of the twentieth century, cocaine was present and sold in drugstores in a great number of different products. The market offered many different drinks which contained coca: Kos-Kola, Kola-Aid, Vani-Kola, Rocokola. Authors such as *Arthur Conan Doyle*, the father of Sherlock Holmes, had the famous detective snort cocaine (*Musto* 1968). Even *Charlie Chaplin* in a scene of his 1936 film »Modern Times« snorts a white powdery substance in order to get strength.

It was only in 1914, with the Harrison Narcotic's Act, that cocaine was defined as a very dangerous drug. Due to federal and state pressure, cocaine went underground until the 1970's. In 1954, the American Commission on Narcotics stated that cocaine use had sharply declined but just one year later there was again a sharp rise in its use. After world War II, the world witnessed a brief intermezzo with synthetic amphetamines whose effect was similar to cocaine but whose price was very low. This reached epidemic proportions and Japan, Sweden, and the U.S.A. were swept by it. While the late 1960's witnessed the proscription of amphetamines, during the 1970's cocaine production from Bolivia, Peru, Colombia, and Ecuador began invading European and American markets. At present, cocaine is used by all classes of society.

Cocaine research

Modern psychopharmacology may have begun with the introduction of the drug cocaine by *Sigmund Freud*. In 1884, *Freud* wrote »In my last severe depression, I took coca again and a small dose lifted me to the heights in a wonderful fashion.« And, »I take very small doses of it regularly against depression. . . with the most brilliant success« (*Jones* 1953). The few unfortunate experiences which he later encountered with cocaine might have contributed to the long-standing psychoanalytic group's prejudice regarding psychopharmacology.

Most of the research studies and clinical observations support the idea that the use of cocaine, usually in the form of snorting, smoking or injecting, is followed by a progression of clinical syndromes — euphoria, depression, or dysphoria, paranoid reaction, and eventually psychosis. It is further accepted that the dosage and the chronic use of the drug are primary factors for the development of the above manifestations (*Post* 1975). Genetic or pre-morbid psychopathology are important co-factors.

A kindling or arousal phenomenon, facilitated by cocaine, as well as by amphetamines, has been proposed and extensively and masterly researched (*Post & Kopanda* 1976). It is at the level of the limbic system, a system of subcortical structures including the amygdala, the hippocampus, and septal regions, that kindling, or the limbic ictus, originates. These anatomical structures are not only involved in the limbic ictus also known as episodic discontrol, but also in psychotic symptomatology, atypical psychosis, a transient beha-

avior of a confused type. Continuous or intermittent stimulation of the amygdala in laboratory animals produces either rapid neuronal exhaustion or a kindling effect (*Monroe 1982*). Episodic neurophysiological dysfunctions of the limbic system, generally of short duration, may also be involved in schizophrenic reactions.

Cocaine is a potent psychomotor stimulant in humans. It generates general hyperactivity and behavior characterized by meticulous and repetitious arrangement of objects. Cocaine has demonstrated itself to be a potent inhibitor of monoamine reuptake at the synapse but without any significant antidepressant activity (*Barchas et al. 1977*). »The user, paranoid, has a clear sensorium and is not confused or disoriented. . . Stereotype, compulsive behavior . . . can develop. Addicts . . . repetitively pursue the same task . . . endlessly absorbed by minutiae« (*Post 1975*).

Research on cocaine has pointed to a basic dysfunction of neurotransmitters. It blocks the synaptic reuptake of norepinephrine (NE), dopamine (DA), and its action on serotonin (5HT) neurons is largely inhibitory. Some studies have suggested that repetitious administration of even small doses of cocaine produces an increased sensitivity over time and creates a so-called reverse tolerance thus potentiating the effect of catecholamines at the synapses (*Dackis & Gold 1988*).

Post (1975) and *Resnick (1984)* both state that cocaine may produce a variety of psychiatric syndromes. The behavioral progressive manifestations of cocaine users are usually the following: 1) No suspiciousness, 2) Irritated seclusive behavior, 3) Guarded fearful behavior, 4) Focused suspicion — unfounded fears; moderate hostility, 5) Focused paranoid ideation, 6) Overt psychosis (*Sherer 1988*). At times cocaine induced paranoia and hallucinations may lead to violent behavior — homicidal or suicidal. Typically, shortly after using cocaine, the user suddenly becomes paranoid. Hyperexcitability and bizarre behavior is usually present. In a study reported by *Spitz and Rosegan (1987)*, 57% of the users experienced psychiatric symptoms marked by irritability, socially disruptive behavior, omnipotent feelings, paranoid ideas, and hallucinations.

Jeri (1984) studied patients in a Peruvian hospital. They were coca paste smokers and most of them male. They usually developed paranoid thoughts and hallucinations. In another study, *Climent (1984)*, in Colombia, described the major symptoms as irritability, paranoia, hostility, hallucinations and suicidal ideation. *Washton et al. (1984)* reported that more than 60% of their group exhibited paranoid feelings. *Post and Kopanda (1975)* stated, »When cocaine is abused chronically, a paranoid psychosis . . . can result. After acute intravenous cocaine administration the development of a paranoid psychotic state (referred to by users as the bull horrors because of the intense fear of police) can occur . . . After chronic cocaine administration delusions of persecution may be vague . . . Suspiciousness normally follows long term use.«

An experimental study by *Sherer (1988)* showed that, »As the cocaine infu-

sion progressed, increasing focused suspicious behavior was evident to the point of overt paranoia. Psychiatric symptoms usually dissipated within hours . . . During the infusion study, however, we did document a significant relationship between plasma HVA and observer's rating for suspiciousness and paranoia.« In a study by *Patricia Erickson et al.* (1970), 23% of the participants reported feelings of paranoia.

Case Studies

The author extensively perused the literature regarding cocaine paranoid reaction. No detailed description of the quality of the so-called delusions and hallucinations suffered by the paranoid cocaine addict was found. The above has prompted the further investigation of these positive symptoms in the hope of finding a consistent ground which would enable an examiner to better differentiate the cocaine paranoid reaction from paranoid schizophrenia.

A group of 120 patients who had been using cocaine for periods ranging from one to twelve years, referred from the judicial system and drug counselors in Milwaukee, Wisconsin, was examined. Out of these 120 patients ten exhibited the symptomatology of a cocaine paranoid reaction. Previously, half of these ten patients had been erroneously diagnosed as suffering from paranoid schizophrenia by other examiners.

T.C. is a 22-year-old black male who came to the hospital because of feelings of persecution and auditory hallucinations. In another psychiatric hospital he had been previously diagnosed as suffering from a paranoid schizophrenia. His ideas of persecution were extremely vague: »People are against me. They are trying to do something against me. I don't know who they are.« The auditory hallucinations consisted of a »whispering voice«. Psychomotor agitation was present. His sensorium was clear and he had good eye contact. He had a long history of addiction to cocaine — snorting and smoking. He asked for help. A diagnosis of paranoid reaction due to cocaine was made and he was treated accordingly. After 36 hours, without psychotropic medication, the patient's symptomatology abated.

W.T. is a 24-year-old, black male, who came to the hospital because he could no longer withstand his cocaine addiction. He had been diagnosed as paranoid schizophrenia with manic features in another mental health care institution. He was talkative, slightly exuberant, and showed good eye contact. His paranoid ideation consisted of »People and the police are after me.« His auditory hallucinations were described as »whispering sound«. His sensorium was clear. He expressed his wish to get help. A diagnosis of paranoid cocaine reaction was made. The patient was treated accordingly. Two days later he was free from his paranoid reaction.

J.S. is a 26-year-old white female who came to our attention because of agitation, minimally depressed affect, suspiciousness, and paranoid thoughts. At a

different psychiatric center, two years earlier, she was diagnosed as schizoaffective reaction with paranoid ideation. She showed normal prosody and a sad, depressed look. She exhibited psychomotor agitation but good eye contact. Past history revealed alcohol addiction. During the past four years she had been using half an ounce of cocaine daily, snorting, smoking, and mainlining it. She expressed paranoid ideation claiming that people, in general, as well as police undercover agents, were watching her. She also had unformed auditory hallucinations and stated that what she heard sounded like a voice but she was not able to understand what it was saying. She was asking for help. A diagnosis of paranoid cocaine reaction was made and she was treated accordingly. Forty hours later she was free from her cocaine reaction.

J.C. is a 29-year-old black male who, on examination, stated, »I am tired of the way I am living. I can keep no job, no money, and I don't know what is going on.« He carried a previous diagnosis of paranoid schizophrenia and had been placed on Haldol and Cogentin without any benefit. His past history revealed an addiction to cocaine with daily use, »as often as I can get money«, for the past six years. His paranoid ideas consisted of »People are against me and are trying to do something to me.« He was unable to identify the people. He was fearful of them, but unable to state the type of harm with which they were threatening him. The type of hallucinations was expressed as follows, »I hear a voice in my head talking to me.« Later, during the conversation, he identified the voice as the voice of his conscience. He showed good eye contact and some restlessness. He described the usual Magnan formication. A diagnosis of paranoid reaction due to cocaine was made and he was treated accordingly. Thirty-six hours later he was free from his delusions and hallucinations.

The vagueness, concreteness and meagerness of the so-called delusions and hallucinations of the cocaine paranoid addict make them akin to the secondary delusions described by *Jaspers* (1963). The delusional ideas could easily be understood as elaborations of affectively important events in the patients' present lives. Secondary delusions were rather concrete and unformed.

The patients in the study, victims of cocaine paranoid reaction, always exhibited a certain restlessness and psychomotor agitation. Their paranoid delusional ideas were mostly of a persecutory nature but always unsystematized and very vague. »People are against me. They are trying to do something to me. I don't know who they are.« Paranoid ideas in these patients usually disappeared within 24 to 48 hours. In the study reported by *Shick* (1985), »Suicidal preoccupation and paranoid ideation among cocaine abusers tended to disappear more rapidly than we originally envisioned, usually within the first 24 hours after admission.« A pervasive paranoia is persistently felt by the addict and is punctuated by distressing paranoid delusions in which the addict believes others are »spying on him« or »out to get him.«

The vagueness of their paranoid ideation, along with their agitation and restless behavior, is quite in contrast with the classic picture of paranoid schizophrenia. *Bleuler* (1934) in his classic work »Textbook of Psychiatry«, stated,

regarding schizophrenia, »Thus one speaks of a defect in the emotional rapport, which is an important sign of schizophrenia. One feels emotionally more in touch with an idiot who does not utter a word than with a schizophrenic who can still converse well, intellectually, but who is inwardly unapproachable.« Again, referring to schizophrenia, he stated, »There is loss of affectivity or indifference.« That is in contrast to the hypervigilance, restlessness, and purposeless psychomotor agitation which is usually observed in paranoid cocaine reaction. The paranoid behavior of cocaine addicts shows a certain obsessive searching for the fantasized persecutors in their ambience as well as in the outside environment. As the wife of a patient stated, »For hours my husband, while under the effect of cocaine, had the shades in our bedroom windows pulled down and was peeking out of the window in an obsessive search for unidentified people supposedly after him. At times he spoke of the police and neighbors.«

The visual hallucinations described were a gross misinterpretation of reality, with abstract images and alterations of color, size, and shape, typical of an organic nature. In our cases the auditory hallucinations were mostly poorly defined noises, even whispering. Auditory hallucinations have been reported in drug-induced psychosis but when they occur they are usually unformed and are experienced as indistinct noises. Tinnitus and buzzing are at times heard. Occasionally, however, they can become more formed and be heard as music or indistinct whispering voices (*Siegel* 1978).

When the auditory hallucinations were identified as voices, they were actually similar to obsessive ruminations. The schizophrenic splitting between thought and affect described by *Bleuler* was never observed. The patients, when relating their pseudo-paranoid ideas, did not show the flatness of affect or emotional detachment that he described. Their affect was at unison with the content of their thinking. Insight, that is the realization of being in an abnormal condition, is absent in the schizophrenic reaction, except in some initial phases but it was present in the patients in the study we report.

The age group of the patients should be taken into consideration. As *Arieti* (1959) states in his »Handbook of Psychiatry«, »Onset of paranoid schizophrenia usually occurs a little later in life than other types. It is more common in the fourth and fifth decades.« Our patients have always been in their twenties and thirties. In »Modern Clinical Psychiatry«, *Noves and Kolb* (1958) also state that paranoid schizophrenia »occurs most frequently after thirty years of age.«

Usually the paranoid schizophrenics are not only irritable, resentful, discontented, and angrily suspicious, but show a surly aversion to being interviewed. Our cocaine paranoid patients showed an intense desire for communication and help. The premorbid personality leading to a paranoid reaction was not of a schizoid type but that of a sociopathic personality that has been »doing« drugs to excess, especially cocaine, for many years. *Weiss and Mirin* (1987) reported that 90% of 39 hospitalized chronic cocaine abusers met DSM-III-R criteria for a personality disorder, mostly borderline and narcissistic disorders.

Surprisingly, in their study, only 3% met criteria for anti-social personality. The prevalence and types of personality disorders among different populations, however, is likely to be a function of the demographic and socio-economic characteristics of those seeking treatment and the treatment setting. Socio-economic status is inversely related to aggressive paranoid reaction. In a 1984 study of upper-income cocaine abusers, 65% showed paranoid feeling (*Washton and Gold 1987*).

The recovery period of the paranoid cocaine addict is also remarkably short, unlike the paranoid schizophrenic. The paranoid cocaine addict promptly recovers with or without medication. At times within a period as short as 24 hours to a maximum of a few days his pseudo-paranoid ideas completely disappear. *Wang (1987)* states, »Psychotic symptoms and depression are usually brief and remit following prolonged sleep, but may require observation and suicide prevention . . . Counseling or psychotherapy are usually employed.«

In support of a later onset of paranoid schizophrenia as opposed to that of paranoid cocaine reaction, the DSM-III-R (1987) clearly states, »Onset of paranoid schizophrenia tends to be later in life than the other types. Occupational functioning and capacity for independent living is considerably better than other types of schizophrenia.« That is in contrast to the behavior of the patients that we have observed. They were unable to function and they had lost the capacity for independent living. Their hyperactivity, their ritualistic stereotyped behavior, and their paranoid suspicion impeded them from properly and gainfully involving themselves in the business of life. As *T.W. Estroff (1987)* has pointed out, »The cocaine addict has sufficient reality testing left to realize that his perceptions are not correct, despite the experience of paranoid thoughts and auditory hallucinations.« That is quite different from paranoid schizophrenia. He also states, »Knowing that their symptoms are not real they have enough self-control not to act on their psychotic symptoms, but this does not keep them from constantly checking their environment. They remain hypervigilant, often staring out of a window for hours, watching for the police, for the F.B.I., believing they are 'out to get me'.« In his study *Garwin* reported two cases of paranoid reaction due to cocaine. Both the addicts' delusions centered around their possible persecution by either federal drug enforcement agents or imaginary drug dealers. *Garwin (1986)* states that in his experience paranoid episodes did not occur with each use of cocaine and only when very large quantities of cocaine were available and binges were prolonged. He also added that his patients recovered rapidly, within one day of ending a cocaine binge. The physiology of the limbic system can be altered not only by electrical and chemical stimulation but also by environmental stressful situation. This last possibility could explain the role of stress in determining the emotional and mental reactions, usually called flashback, reported by many former addicts.

It should not be forgotten that cocaine abusers may be self-medicating a psychiatric disorder. A dual diagnosis may be necessary. Past history and family reports can be useful in order to clarify diagnostic issues.

In 1984, the National Institute on Drug Abuse declared cocaine the drug of greatest health concern. Cocaine abuse has increased markedly over the last ten years. In 1974, 5.4 million Americans admitted to having tried cocaine at least once; by 1985 22 million had tried it. The decreased price and increased availability of the drug, especially in the form of crack, has made it accessible to people of all ages, races, and socio-economic classes. Cocaine-related deaths in 1981 were 190; in 1984 they were 578 (National Institute on Drug Abuse 1984). The craving for cocaine is increasingly rampant. A substantial increase in cocaine psychosis has been seen, also, at the Haight-Ashbury Free Medical Clinic, as a consequence of the increasing use of free-base cocaine (*Smith* 1986). *Siegel* (1978) described five stages of escalating cocaine use: experimental, social-recreational, circumstantial-situational, intensified, and compulsive. It is no surprise that cocaine is such a compulsively abusing substance. Laboratory animals prefer cocaine to food, water, sleep, or sex, and continue to do so in the face of aversive punishment and debilitation (*Pollack, Brotman, Rosenbaum* 1989). Cocaine remains rewarding even when administered at toxic levels (*Fisher, Raskin, Uhlenhuth* 1987).

A recent report on the U.S. cocaine epidemic by the National Institute on Drug Abuse shows no significant increase in cocaine abuse in New York, Philadelphia, San Diego, and New Orleans, during 1989. A decline in its use was also noted in Washington, D.C. during the latter four months of that year. However, there is the possibility that the cocaine market is moving into suburban and rural areas of the United States (*Baker* 1987).

Conclusions and suggestions

Paranoid cocaine reaction is a rare, self-limited entity. Its disappearance is quite sudden and dramatic, after a 24-48 hour cocaine free period. In order not to throw the cocaine addict with paranoid reaction into the large cauldron of schizophrenia and, in particular, its paranoid type, we suggest the following: 1) A brief period of observation — maximum 24 hours, possibly without prescribing any psychotropic medication, would allow the patient to return to his normal self, because of the very short half-life of the cocaine blood level. Several studies, and our own observations, confirm the above. 2) A thorough history and physical examination should be done with special emphasis on the use of cocaine: for how long, how much, and how often. Urine testing for cocaine should be a routine procedure. The therapist should know when the symptoms began and how they related to the possible drug intake. He/she should ask about masturbatory rituals, »cake bugs«, paranoia and visual hallucinations. The examiner should look for the presence of mydriasis — cocaine induced enhancement of norepinephrine tonically released from sympathetic fibers that innervate the radial muscle of the iris. 3) Inquiry into any psychiatric illness preceding the addiction should be made. 4) Friends and relatives of

the patient should be interviewed or contacted if at all possible. 5) The paranoid patient should be asked to accurately describe both delusions or hallucinations. It is our experience that cocaine addicts who go through the stage of paranoid reaction usually verbalize unformed, concrete, unexplainable and occasionally bizarre delusions which we should call pseudo-delusions. Likewise, their hallucinatory experiences are basically of an organic type as previously reported. The difference between this type of delusion and hallucinations and schizophrenic delusions is striking. 6) In the paranoid reaction observed in cocaine addicts the affect is usually congruous with the thought content. Fear and psychomotor agitation are present. The patient's psychomotor agitation and the insistent search for communication and help should alert the therapist that he is dealing with a toxic reaction to cocaine rather than with paranoid schizophrenia. 7) Age is an important differentiating factor between paranoid schizophrenia and paranoid reaction due to cocaine. The patient suffering from paranoid cocaine reaction is usually much younger. 8) The recovery time from the paranoid agitation should be checked. Indeed, a good night's sleep without cocaine may be enough to return the patient to a clear state of mind, free from delusions and hallucinations in the case of a reaction due to cocaine. 9) Obviously, it is mandatory to reassess the patient's clinical behavior and mental status at the end of 24 hours and for three consecutive days. 10) A medicinal straight jacket with psychotropic medication would only complicate the differential diagnosis, and possibly create serious long-term consequences. An erroneous diagnosis would be, in this case, iatrogenically determined.

The diagnostic dilemma that has puzzled many practitioners, the diagnostic differentiation of paranoid schizophrenia from paranoid reaction due to cocaine abuse can be avoided and the erroneous labeling of the cocaine addict with paranoid reaction as paranoid schizophrenic would not ensue. The negative consequences of such labeling on present and future diagnostics and therapy, rehabilitation, and social stigma would not occur.

The old Hippocratic dictums, »Observation will always lead to proper diagnosis«, and »Nature has its own healing power« should always be present in the physician's mind when confronted with a problematic patient. A very careful pharmacological intervention, however, may, at times, be necessary.

Today's epidemic of cocaine is different from the one at the turn of the century. Government anti-drug campaigns may be helping to turn the tide. A decline in the use of cocaine has been reported in 1987 among high-school seniors and young adults (Psychiatric News 1988). On the social scene, the media should be less inclined toward scandalistic scoops. No social purpose is served by the frequent reporting of the quantity and dollar value of the cocaine sequestered by authorities. Factual information regarding the mental, physical, and social consequences of cocaine use and abuse should continue to be an integral part of the media's communication, along with topics concerning the

importance of personal moral integrity, values and virtues, as well as human feelings and family ties. The individual should be helped to reflect that personal economic difficulties and/or personal psychological depression cannot be approached by finding oblivion and ego strength in a drug that has been proven by numerous scientific studies and the professional observation of patients' experiences to be utterly disturbing to the human mind and profoundly disruptive to society.

This second world-wide wave of cocaine abuse has created a concern, fears, and societal disruption. The approach to this problem and to the many victims of self-illusion, and socio-economic manipulation, has not brought about, so far, any changes, but only frustration and confusion. The only real prevention of cocaine abuse, besides the apparently futile societal crackdown on primary and secondary dealers, certainly lies in the single individual's sensitization to the disastrous effects of this curse of society. As *Sidney Cohen* (1985) aptly states, »Cocaine is in fact an entrapping agent that promises happiness and, in the end, offers nothing but disaster.«

Koakain-Paranoia oder paranoide Schizophrenie — ein diagnostisches Dilemma

George B. Palermo und Mark T. Palermo (Milwaukee)

Mit der Eroberung von Peru und des Reiches der Inkas im 16. Jahrhundert durch spanische Eroberer bekam die »göttliche Pflanze«, das Erythroxyllon-Coca, weltweite Öffentlichkeit. Die Geschichte dieser Pflanze geht zurück bis ins 9. Jahrhundert vor Christus — sie wurde von Priestern für rituelle Kultfeiern zu Ehren des Gottes Khunu benutzt. Im 13. und 14. Jahrhundert verbreitete sich die Kunde von den Koka-Blättern vor allem durch die Jesuiten, später verbot die spanische Inquisition den Gebrauch von Koka aus Sorge über die Verbreitung bei den europäischen Einwanderern und um den »Aberglauben« der Indios und deren »Verbindungen mit dem Teufel« nicht zu unterstützen.

Die chemische Isolation des Alkaloids Koka gelang im 19. Jahrhundert und man entdeckte, daß reines Kokain als Lokalanästhetikum wirkt. In den USA wurde es auch genutzt als Entzugsdroge für morphiumsüchtige Soldaten, erste wissenschaftliche Studien wurden veröffentlicht, zum Teil mit euphorischen Beschreibungen der Wirkung. Vor allem in den USA entwickelte sich der Gebrauch von Koka-Zigaretten als Psychostimulans und Antidepressivum, Erfrischungsgetränke wurden gebraut, der Droge eine Wunderwirkung zugeschrieben. Auch *Sigmund Freud* benutzte eine Zeitlang diese Droge, veröffentlichte darüber, bekämpfte eigene Depressionen damit und erst die psychotische Reaktion eines Freundes und der plötzliche Tod einiger Patienten brachte ihn zur Absetzung der Droge und führte zu seiner Anklage vor der medizinischen Fakultät der Universität Wien.

In der ersten Dekade des 20. Jahrhunderts weitete sich der Gebrauch von Kokain rapide aus, das Alkaloid entwickelte sich zur »Wunderdroge«, war in allen Gesellschaftsschichten beliebt und wurde erst 1914 in den USA gesetzlich als gefährliche Droge eingestuft.

Kokainforschung

Die moderne Psychopharmakologie begann mit der Einführung von Kokain durch *Sigmund Freud*: 1884 veröffentlichte er ein »Loblied« auf die am eigenen Leib erfahrene aufheiternde Wirkung — eine der ersten Arbeiten über diese Droge. Klinische Studien und Beobachtungen bestätigten, daß der Gebrauch von Kokain, im allgemeinen in Form von Schnupfen, Rauchen oder Injektionen, begleitet wird von einer Zunahme klinischer Syndrome, wie Euphorie, Depression, Disphorie, paranoiden Reaktionen und unter Umständen auch einer psychotischen Reaktion.

Neurophysiologisch wurde das limbische System, eine subkortikale Struktur in Verbindung mit der Amygdala, dem Hippocampus und dem Septum als verantwortlich entdeckt. Kurzzeitige neurophysiologische Dysfunktionen des limbischen Systems konnten ebenfalls für die schizophrene Reaktion verantwortlich gemacht werden.

Kokain wurde als potentes psychomotorisches Stimulans, welches generelle Hyperaktivität induziert, wissenschaftlich untersucht und als potenter Monoamin-Hemmer mit antidepressivem Effekt entschlüsselt. Grundlegende Kokainforschung ermittelte eine Dysfunktion des Neurotransmitter-Stoffwechsels, Kokain blockiert die synaptische Aufnahme von Norepinephrin, von Dopamin und auch die Wirkung bezogen auf Serotonin ist weitgehend hemmender Natur.

Die Studien von *Post* (1975) und *Resnick* (1984) beschreiben das Spektrum psychiatrischer Symptome mit folgendem progredienten Verlauf:

1. kein Argwohn
2. leichte Irritierbarkeit und Rückzugsverhalten
3. vorsichtiges, ängstliches Verhalten
4. zunehmendes Mißtrauen, unbegründete Ängste, mäßige Feindseligkeit
5. massive paranoide Wahnideen
6. offene Psychose (*Sherer* 1988).

Eine andere Studie, *Spitz* und *Rosegan* (1987), berichtet, daß 57% der Kokainpatienten psychiatrische Symptome zeigten, die gekennzeichnet waren durch Irritierbarkeit, Kontaktabbruchverhalten, Gefühle von Größenwahn, paranoide Ideen und Halluzinationen.

Fallstudien

Die Autoren überprüften sorgfältig die vorhandene Literatur bezüglich der paranoiden Reaktionen nach Einnahme von Kokain, sie fanden keine genauen Beschreibungen der Qualität sogenannter Wahnwahrnehmungen oder Halluzinationen. Zur besseren differentialdiagnostischen Unterscheidung der

kokain-paranoiden Reaktionen von der paranoiden Schizophrenie wurden 120 Patienten untersucht, welche die Droge in einem Zeitraum von einem bis zu zwölf Jahren eingenommen hatten. Von dieser Untersuchungsgruppe zeigten zehn Patienten die typische kokain-paranoide Reaktion, die Hälfte dieser Patienten wurde fälschlicherweise als paranoid-schizophren diagnostiziert. In allen beschriebenen Fällen zeigte sich die Unbestimmtheit und Dürftigkeit der sogenannten Wahnwahrnehmungen und Halluzinationen der Kokainparanoia-Patienten, welche den sekundären Symptomen, wie sie von *Jaspers* (1963) beschrieben werden, vergleichbar sind. Die paranoide Wahrnehmung war im allgemeinen gekennzeichnet von Verfolgungsideen, jedoch stets unsystematisch und sehr vage, häufig auf konkrete Verfolgung durch Polizei oder Drogenbehörden bezogen. Auffallend war auch das Bedürfnis nach Hilfe und Unterstützung, die erheblich höhere Kontaktfähigkeit und das Fehlen inadäquater Affekte, wie sie bei der schizophren-paranoischen Reaktion zu finden sind. Kokainpatienten unterschieden sich auch in der Altersstruktur von schizophren-reagierenden Patienten, letztere liegen im Altersdurchschnitt nach einer Veröffentlichung von *Arieti* (1959) eher in der vierten bis fünften Lebensdekade, wohingegen Kokainpatienten eher zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr auffällig werden.

Ein deutlicher Unterschied zeigte sich auch im psychiatrischen Interview, paranoid-schizophrene Patienten sind gewöhnlich nicht nur irritierbar, empfindlich, paranoisch-feindselig und kontaktabbrechend, sondern zeigen auch im Gegensatz zu den Kokainpatienten eine starke Aversion gegenüber dem psychiatrischen Interview. Kokainpatienten hingegen zeigen einen starken Wunsch nach Kommunikation und hilfreicher Unterstützung. *Weiss* und *Mirin* (1987) berichten, daß 90% von 39 hospitalisierten chronischen Kokainpatienten entsprechend den DSM-III-R-Kriterien zufolge eher in die Kategorie von Persönlichkeitsstörungen gehören, überwiegend in den Bereich der Borderline- und narzißtischen Störungen. Auch hinsichtlich der Genesungszeit zeigen sich deutliche Unterschiede: Kokainpatienten erholen sich im allgemeinen ohne psychopharmakologische Medikation in einem Zeitraum von 24 Stunden bis hin zu ein paar Tagen im Gegensatz zu paranoid-schizophren reagierenden Patienten.

Schlussfolgerungen und Konsequenzen

Aufgrund des raschen Abklingens der paranoiden Symptomatik innerhalb von 24 bis 48 Stunden beim Kokainpatienten empfehlen die Autoren differentialdiagnostisch folgendes Vorgehen, um zu verhindern, daß diese Gruppe mit in den »Topf« der Schizophrenreagierenden geworfen wird:

1. Eine kurze Beobachtungsperiode, maximal 24 Stunden, wenn möglich ohne psychopharmakologische Medikation.
2. Eine genaue psychiatrische und internistische Anamnese mit Schwerpunkt auf Drogenmißbrauch. Hierzu gehört auch Urinkontrolle, das Erfragen, wann die Symptome begannen, in welcher Relation sie zu Drogenmiß-

brauch stehen, Befragung hinsichtlich des Sexualverhaltens, Klärung von Pupillenreaktionsstörungen, paranoider, haptischer und visueller Halluzinationen.

3. Psychiatrische Anamnese früherer Erkrankungen.
4. Interview mit Freunden, Verwandten und anderen Bezugspersonen.
5. Exakte Befragung des Patienten bezogen auf Wahrnehmungstäuschungen und Halluzinationen.
6. Besonderes Augenmerk sollte auf die Differentialdiagnose zwischen Affektinkongruenz sowie formaler und inhaltlicher Denkstörungen gelegt werden.
7. Beachtung des Lebensalters — der Kokainpatient ist im allgemeinen erheblich jünger.
8. Der Zeitraum bis zur Wiedererlangung der Symptomfreiheit sollte genau beachtet werden, unter Umständen kann ein guter und tiefer Nachtschlaf ohne Kokain den Patienten von Wahrnehmungstäuschungen und Halluzinationen befreien.
9. Genaue Beobachtung des Patientenverhaltens und erneute Diagnosestellung nach Ablauf von 24 Stunden und in den folgenden drei Tagen.
10. Psychopharmakologische Medikation kann die Differentialdiagnose erheblich komplizieren bzw. unter Umständen zur Fehldiagnose führen.

Fehldiagnostizierung mit allen negativen Konsequenzen kann auf diese Art und Weise verhindert werden. Auch hier gilt die alte hypokratische Empfehlung, daß Beobachtung stets zur richtigen Diagnose führt und daß die Natur selbst ihre eigene Heilkraft hat.

Abschließend weisen die Autoren daraufhin, daß der derzeitige epidemischen Ausbreitung des Kokains — anders als zur Jahrhundertwende — entgegengesteuert werden könnte durch staatliche Anti-Drogen-Kampagnen, weniger skandalträchtige Meldungen in den Medien, mehr sachliche Darstellung über die psychischen, physischen und sozialen Folgen des Kokain-Mißbrauchs. Dem einzelnen sollte geholfen werden, die eigenen ökonomischen und persönlichen psychischen Schwierigkeiten zu bewältigen, um nicht mit Hilfe einer inzwischen wissenschaftlichen nachgewiesenen schädlichen und gefährlichen Droge Vergessen zu suchen und Probleme zu kompensieren. Die Illusion endet im Desaster. *Sidney Cohen* (1955) konstatiert hierzu lapidar: Kokain ist in der Tat eine große Verführung, die Seligkeit verspricht, aber am Ende nichts als Desaster bringt.

Literature

- Andrews, G. & Solomon, D.* (Eds.) (1975): *The Coca Leaf and Cocaine Paper*. (New York: Harcourt Brace Jovanovich)
- Arieti, S.* (1959): *American Handbook of Psychiatry*, Vol. I. (New York: Basic Books)
- Backer, T.E.* (1987): Strategic planning for workplace-drug abuse programm. N.I.D.A. U.S. Dept. of Health and Human Services, Pub. No. (ADM) 1538.
- Bleuler, E.* (1934): *Textbook of Psychiatry* (New York: MacMillan)

- Brecher, M. (1972): Licit and Illicit Drugs — Cocaine (New York: Consumers' Union Mount Vernon)
- Clark, R.W. (1980): Freud — The Man and the Cause (New York: Random House)
- Climent, C.E. & Aragon, L.V. (1984): Clinical aspects of coca paste smoking (basuco) in Columbia. Presented at WHO Advisory Group Meeting on The Adverse Health Consequences of Cocaine and Coca Paste Smoking, Bogota
- Cohen, S. (1985): Cocaine, myths and consequences. In: *Brink, C.J.* (Ed.): Cocaine: A Symposium, sponsored by Wisconsin Institute on Drug Abuse and National Institute on Drug Abuse.
- Dackis, C.A. & Gold, M.S. (1988): Psychopharmacology of cocaine. In: *Psychiatric Annals* Vol. 18: 529.
- DSM III-R (1987) p. 197.
- Erickson, P.G.; Adlaf, M.E. & Murray, G.F. et al. (1987): Problems with cocaine. In: *The Steel Drug*. (Lexington, Massachusetts: Lexington Books)
- Estroff, T.W. (1987): Medical and biological consequences of cocaine abuse. In: *Washton, A.M. & Gold, M.S.* (Eds.): Cocaine — A Clinician's Handbook (New York/London: Guilford Press)
- Freud, S. (1970): On the general effects of cocaine. Lecture before the Psychiatric Union, 1885. Translated in *Drug Dependence*. (5) 15-17.
- Freud, S. (1974): In: *Byck, R.* (Ed.): Cocaine Papers (New York: Stonehill)
- Fisher, S.; Raskin, A. & Uhlenhuth, E.H. (1987). Cocaine. *Clinical and Biochemical Aspects* (New York: Oxford University Press)
- Gawin, F.H. (1986): Neuroleptic reduction of cocaine-induced paranoia but not euphoria. In: *Psychopharmacology* (90) 142-143
- Jaspers, K. (1963): *General Psychopathology* (Chicago: University of Chicago Press)
- Jeri, F.R. (1984): Coca paste smoking in Latin-America: a review of a severe and unabated form of addiction. In: *Bulletin of Narcotics* (36) 15-32
- Jones, E. (1953): The cocaine episode. In: *Trilling, L. & Marcus, S.* (Eds.): *The Life and Work of Sigmund Freud* (New York: Basic Books)
- Malizia, G. (1981): *Droga '80*. Turin: C.G. Edizioni Medico Scientifiche.
- Monroe, R.R. (1982): Limbic itctus and atypical psychosis. In: *Journal of Nervous and Mental Disorders* (170) 711-716
- Musto, D.F. (1968): As study in cocaine — Sherlock Holmes and Sigmund Freud. In: *Journal of the American Medical Association*. (204) 125-130
- National Institute on Drug Abuse: Research Monograph Series*. (1984) 3-mono 49: 247-254.
- Noyes, A.P. & Kolb, L.C. (1958): *Modern Clinical Psychiatry* (Philadelphia & London: W.B. Saunders)
- Oakley, R. (1983): *Drugs, Society and Human Behavior* (St. Louis & Toronto: C.V. Mosby)
- Pollack, M.H.; Brotman, A.W. & Rosenbaum, J.F. (1989): *Cocaine Abuse and Treatment* (New York: Grune and Stratton)
- Post, R.M. (1975): Cocaine psychosis: a continuum model. In: *American Journal of Psychiatry* (132) 225-231
- Post, R.M. & Kopanda, R.T. et al. (1976): Cocaine, kindling and psychosis. In: *American Journal of Psychiatry* (133) 627-634.
- Psychiatric News* (1988): Government campaign to halt drug abuse beginning to show some success (23) 17.
- Resnick, R.B. & Resnick, E.B. (1984): Cocaine abuse and its treatment. In: *Psychiatric Clinics of North America* (7) 713-728.
- Sherer, M.A. (1988): Intravenous cocaine: psychiatric effects, biological mechanisms. In: *Biological Psychiatry* (24) 865-885.
- Shick, FE. (1985): Psychopathology among cocaine abusers — precision in diagnosis. In: *Brink, C.L.* (Ed.): Cocaine: A Symposium, sponsored by Wisconsin Institute for Drug Abuse and the National Institute on Drug Abuse.
- Siegel, R.K. (1978): Cocaine hallucinations. In: *American Journal of Psychiatry* (135) 309-314
- Smith, D.E. (1986): Cocaine-alcohol abuse, epidemiologic, diagnostic and treatment considerations. In: *Journal of Psychoactive Drugs* (18) 117-129
- Spitz, H.I. & Rosegan, J.S. (1987): *Cocaine Abuse: New Directions in Treatment and Research* (New York: Brunner-Mazel)
- Stewart, F.E. (1985): Coca leaf cigars and cigarettes. In: *Philadelphia Medical Times and Register* (15) 933-935
- Wang, R.I. (1987): *Practical Drug Therapy* (Milkwaukee: Meadstream Press)

- Washton, A.M. & Tatarsky, A. (1987): In: Washton, A.M. & Gold, M.S. (Eds.): Cocaine — A Clinician's Handbook (New York, London: Guilford Press)*
- Washton, A.M. & Gold, M.S. (1987): Cocaine — A Clinician's Handbook (New York: Guilford Press)*
- Weiss, R.D. & Mirin, S.W. (1987): Cocaine (Washington, D.C.: American Psychiatric Press)*

Address of the author:
George B. Palermo, M.D.
925 East Wells 316
Milwaukee, WE 53202
U.S.A.

Buchbesprechungen / Book Reviews

Günter Ammon

Der mehrdimensionale Mensch — Zur ganzheitlichen Schau von Mensch und Wissenschaft (I)

»Pinel« Verlag, München, 1986, 410 S., 45 Abb., Paperback DM 28,—, Leinen DM 38,—

Vorträge 1969—1988 (II)

»Pinel« Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie München, 1988, 442 S., 80 Fotos 16 Abb., 7 Tabellen, Paperback DM 38,—

Bei der Beurteilung dieser Bücher muß zwischen der weltanschulichen Grundeinstellung des Autors, der von seinem Verlag »als der fortschrittlichste, aber auch als der umstrittenste Psychiater in der BRD« bezeichnet wird. (I. hinterer Buchdeckel), und seiner konkreten therapeutischen Verhaltensweise unterschieden werden. Freimütig erklärt Ammon: »Wenn wir heute von verschiedenen Seiten als New-Age-Psychiatrie bezeichnet werden, so ist dies richtig gesehen, wenn man das Grundprinzip der von uns vertretenen Mehrdimensionalität, nämlich die Integration und Identität von menschlicher Persönlichkeit und Wissenschaft anerkennt, wie auch das Ernstnehmen der menschlichen Potentiale wie konstruktive Aggression und Sexualität« (I. S. 13). Seine »humanistische Dynamische Psychiatrie . . . hebt den menschenfeindlichen Dualismus von gut und böse, Körper und Geist, Gott und Natur, weiblich und männlich, Leben und Tod, jung und alt, gesund und krank, Frieden und Aggression auf und verändert Mensch und Wissenschaft« (I. S. 15) Aus diesem weltanschaulichen Bezugssystem, das nicht mit dem christlichen Glauben vereinbar ist, ergibt sich folgerichtig das Ammonsche Menschenbild: »Der Mensch ist androgyn, d.h. zweigeschlechtlich angelegt, sowohl körperlich wie psychisch. Er hat die Möglichkeit, sich sowohl männlich als auch weiblich zu erleben und zu verhalten. Dabei ist Androgynität entsprechend unserem ganzheitlichen Persönlichkeitskonzept auf den ganzen Menschen bezogen und betrifft alle Dimensionen der Identität, nicht nur die Sexualstruktur, sondern die Struktur des Lebensstils, der Körperlichkeit, der Emotionalität, der Berufs- und Arbeitswelt, die Partnerwahl usw.« (I. S. 20).

Die pantheistischen Ansichten des Autors und seine Überbetonung der (tatsächlich in jedem Menschen vorhandenen) Androgynität (»Androgynität ist der höchste Ausdruck und die alles umfassende Möglichkeit von Menschlichkeit und menschlichem Sein«. II. S. 354) können wir Christen nicht übernehmen: daher auch nicht sein therapeutisches Hauptziel: »Identitätstherapie heißt . . . vor allem den Menschen zu helfen, zu ihrer eigenen Androgynität zu finden, zu einem freien Umgehen mit dem ihnen zur Verfügung stehenden Potential« des (ganzheitlichen) Menschseins gegenüber einer heute leider immer noch vorherrschenden »eindimensionalen« materialistisch-rationalisti-

schen Vorstellung des Patienten als einer Art »defekter Maschine« dürfen wir ebenso begrüßen, wie das konkrete therapeutische Grundverhalten Ammons: »Die mehrdimensionalen Möglichkeiten und Bedürfnisse des Menschen sind für seine Heilung wichtiger als die Kausalität seines Zustandes. Einen Menschen zu kategorisieren und sich vorwiegend auf die Kausalität seiner Verhaltensweisen zu konzentrieren, zerstört jede menschliche Beziehung und ist deshalb antitherapeutisch« (I. S. 18). Die Richtigkeit und vor allem die »Heilsamkeit« einer derartigen Einstellung wird im Blick auf die »Therapie der schizophren reagierenden Patienten« besonders deutlich: »Die Therapie des schizophren Reagierenden ist Identitätstherapie. Identitätstherapie heißt nicht, Symptome zu kurieren, sondern den schizophren Erkrankten aus seiner Einsgeschlossenheit, seinen Vernichtungs- und Verlassenheitsängsten zu befreien und ihn als Mensch bei der nachholenden Entwicklung seiner bislang verstümmelten und unterdrückten Fähigkeiten, Ausdrucksmöglichkeiten und Lebensmöglichkeiten, d.h. seiner gesamten Persönlichkeit, an der Seite zu stehen« (II. S. 381). »Am Ende der Therapie soll die eigene Identität des Patienten stehen, d.h., daß er sich selbst gefunden hat, mit sich selbst in Kontakt treten kann, also Selbstvertrauen und ein Selbstwertgefühl hat und mit seinen eigenen inneren Werten umgehen kann« (II. S. 382).

Die heutige »Schulpsychiatrie« bleibt den »Schizophrenen« (was immer man im einzelnen darunter verstehen mag), den wohl am meisten verkannten — und mißhandelten — Patienten unter uns, gewöhnlich eine solche humane — und christliche! — Behandlung noch schuldig. Ammon hat einfach recht mit seiner Schelte: »Als unverantwortlich und als einen Kunstfehler sehen wir es an, wenn immer noch Massen von Menschen in großen psychiatrischen Anstalten gehalten und so behandelt werden, als wären sie unheilbar krank. Durch oft jahrzehntelanges Gefangengehalten werden, bei dem man sie aller Menschenrechte beraubt und zu demoralisierten und entmenschlichten Wesen macht, entsteht erst das, was man als Hospitalismus beschreibt. Zu diesem sozialen Hospitalismus tritt dann häufig noch ein psychopharmakologischer, der durch oft jahrzehntelang gegebene Höchstdosen zum Teil irreversible Folgen nach sich zieht« (II. S. 260).

*Hilfe und Heil, ökumenische Zeitschrift
zur Förderung der kirchlichen Aufgabe
des heilenden Handelns im Christusauftrag.
Österreichische Arbeitsgemeinschaft
»Arzt und Seelsorger«*

*(Nachdruck mit freundlicher Genehmigung der
Redaktion der Zeitschrift)*

M. Ye. Burno

Therapy by Means of Creative Self-Expression
(*Publikation in Russisch*)

Meditsina-Verlag, Moskau, 1989, 304 S., mit zahlr. Abb.

The author describes the experience of psychotherapeutic treatment of twenty-five years standing given to 312 patients, various groups of psychopaths with defensive disorders (psychoasthenics, asthenics, defensive cycloides, schizoids, epileptoids, defensive hysterical psychopaths and anacasts), as well as to patients suffering from slowly progredient schizophrenia with defensive manifestations. In the course of this long out-patient work striking stable compensations and remissions have been achieved in 80 per cent of the cases, the compensations and remissions bearing a psychotherapeutically developed ability to cope seriously »with light in one's heart« and the knowledge of life and of people's characters with one's own pathology and painful hardships of everyday life.

The author has worked out a psychotherapeutic method of therapy by means of creative self-expression with an understanding of one's own social usefulness and with the development of a stable bright world outlook on this basis.

The book contains a detailed description of therapeutic methods of creative work which interlace on the basis of individual and group educational and enlightening clinical work in the cosy »domestic« atmosphere of the psychotherapeutic room. The methods include the creation of works of literature and art by the patients themselves, therapy by means of contacts with nature, by means of creative communion with literature, science and art, therapy produced by collecting various things, by immersing creatively in the past, therapy by means of keeping a diary and note-books, by maintaining a correspondence with the doctor, as well as therapy produced by searching creatively for the spiritual in the ordinary. This treatment simultaneously sets free the valuable social inclinations of defensive patients (hidden resources of society). The book also features the peculiarities of therapy during each particular clinical form.

The publication is designed for psychiatrists and all kinds of medical specialists. It is supplied with 1 table, 33 illustrations and 234 titles of bibliography.

Eingetroffene Bücher / Books Received

- An der Heiden, Wolfram; Krumm, Bertram; Höfner, Hein* (1989): Die Wirksamkeit ambulanter psychiatrischer Versorgung. Ein Modell zur Evaluation extramuraler Dienste. Berlin/Heidelberg: Springer Verlag, mit 24 Abb., 172 S., geb. DM 98,—
- Ard, Ben Neal Jr.* (1989): Living Without Guilt and/or Blame. Conscience, Superego and Psychotherapy. (American University Studies, Ser. 8: Psychology, vol. 19). New York/Bern/Frankfurt/M./Paris: Peter Lang Verlag 133 S.
- Benesch, Hellmuth/Cremerius, Johannes S./Dorsch, Friedrich/Mossan, Edwin* (Hrsg.) (1990): Psychologie-Lesebuch. Historische Texte im Überblick. Frankfurt/M.: Fischer Taschenbuch Verlag, 427 S., Pb. DM 24,80
- Burno, M. Ye.* (1989): Therapy by Means of Creative Self-Expression (Psychotherapeutic Treatment of Psychopathias and Slowly Progredient Schizophrenic Disorders — With Depressive Manifestations). Moscow: Meditsina Verlag
- Buchbrenner, Gerhard/Rath, Norbert* (1989): Therapeutische Arbeit mit Angehörigen schizophrener Patienten. Bern: Hans Huber Verlag
- Condrau, Gion* (1989): Einführung in die Psychotherapie. Geschichte, Schulen, Methoden, Praxis. Frankfurt/M.: Fischer Taschenbuch Verlag, 404 S., Pb. DM 26,80
- Döbring, Bärbel* (Hrsg.) (1989): Zu Hause leben oder im Altenheim. Eine Entscheidungshilfe für ältere Menschen und ihre Familien. Frankfurt/M.: Fischer Taschenbuch Verlag, 119 S., Pb. DM 9,80
- Eickhoff, Friedrich-Wilhelm/Loch, Wolfgang* (1988): Jahrbuch der Psychoanalyse. Beiträge zur Theorie und Praxis, Bd. 23. Stuttgart: Frommann-Holzboog Verlag, 304 S.
- Fähndrich, Erdmann/Stieglitz, Rolf Dieter* (1989): Leitfaden zur Erfassung des psychopathologischen Befundes. Halbstrukturiertes Interview anhand des AMDP-Systems. Berlin/Heidelberg u.a.: Springer Verlag, 66 S.
- Fiala, Ingrid* (1989): Mein Kind, dein Kind, unser Kind. Vom Umgang mit den Problemen in einer neuen Partnerschaft. Frankfurt/M.: Fischer Taschenbuch Verlag, 138 S., Pb. DM 10,80
- Fritze, Jürgen* (1989): Einführung in die biologische Psychiatrie. Stuttgart/New York: Gustav Fischer Verlag, 219 S.
- Gibson, Eleanor, J./Levin, Harry* (1989): Die Psychologie des Lesens. Frankfurt/M.: Fischer Taschenbuch Verlag, 372 S., Pb. DM 19,80
- Hesse, Jürgen/Schrader, Hans Christian* (1988): Auf einmal nicht mehr weiterwissen. Telefonseelsorge — ein Spiegel unserer Probleme. Frankfurt/M.: Fischer Taschenbuch Verlag, 220 S., Pb. DM 12,80
- Hippius, H./Rüther, E./Schmauß, M.* (1989): Katatone und diskinetische Syndrome. Berlin/Heidelberg u.a.: Springer Verlag
- Kisker, Karl-Peter/Lauter, Hans et al.* (Hrsg.) (1989): Psychiatrie der Gegen-

- wart. 3. neugestaltete Auflage, Bd. 8: Alterspsychiatrie. Berlin/Heidelberg: Springer Verlag, 418 S.
- Kornbichler, Thomas* (1989): Tiefenpsychologie und Biographik. Psychobiographie Bd. 1. Ein Beitrag zur Wissenschaftsgeschichte. (Psychopathologie und Humanwissenschaften. Bd. 5, herausgegeben von U.H. Peters) Frankfurt/M./Bern/New York/Paris: Peter Lang Verlag 403 S.
- Luger, Hans* (1989): Komm Rum. Der andere Alltag mit Verrückten. Bonn: Psychiatrie Verlag, 264 S.
- Martin, Ruth* (1989): Wieviel Vater braucht das Kind? Frankfurt/M.: Fischer Taschenbuch Verlag, 154 S., Pb. DM 12,80
- McCracken, Mary* (1990): Charlie, Eric und das ABC des Herzens. Außenseiter im Klassenzimmer. Frankfurt/M.: Fischer Taschenbuch Verlag, 272 S., Pb. DM 12,80
- McCracken, Mary* (1990): Lovey. Die Therapie eines schwierigen Kindes. Aus dem Amerikanischen von Margitte de Huvas (Titel des Originals: Lovey, 1976). Frankfurt/M.: Fischer Taschenbuch Verlag, 160 S., Pb. DM 12,80
- Montgomery, Jill D. et al.* (1989): Masochism: The Treatment of Self-Inflicted Suffering. Madison/USA: International Universities Press, 240 S., geb. \$ 30,—
- Nissen, Gerhardt* (Hrsg.) (1990): Somatogene Psychosyndrome und ihre Therapie im Kindes- und Jugendalter. Bern/Stuttgart/Toronto: Hans Huber Verlag, 228 S., 38 Abb., 25 Tab., kart. DM 44,80
- Propping, Peter* (1989): Psychiatrische Genetik. Berlin/Heidelberg: Springer Verlag, mit 124 Abb. u. 129 Tab., 410 S.
- Rahmann, H./Rahmann, M.* (1989): Das Gedächtnis. Neurobiologische Grundlagen. München: J.F. Bergmann Verlag
- Rogers, Carl* (1989): Freiheit und Engagement. Frankfurt/M.: Fischer-Verlag 253 S., Pb. DM 16,80
- Roth, Martin/Huppert, Felicia, A./Tym, Elizabeth/Mountjoy, C.Q.* (1988): Camdex — The Cambridge Examination for Mental Disorders on the Elderly. Cambridge University Press
- Roy-Byrne, Peter* (Hrsg.) (1989): Anxiety: New Findings for the Clinician. Washington: American Psychiatric Press, 204 S.
- Schachter, Christel* (1989): Ein neues Leben. Alt werden in einer Wohngemeinschaft. Frankfurt/M.: Fischer Taschenbuch Verlag
- Seeman, M.V./Littmann, S.K. et al.* (1990): Schizophrenie — und wie man damit leben und arbeiten kann. Informationen und Hilfen für Betroffene und ihre Familien, Freunde, Arbeitgeber und Lehrer. Übersetzt aus dem Englischen von W. Welner (Kanad. Originaltitel: Living and Working with Schizophrenia). Stuttgart: Gustav Fischer Verlag, 173 S.
- Selby, Philip/Griffiths, Adrian* (1989): Wegweiser zu einem lebenswerten Altern. Bern: Hans Huber Verlag
- Sheldrake, Rupert* (1990): Das Gedächtnis der Natur. München/Bern: Scherz Verlag, Leinen DM 44,—

- von Minden, Gerald* (1988): *Der Bruchstück-Mensch*. München: Ernst Reinhardt Verlag
- von Quast, Christoph/Topel, Klaus* (1989): *Spieler-Selbsthilfegruppen in der Bundesrepublik. Eine Bestandsaufnahme*. Frankfurt/M.: pmi-Verlag, 211 S.
- Wieck, Wilfried* (1990): *Männer lassen lieben. Die Sucht nach der Frau*. Frankfurt/M.: Fischer Taschenbuch Verlag, 206 S., Pb. DM 12,80
- Wiesendanger, Harald* (1989): *Zwischen Wissenschaft und Aberglauben. Grenzbereiche psychologischer Forschung*. Frankfurt/M.: Fischer Taschenbuch Verlag, 183 S., Pb. DM 16,80
- Zgola, Jitka M.* (1989): *Etwas tun: Die Arbeit mit Alzheimerkranken und anderen chronisch Verwirrten*. Bern: Hans Huber Verlag, 131 S.

Nachrichten

»Stalinismus und die psychischen Folgen« — Vortrag von Dr. med. Hans-Joachim Maaz (Halle/DDR) am 27. April 1990 im Berliner Lehr- und Forschungsinstitut der DAP

Am 27. April 1990 hielt Dr. med. *Hans-Joachim Maaz*, Leiter der Psychotherapeutischen Abteilung am Krankenhaus des Evangelischen Diakoniewerks in Halle, im Berliner Lehr- und Forschungsinstitut für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) einen Vortrag zum Thema »Stalinismus und die psychischen Folgen«.

Dr. *Maaz*, seit langen Jahren durch ein Freiabonnement der Zeitschrift »Dynamische Psychiatrie/Dynamic Psychiatry« und eine persönliche Begegnung mit Dr. *Ammon* auf dem Kongreß für Psychotherapie der sozialistischen Länder mit internationaler Beteiligung in Dresden 1976 in Kontakt mit der Berliner Schule der Dynamischen Psychiatrie, war zu Beginn dieses Jahres der breiteren Öffentlichkeit in der Bundesrepublik bekanntgeworden durch ein Interview in der »Berliner Allgemeinen« im Februar 1990, das von den Nachrichtenagenturen übernommen und in vielen Tageszeitungen auszugsweise veröffentlicht wurde, sowie durch einen Artikel im »Spiegel« im gleichen Monat, in welchem er die These von der tiefgreifenden psychischen Schädigung vieler DDR-Bürger durch den Stalinismus vertrat.

Vor über 200 Zuhörern, davon etwa 1/3 aus der DDR, schilderte Dr. *Maaz* zu Beginn seines Vortrages die Arbeitsbedingungen an der Psychotherapeutischen Klinik in Halle, deren Chefarzt er ist, sowie die Grundzüge seines Behandlungskonzeptes: Durch die kirchliche Trägerschaft der Klinik hatte er auch in Zeiten politischer Repression in der DDR einen relativen »Freiraum«, was die Auswahl seiner Patienten, die Behandlungsdauer und die Behandlungsmethodik anbetraf. Sein Behandlungskonzept basiert auf der Anwendung analytisch orientierter Gruppenpsychotherapie in Verbindung mit reichianischen Formen der Körpertherapie.

Im Hauptteil seines Vortrages entwarf Dr. *Maaz* als Fazit seiner über zehnjährigen psychotherapeutischen Arbeit modellartig die Grundzüge des »Mangel-Syndroms« vieler DDR-Bürger: Menschen mit starker Gefühlshemmung, Angepaßtheit und Bedürfnis nach Abhängigkeit von Autoritäten und verdrängten massiven Gefühlen der Wut, Angst und Traurigkeit, an deren Wurzel das ungestillte Bedürfnis nach primärer menschlicher Anerkennung, Liebe, Nähe und Geborgenheit zu finden ist. Die Menschen versuchen diesen Mangel in Bezug auf die Befriedigung ihrer natürlichen Lebensbedürfnisse wie Spontaneität, Kreativität, Individualität durch eine angepaßte soziale Fassade von Wohlanständigkeit, Ordnung, Leistungsbereitschaft und Einordnung in die sozialen Gemeinschaften zu verdecken; es gelingt ihnen jedoch nur unvollkommen; massive psychosomatische Beschwerden, Arbeitsstörungen, Alko-

hol- und Medikamentenabusus machen schlaglichtartig die dahinterliegende psychische Problematik deutlich.

Dabei sieht Dr. *Maaz* die Entstehungsbedingungen für das »Mangel-Syndrom« — wie er betonte — nicht allein in den repressiven, kontrollierenden und Anpassung begünstigenden Strukturen des autoritären politischen Systems in der DDR bis zur Revolution 1989, sondern ebenso in den einengenden Strukturen der Familiengruppe des heranwachsenden Kindes und ihrer Gruppendynamik: Erst die Parallelität familiärer Repression und gesellschaftlicher Repressionsmechanismen macht — so Dr. *Maaz* — die enorme Verbreitung dieses Persönlichkeitssyndroms in der DDR verständlich. Die greifbare äußere Repression und geistige Öde machte für viele die Auseinandersetzung mit der eigenen inneren Unfreiheit und Leere schwer, da sie ihnen so kaum bewußt wurde. Erst im Lauf eines längeren therapeutischen Prozesses in der Klinik, berichtete Dr. *Maaz*, gelang es, nach Bearbeitung der massiven Gefühle der Wut und Enttäuschung und des Mißtrauens, die hinter der politisch motivierten Unzufriedenheit und Fluchtplänen sich verbergende innere Leere und Angst anzusprechen und therapeutisch zu bearbeiten.

Dr. *Maaz* warnte vor der Tendenz, mit der Orientierung am Westen, dem Drang nach schneller Einheit, die Bearbeitung der eigenen individuellen und kollektiven Vergangenheit in der DDR im Sinne einer Trauerarbeit auszuweichen. Diese Auseinandersetzung mit den eigenen Lebenszielen, der eigenen Wertgrundlage, die die Aufgabe von Ersatzbedürfnissen und Ersatzwerten bedeutet, ist — das machte besonders die lebhafteste Diskussion in Anschluß an den Vortrag deutlich — ebenso für die Menschen in der Bundesrepublik erforderlich, wenn auch hier aufgrund der andersartigen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen Borderline-Persönlichkeitsstrukturen vorherrschend sind, wie Dr. *Ammon* in der Diskussion ausführte.

Ohne eine »psychische Revolution«, d.h. die Überwindung der Entfremdung des Menschen von seinen natürlichen Grundbedürfnissen, bleibt, so betonte Dr. *Maaz*, die Revolution von 1989 stecken, führt sie nicht zu mehr Freiheit und Selbstbestimmung auf lange Sicht.

Helmut Volger (Berlin)

Bericht über den 10. Kongreß der European Sleep Research Society in Strasbourg, 20.—25. Mai 1990

In ihren Anfängen vor etwa drei Jahrzehnten hat sich die moderne Schlafforschung interdisziplinär in dem Sinne verstanden, als daß ein jeder, der sich mit dem Schlaf und seiner polysomnographischen Erfassung befaßte, danach suchte, die mentalen, psychischen, physiologischen und neurochemischen Aspekte des Schlafs zu integrieren und als Ganzes zu verstehen. Längst ist die Schlafforschung, will man überhaupt noch von einer Einheit, etwas Ganzem

sprechen, in die einzelnen Disziplinen und ihre Unterbereiche hineinexpandiert, in eine für den Einzelnen unüberschaubare und zersplitterte Fülle von detailistischer Forschung unter dem Primat positivistischer Medizin und Naturwissenschaft.

Der von ca. 900 Wissenschaftlern aus der ganzen Welt in ungefähr 600 Beiträgen (Haupt-, Kurzvorträge und Poster Sessions) bei diesem Kongreß vorgestellte Erkenntnis- und Forschungsstand umfaßte ein Spektrum, das von der physiologischen und neurobiologischen Grundlagenforschung zu den einzelnen Parametern der Feinstruktur des Schlaf-EEGs und den ihnen zugrundeliegenden biochemischen Vorgängen bis hin zu pragmatischen Fragestellungen reichte, wie etwa dem Bereitschaftsschlaf von Schiffsingenieuren und der hohen Quote schläfrigkeitsverursachter Verkehrsunfälle. Es geht die Erforschung des Schlafs in der frühen Ontogenese weiter, und es scheint auch die Phylogenese des Schlafs auf mehr als nur exotisches Interesse zu stoßen, trägt man der Vielzahl von Arbeiten über den Schlaf in der Tierwelt Rechnung: Es fand das Schlafverhalten des Elefanten ebenso wie die circadiane Rhythmik der Küchenschabe wissenschaftliche Würdigung.

Faktenjagd, zunehmende Verselbständigung und Absplitterung eines jeden Teilaspekts, Konstruktionen immer neuer hypothetischer Erklärungsmodelle, die in sich selbst kreisend und auf sich selbst verwiesen die Systematik des »exakten« naturwissenschaftlichen Ansatzes nicht verlassen und immer wieder neue Widersprüche und Lücken erzeugen: Im Denken, Rechnen, Experimentieren, im trial and error ad infinitum wird hartnäckig und mehr denn je das Nicht-Bewußte verleugnet und der komplexe psychophysiologische Gesamtzusammenhang von Körper, Geist und Seele negiert. Von den 600 Beiträgen dürften es allenfalls insgesamt 20 gewesen sein, die komplexere Bezüge herstellten, so in Untersuchungen zum Träumen als einem kreativen Integrationsgeschehen von Erfahrungen, Informationen und Problematiken des Wacherlebens. Hier sind insbesondere drei der Pioniere der Schlafforschung zu erwähnen: *Ramon Greenberg* vom Harvard Medical School Department of Psychiatry mit einer Longitudinalstudie zur prozeßhaften Arbeit an zentralen Thematiken der Persönlichkeit in den Träumen der REM-Phasen, *David Foulkes*, dessen Lebenswerk der inhaltlich-thematischen Traumentwicklung der Kinder gewidmet ist, und *Vadim Rotenberg* aus Moskau, den seine jahrzehntelange Beschäftigung mit dem Schlaf zur Entwicklung seines ganzheitlichen Konzepts der Suchaktivität führte, das große Gemeinsamkeiten mit *Ammons* Konzept der konstruktiven Aggression hat (vgl. u.a. *Ammon, G.* (Hrsg.) (1982): *Handbuch der Dynamischen Psychiatrie*, Bd. 2; *Dyn. Psychiat.* 72/73; 85)

Für uns selbst, die wir in unserer Arbeit im Schlaf- und Traumlabor der Klinik Mengerschwaige versuchen, die Ontogenese des Schlafs und funktionelle Einzelaspekte mit dem Humanstrukturmodell *Ammons* zu integrieren, waren zusätzlich sowohl spezielle Grundlagenarbeiten zur hirntopographischen Verteilung der Aktivität während der voneinander unterschiedenen Schlafprozes-

se von Interesse, als auch rein phänomenologische Arbeiten zum Schlaf in den verschiedenen Diagnosegruppen. Letztere zeitigen eine fortwährende Zunahme an Widersprüchen in den Ergebnissen, die unsere Auffassung von der großen Individualität des Schlafprofils bestätigt, die einfache lineare Zuordnungen zu Krankheit und Gesundheit nicht zuläßt. Unser Beitrag zum Schlaf von Borderline-Patienten war neben *Greenbergs* Referat die einzige im Kontext klinisch-psychotherapeutischer Behandlungspraxis stehende Arbeit.

Ulrich Köppen, Astrid Thome (München)

Ankündigungen / Announcements

2è Congres International De Mythologie & Psychotherapie
La Société de Recherches Psychotherapiques de langue Francaise
Le Centre de Recherches Mythologiques de L'Université de Paris X Nanterre
Le Centre de Recherches sur le Symbolisme de la Mère de l'Université de Caen
 Thème: Le Heros
 Place: Paris (20.—23.8.1990)
 Anatolie — Asie Mineure — Turquie (23.8.—3.9.1990)
 Information: A. G. Mathe, 42, Avenue Mozart, 75016 Paris, France

International Conference on Family Therapy Kraków 1990
 Sponsored by:
The Polish Psychiatric Association
The Copernicus Academy of Medicine
The International Family Therapy Association
 Theme: The Systems We Live In — Family Therapy Contexts
 Place: Kraków, Poland
 Time: 2.—7. September 1990
 Papers are invited within the following topics:
 — Family Therapy in Psychiatry
 — Family Therapy in Substance Abuse
 — Family Therapy in Child and Adolescent Psychiatry
 — Family Therapy in Aging
 — Research in Family Therapy
 — Family Medicine
 — Family Counselling and Divorce
 — Socioeconomic Context and Family Therapy
 — Training in Family Therapy
 Information: Family Therapy Conference Secretariat Copernicus Academy
 of Medicine, Department of Psychiatry, ul. Kopernika 21b,
 31 501 Kraków, Poland

20. Verhaltenstherapiewoche 1990 in Freiburg
IFT Institut für Therapieforschung München
 Interdisziplinäre Fortbildungsveranstaltung für Berufsgruppen aus dem
 Gesundheits- und Sozialbereich
 Thema der Eröffnungsveranstaltung: Probleme alter Menschen — Ansätze
 psychosozialer Hilfen
 Ort: Freiburg/Br.
 Zeit: 14.—20. September 1990
 Information: IFT — Institut für Therapieforschung, — Verhaltenstherapie-
 woche —, Parzivalstr. 25, D-8000 München 40,
 Tel. 089 / 36 08 04-22

*International Congress on Psychopathology of Expression
American Society of Psychopathology of Expression*

Theme: 1. Art Media as a Vehicle of Communication

2. The Historical Development of the Therapeutic Use of Art Media

Place: Concordia University, Montreal, Canada

Time: September 20, 21, 22, 1990

Information: Dr. Irene Jakab, 228 Parkman Avenue, Pittsburgh, PA 15213,
USA

Second European Conference on Traumatic Stress

Theme: Traumatic Stress Reactions — Prevention, Coping and Treatment

Place: Leeuwenhorst Congress Centre Noordwijkerhout, The Netherlands

Time: September 23—27, 1990

Information: Second European Conference on Traumatic Stress

c/o National Institute for the Victims of War (ICODO),

Mirjam Bossnik, P.O.Box 13362, 3507 LJ Utrecht,

The Netherlands

DGPN-Kongreß 1990

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde

Thema: Alterspsychiatrie

Zeit: 26.—28. September 1990

Information: Congress Organisation Hausberg — Kongreß der DGPN 1990,
Postfach 18 01 80, D-5000 Köln 1

Second International Congress on Psycho-Corporal Therapy 1990

Institut de Croissance Holistique

Theme: Psycho-Corporal Therapy: Principles — Theoretical Models Methods

Place: Auberge Chanteclerc in Sainte-Adèle, Quebec, Canada

Time: October 3—7, 1990

Information: Institut de Croissance Holistique, 1222 Boulevard St. Joseph Est,
Montréal, H2J 1L6, Tel. (514) 525-8211

Invited Guest Speakers: among others Jack Painter, Stanley Keleman (USA);
Jacques Donnars, Richard Meyer, Michel Lobrot (France); Rafael Estrada
Villa (Mexico); Luciano Rispoli (Italy); Frederico Navarro (Brasil); Gisèle Bar-
ret, Hubert Reeves, Denis Royer (Canada).

Congress Languages: French, English, Spanish

The congress will address the following themes: the therapeutic process of
psycho-corporal treatment; regression, catharsis and change; pedagogy and
holism; the concept of holism in therapy; pre- and perinatal memories; charac-
terology and biopathology; sexuality, society and politics; transpersonal expe-
rience; altered states of consciousness etc.

*8. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP/
XXI. Internationales Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse
(DAP)*

Thema: Psychotherapie der Psychosen — Zum Paradigmenwechsel in
Psychoanalyse und Psychiatrie

Ort: Hochschule der Künste Berlin (West)

Zeit: 5.—8. Oktober 1990

Information: Organisationskomitee 8. Weltkongreß der WADP,
Wielandstr. 27/28, 1000 Berlin 15, Tel. 030 / 8 81 80 59/8 81 80 50

Arbeitstagung 1990

Internationale Gesellschaft für Tiefenpsychologie e.V.

Thema: Abschiedlich leben

Ort: Lindau am Bodensee

Zeit: 29. Oktober — 2. November 1990

Information: Internationale Gesellschaft für Tiefenpsychologie e.V.,
Postfach 1147, 7310 Plochingen

Im nächsten Heft erscheint. . .

Karoly Ozsváth (Pécs)

Self-Destructiveness and Borderline Personality Disorder

Günter Ammon, Ulrich Köppen, Astrid Thome (Berlin/München)

Sleep Researches of Borderline Patients Compared with Groups of Patients with Depression, Schizophrenia and Psychosomatic Disease

Gabriele von Bülow, Margit Schmolke (Berlin)

Kritische Diskussion des Diagnostischen Systems des DSM-III-R aus humanstruktureller Sicht am Beispiel des Borderline-Syndroms

Andrzej Guzek (Warschau)

Humanstrukturelle Therapie — Ein praktischer Weg bei der effektiven Behandlung des Borderline-Syndroms

János Szilárd, Beata Temesváry, Zoltan Janka (Szeged)

Das Borderline-Syndrom an den Grenzen der Psychiatrie

Gisela Kottwitz (Berlin)

Die Funktion der therapeutischen Beziehung und die Rolle des Therapeuten im psychotherapeutischen Prozeß mit Borderline-Patienten in der Transaktionsanalyse

David J. Weeks (Edinburgh)

Eccentric Personality and the Borderline Syndrome

Helmut Volger (Berlin)

Prozesse der Nationenbildung in der Dritten Welt — Faktoren und Bedingungen der Entwicklung nationaler Identität

Impressum

Verlag, Sitz und Geschäftsstelle/Publishing House, seat and office:

»Pinel« Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie GmbH München,
Goethestraße 54, 8000 München 2, Tel. (0 89) 53 96 74.

Gesellschafter des Verlages (mit Einlagen über 5% des Stammkapitals):

Dr. med. Günter Ammon, Arzt für Neurologie und Psychiatrie, Psychoanalyse,
Psychotherapie, Meierottostraße 1, 1000 Berlin 15 (20%)

Geschäftsführer des Verlages: Anna Scharnagl, Betriebswirtin, Pariser Straße 34,
8000 München 80

Druck: Alfa-Druck GmbH, Buch- und Offsetdruckerei, Levinstraße 9a,
3400 Göttingen.

Herausgeber/Editor: Dr. med. Günter Ammon, Meierottostraße 1,
1000 Berlin 15 (verantwortlich für den wissenschaftlichen Teil).

Buchbesprechungen/Book reviews: Dr. phil. Helmut Volger, Ludwigkirchstraße 2,
1000 Berlin 15

Nachrichtenteil/News: Verantwortlich Dr. phil. Ilse Burbiel, Presse- und Informations-
referentin im Executive Council der World Association for Dynamic Psychiatry
WADP, Karl-Theodor-Str. 73, 8000 München 40; Rechtsanwalt Thomas Hessel,
Justitiar und Schatzmeister im Executive Council der World Association for Dy-
namic Psychiatry WADP, Arcisstraße 59, 8000 München 40.

Anzeigen/Advertising Manager: Petra Hieber, Karl-Theodor-Str. 73, 8000 München 40
(verantwortlich).

Abonnentenabteilung/Subscription management: Dipl. Ing. Werner Schütz, Wieland-
straße 27/28, 1000 Berlin 15.

Manuskripte nehmen entgegen/manuscripts should be sent to:

Hauptschriftleitung Dr. med. Günter Ammon, Wielandstraße 27/28, 1000 Berlin 15.

Anschrift der Redaktion/Address of the editorial staff:

Wielandstraße 27/28, 1000 Berlin 15

Weitere Mitglieder der Redaktion/Members of the editorial staff:

Dipl. Psych. Maria Berger, Dipl. Soz. Jürgen Blehschmidt, Dr. phil. Ilse Burbiel, Dipl.
Psych. Gabriele von Bülow, Dipl. Psych. Daniel Hermelink, Dipl. Psych.
Gerhard Menzel, Dipl. Psych. Volker Peschke, Dr. med. Bernhard Richarz, Dr. med.
Ulrike Schanné, Dr. med. Rolf Schmidts, Margit Schmolke, Prof. Dr. Duane Sherwin,
Dipl. Psych. Astrid Thome, Dr. phil. Barbara Töpfer, Dr. phil. Helmut Volger, Dipl.
Psych. Gerhard Wolfrum.

Die veröffentlichten Artikel geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wider. Manuskripte werden in allen Sprachen in dreifacher Ausfertigung entgegengenommen, deren Umfang nach Möglichkeit 20 doppelzeilige Schreibmaschinenseiten nicht überschreiten soll. Das Manuskript soll eine Zusammenfassung von mindestens zwei doppelzeiligen Schreibmaschinenseiten in deutsch oder englisch enthalten. Die Literaturangaben müssen jenen in diesem Heft entsprechen. Arbeiten können nur ohne Zahlung von Honorar zur Veröffentlichung entgegengenommen werden. Bilder und graphische Darstellungen können nur auf Kosten des Autors mitgedruckt werden. Der Autor erhält kostenlos 5 Beleghefte.

In der Regel dürfen nur Arbeiten eingereicht werden, die vorher weder im In- noch im Ausland veröffentlicht worden sind. Der Autor verpflichtet sich, sie auch nachträglich nicht an anderer Stelle zu publizieren.

Mit der Annahme des Manuskripts und seiner Veröffentlichung geht das Verlagsrecht für alle Sprachen und Länder einschließlich des Rechts der photomechanischen Wiedergabe oder einer sonstigen Vervielfältigung an die »Pinel« Verlag für humanistische Psychologie und Philosophie GmbH München über. Für unverlangt eingesandte Manuskripte, Fotos etc. wird keine Haftung übernommen.

Die Dynamische Psychiatrie erscheint zweimonatlich. Jahresabonnement DM 96,— (zzgl. Porto), für alle Mitglieder der DAP, der DGG, der DGPM, der WADP und der DGDP, für Ärzte im Vorbereitungsdienst, Studenten und Mitarbeiter der Psychoanalytischen Kindergärten gegen Nachweis nur in Deutschland DM 75,— (zzgl. Porto). Studenten DM 48,— (zzgl. Porto). Einzelheft DM 18,—. Das Abonnement verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn es nicht vier Wochen vor Ablauf des Bezugsjahres gekündigt wird. Zahlung des Jahresabonnements bis zum 1.4. d.J. auf das folgende Konto: Bank für Sozialwirtschaft Berlin (BLZ 100 205 00), Kto.-Nr. 31 273 00.

The author's opinion does not necessarily reflect the opinions of the editorial staff. Manuscripts (three copies), each limited to 20 double-spaced typed pages, will be accepted in all languages. All manuscripts must have a summary in either German or English (minimum two double-spaced typed pages). Literary reference should be adapted to those in the journal. There can be no remuneration for contributions. Pictures and graphic illustrations are printed at the author's own expense. The author receives 5 voucher copies of the journal.

Generally, only unpublished manuscripts will be accepted. Articles published in this journal may not appear in any other publication.

With the acceptance of the manuscript and its publication, the »Pinel« Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie GmbH München reserves the copyrights in all countries and languages. This journal, or parts thereof, may not be reproduced in any form, by photocopy or any means without written permission from the publisher. We do not undertake any liability for manuscripts, photos etc. which were not asked for by us.

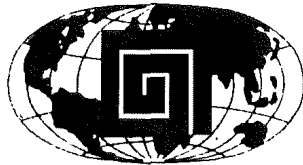
Dynamic Psychiatry is published bi-monthly. Annual subscription rate \$ 48,— per individual copy \$ 9,—. Air mail delivery with additional payment on special request. The subscription is prolonged for one year, if it has not been cancelled four weeks before the end of the year. The annual subscription rate should be paid by the 1st of April. The money should be remitted on the account of »Pinel« Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie GmbH Bank für Sozialwirtschaft Berlin (BLZ 100 205 00), Kto.-Nr. 31 273 00.

XXI. INTERNATIONALES SYMPOSIUM
DER DEUTSCHEN AKADEMIE FÜR
PSYCHOANALYSE (DAP) e.V.

8.

DER WORLD ASSOCIATION
FOR DYNAMIC PSYCHIATRY
WADP INC. BERN

WELTKONGRESS



Psychotherapie der Psychosen

Zum Paradigmenwechsel in Psychoanalyse und Psychiatrie

Wissenschaftliche Leitung:
Dr. med. Günter Ammon

5. - 8. Oktober 1990

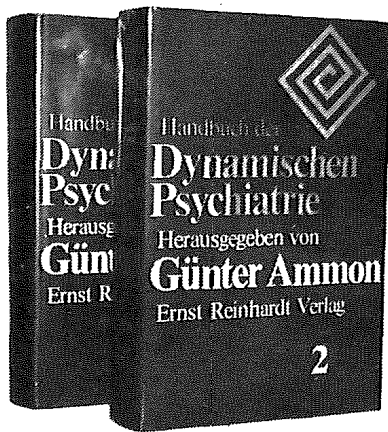
Hochschule der Künste Berlin
Hardenbergstraße 33 / Berlin (West)

Information und Anmeldung:
Organisationskomitee 8. Weltkongreß der WADP
Wielandstraße 27/28, 1000 Berlin 15
Tel. (030) 881 80 59
Goethestraße 54, 8000 München 2
Tel. (089) 53 96 74-75

Handbuch der Dynamischen Psychiatrie

Günter Ammon (Hrsg.)

unter Mitarbeit der Professores Rothschild (Jerusalem), Rotenberg (Moskau), Chertok (Paris), Radermacher (Frankfurt), Kretschmer (Tübingen), Mahlendorf (Santa Barbara), Wolman (New York), Sherozia (Tbilisi) und Psychiatern und Psychologen der Berliner Schule um Ammon



»Als Dynamische Psychiatrie basiert sie auf dem Prinzip der Sozialenergie, das allen Bezügen zur Umwelt und Mitwelt, zur Arbeit wie zur Erotik systematisch nachgeht und den Menschen in seiner Ganzheit wie seinen Beziehungen in der Gruppe zu betrachten und zu behandeln sucht.

Das Konzept besticht durch seinen integrativen Charakter, der alle Bereiche der Lebenswelt umgreift und mit seinem therapeutischen Optimismus über die seelischen Störungen hinaus einer den ganzen Menschen umfassenden Heilkultur vorzuarbeiten trachtet.

Prof. H. Schipperges (Heidelberg)

Dieses Handbuch der DYNAMISCHEN PSYCHIATRIE mit Beiträgen von mehr als 30 Wissenschaftlern aus dem In- und Ausland vermittelt einen umfassenden Überblick über die Wissenschaftstheorie, Forschungsmethodik und Theoriebildung der Dynamischen Psychiatrie und ihrer Behandlungsmethodik. Aus dem humanistischen Prinzip eines ganzheitlichen und gruppensystematischen Denkens heraus entfaltet sich die Dynamische Psychiatrie methodenintegrativ in einem ständig wechselseitigen Bezug von Praxis und Theorie.

Aus dem Inhalt:

Band I: Definition, Geschichte und grundlegende Entwicklungen theoretischer Konzeptionen wie das Ich-Struktur-Modell, Identität und Unbewußtes, das gruppensystematische und sozialenergetische Prinzip, die Spektraltheorie, die großen psychischen Krankheitsbilder – wie Borderline-Syndrom, Schizophrenie, Sucht, Drogen, Zwang – und deren Behandlung, Gruppenpsychotherapie, Milieuthérapie, Jugendlichen-therapie, Prävention, Tod und Identität, gesellschaftliche Dimensionen u. a.

1979, 927 Seiten, 78 Abb., DM 98,-, ISBN 3-497-00864-8

Band II: Das Prinzip der Sozialenergie und der Methodenintegration, neueste Ergebnisse aus der Hirnforschung und deren Beziehung zur Humanstrukturlehre der Dynamischen Psychiatrie und zu Problemen des Unbewußten. Die Einstellungslehre von Uznadze. Schizophrenie- und Anorexia Nervosa-Forschung, Behandlungsmethodik und Widerstand, wissenschaftstheoretische Grundlagen, Forschungsmethodik und Ergebnisse dynamisch-psychiatrischer Forschung, Arbeit und Tätigkeit, Kreativität u. a.

1982, 919 Seiten, 92 Abb., DM 148,- ISBN 3-497-01004-0

Ernst Reinhardt Verlag München/Basel