

Dynamische Psychiatrie

Herausgegeben
von Günter Ammon

Internationale Zeitschrift für
Psychiatrie und Psychoanalyse

Dynamic Psychiatry

Ilse Burbiel

The Group-Dynamic Principle in Diagnosis and Research of Dynamic Psychiatry

Ilse Burbiel / Gisela Finke / Gerhild Sandermann

Measuring Narcissism and Boundaries in Borderline Patients

Günter Ammon

Milieu Therapy

Günter Ammon

The Therapeutic Concept of the Dynamic-Psychiatric Hospital Mengerschwaige

Marius Erdreich

About the Dynamic Relations between Ammon's Human-Structurology and Erdreich's Psychotraumatology

Margit Schmolke / Monika Dworschak

On Diagnosis, Psychodynamics and Culture

Maria Berger

Psychological Studies concerning Human-Structural Dance

Vijoy K. Varma / Sudip Sikdar

The Relationship between Dynamic and Social Psychiatry in India

Thomas Hessel

Forensic Dynamic Psychiatry

Gertraud Reitz

Living Communities in the Spectrum of Treatment of Günter Ammon's Dynamic Psychiatry

Gertraud Reitz / Dorothee Doldinger

Prevention and Work with Parents in the Psychoanalytical Kindergarten

Györgyi Körmendy

Kinderzeichnungen und Symbolsprache in der fokalen kinderzentrierten Familientherapie – »Die Familie als Hölle«

August M. Schereschewski / I.I. Stschigolew

Private Heilanstalten für Geisteskranke im System der psychiatrischen Hilfeleistungen in Rußland im 19. und zu Beginn des 20. Jahrhunderts

Buchbesprechungen – Nachrichten

27. Jahrgang

1/2. Heft 1994

»Pinel« Verlag für humanistische Psychiatrie
und Philosophie GmbH München

144

145

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 Mengerschwaike, der

Deutschen Gesellschaft für Dynamische Psychiatrie (DGDP) und der

Psychoanalytischen Kindergärten

27. Jahrgang, 1./2. Heft 1994, Nr. 144/145

Herausgegeben von Günter Ammon

unter Mitarbeit von

F. Antonelli, Rom – L. Bellak, New York – B. Buda, Budapest – I. Burbiel, München –

A. Carmi, Haifa – R. Ekstein, Los Angeles – Th. Freeman, Antrim – A. Garma, Buenos

Aires – F. Hansen, Oslo – A. Lambertino, Parma – U. Mahlendorf, Santa Barbara –

A. Mercurio, Rom – L. Miller de Paiva, Sao Paulo – K. Okonogi, Tokio – M. Orwid,

Krakau – J.F. Pawlik, Warschau – E. Ringel, Wien – V.S. Rotenberg, Tel Aviv –

F.S. Rothschild, Jerusalem – D. Shaskan, Los Angeles – J.B.P. Sinha, Patna – Y. Tokuda,

Tokio – T. Yamaguchi, Tokio – Wu Zheng-Yi, Shantou

Inhalt/Contents

Ilse Burbiel (Munich)

The Group-Dynamic Principle in Diagnostics and Research of Dynamic Psychiatry 1

Das gruppendynamische Prinzip in Diagnostik und Forschung der Dynamischen Psychiatrie 4

Ilse Burbiel, Gisela Finke, Gerhild Sandermann (Munich)

Measuring Narcissism and Boundaries of Borderline-Patients 8

Die Messung von Narzißmus und Abgrenzung bei Borderline-Patienten 18

Günter Ammon (Berlin/Munich)

Milieu Therapy 24

Milieutherapie 27

Günter Ammon (Berlin/Munich)

The Therapeutic Concept of the Dynamic-Psychiatric Hospital Mengerschwaike 31

Das therapeutische Konzept der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaike 33

Marius Erdreich (Haifa)

About the Dynamic Relations between Ammon's Human-Structurology and Erdreich's Psychotraumatology 35

Zur dynamischen Beziehung von Ammons Humanstrukturologie und Erdreichs Psychotraumatologie 41

Margit Schmolke, Monika Dworschak (Munich)

On Diagnosis, Psychodynamics and Culture 43

Diagnostik, Psychodynamik und Kultur 46

Maria Berger (Berlin)

Psychological Studies Concerning Human-Structural Dance 50

Psychologische Studien zum Humanstrukturellen Tanz 61

Vijoy K. Varma, Sudip Sikdar (New Delhi)

The Relationship between Dynamic and Social Psychiatry in India 67

Das Verhältnis von dynamischer und sozialer Psychiatrie in Indien 80

Thomas Hessel (Munich)

Forensic Dynamic Psychiatry 84

Forensische Dynamische Psychiatrie 87

Gertraud Reitz (Munich)

Living Communities in the Spectrum of Treatment of Günter Ammon's Dynamic Psychiatry 90

Die Bedeutung der Wohngemeinschaften im Behandlungsspektrum der Dynamischen Psychiatrie Günter Ammons 93

Gertraud Reitz, Dorothee Doldinger (Munich)

Prevention and Work with Parents in the Psychoanalytical Kindergarten 95

Prävention und Elternarbeit im Psychoanalytischen Kindergarten 99

Györgyi Körmendy (Budapest)

Kinderzeichnungen und Symbolsprache in der fokalen kinderzentrierten Familientherapie – »Die Familie als Hölle« 102

Children's Drawings and Symbolic Speech in Focal Child-centered Family Therapy – »Family Viewed as Hell« 112

August M. Schereschewski, I.I. Stschigolew (St. Petersburg)

Private Heilanstalten für Geisteskranke im System der psychiatrischen Hilfeleistungen in Rußland im 19. und zu 114

Beginn des 20. Jahrhunderts the Beginning of the 20th Century 118

Private Mental Homes for Patients with Mental Illness in the System of Psychiatric Aid in Russia in the 19th and at 118

Buchbesprechungen / Book Reviews 121

Nachrichten / News 134

Ankündigungen / Announcements 140

The Group-Dynamic Principle in Diagnostics and Research of Dynamic Psychiatry**

Ilse Burbiel (Munich)*

The inclusion and use of the group-dynamic approach and of group-dynamic phenomena in the process of diagnosing and research in Günter Ammon's Dynamic Psychiatry are discussed as principle of theory of science and exemplified by diagnostics and research as carried out in the Dynamic-Psychiatric Hospital Mengerschwaike (Munich). In the author's opinion, empirical findings and progress are a group-dynamic event as far as their contents and process are concerned. The findings concerning the psychic nature of man always demonstrate the empirical interpersonal reality, which can only be realized by the researchers' own utmost ability to experience. In practical diagnostic work, as in the case-conferences of the Hospital Mengerschwaike, phenomena of »mirroring« developing between the participants can be used to diagnose the patient's dynamics of relations in his primary group. The same is true for the dynamics of transference and countertransference developing between diagnostician and patient during examination. The results obtained by a multitude of different situations (psychiatric, dynamic-psychiatric, psychological, medical, in the field of social work, direct observations in milieu work etc.) as well as methods of examination are interpreted and integrated on the background of Ammon's group-dynamic model of human-structurology.

The group-dynamic principle has been an integral part of the Dynamic Psychiatry of *Günter Ammon* since the theory of aggression has been formulated in 1970. By this theory, aggression is considered a central agent for the development of a human being. This theory liberated aggression from its drive-energetic fixedness in *Freud's* psychoanalysis and described it as one dimension of interpersonal relations. On the empirical psychological level, the group-dynamic principle means accepting the fact that within and between groups, fields of interpersonal relations will develop as a matter of course and, depending on the social energetic structure, these fields will have a differing quality for the development of human identity. »Identity and group belong together, since only through the individual's experience being reflected in the group is it possible that ego and identity development take place« (*Ammon 1982*). Individual and group are no longer viewed as separate entities.

The social energy (*Ammon* at al. 1981, *Ammon 1982*), i. e. the energy originating from interpersonal contact, constitutes the transmitter between the individual on the one hand and the group and society on the other hand. The quality of the interpersonal fields of contact along the gliding spectrum from »constructive and destructive to deficient« defines the quality of the social energy. The latter is also responsible for the quality of the personality-structural development along the spectrum moving from

* Ph. D., Clinical Psychologist, Psychotherapist (BDP), Chief Psychologist of the Dynamic Psychiatric Hospital Mengerschwaike Munich, Training Analyst and Scientific Leader of the Munich Training and Research Institute of the Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP)

** Paper presented at the 9th World Congress of the World Psychiatric Association (WPA), Rio de Janeiro/Brazil, June 6-12, 1993

health to illness; the personality-structure, therefore, is the result of the group-dynamic experiences made up to the present, and can be regarded as a manifestation of social energy.

The inseparability of identity and group in terms of the principle of group dynamics for the differentiation of the ego-functions, and their simultaneous integration into personality, is one of the central statements of Dynamic Psychiatry concerning the nature of man. Within the context of Dynamic Psychiatry, all perception, recognition and action is guided by this view of man's nature, from prophylaxis, diagnostics and psychotherapy to research. In this regard, diagnostics, therapy and research cannot be sharply separated. In addition, this view of man formulates identity as being multi-dimensional, holistic, process-related and unique. Therefore, it is not the aim of diagnostics to classify patients in categories of diseases, but to describe the patient's identity in his psycho-dynamic and group-dynamic structural and functional development as completely as possible, including the function of the symptomatology for the entire personality.

In Dynamic Psychiatry, not only psychological researchers are doing active research work, but also diagnosticians and therapists, in so far as they try to retrace – in cooperation with the patient – the developmental conditions of the patient's healthy and ill parts of personality. New findings either obtained through the actual psychotherapeutic treatment or through research studies influence science in the sense of an open system.

In the following text, the importance of the group-dynamic principle for diagnostics and research will be presented in some essential aspects:

1) Group dynamics as principle of theory of science: If all manifestations of man's life are part of related events in terms of relationships, all conclusions concerning man's nature must also be conclusions of relationships. Each empirical finding on man is an interpersonal finding, in each case describing an interpersonal relationship between the researcher and the object of research, or the diagnostician and the patient who has to be diagnosed, respectively. In the view of Dynamic Psychiatry, each increase in, or progress of, understanding concerning the meaning of such findings, is a group-dynamic event. On a theoretical level, »objectivity« can only be defined in connection with the interpersonal process involved in the process of investigation (see *Burbiel et al. 1982*). The truth concerning man's psychic nature, which can be discovered in each actual case, does mean an empirical interpersonal reality obtained »objectively« through the maximal capacity of experience a researcher has. This means »objectivity« in our point of view. Therefore, the researcher has to be conscious of his own feelings, expectations, motives, attitudes, and the effect he has on other persons, briefly of his own identity. »The researcher's and therapist's own identity becomes the object of research, is an instrument of treatment, is developing and changing in the process of the work... Thus, the problem of the separation of subject-object is solved. The researching and understanding object puts his own subjectivity into the presumed object. The abolishment of the separation of subject-

object in the sense of a relation to the object examined, is a necessary condition for real understanding.« (Ammon 1979)

2) The group-dynamic principle in diagnostic research: In the Dynamic Psychiatric Hospital Mengerschwaike, Munich, the patient is integrated into the actual situation of the entire group-dynamic milieu of the hospital from getting up in the morning to going to bed at night. The patient can disclose different dynamics of his personality either in this general group situation or in additional therapeutical group situations, as in group therapy, milieu therapy, horseriding-, dancing-, theatre-, music therapy etc. Thus, the diagnostician has a broad field of research to study the unconscious of the patient, which is disclosed by means of the secondary human functions in its constructive, destructive and deficient parts. The diagnostician is getting access to the patient's human structure in various manners. The results obtained through psychiatric, dynamic psychiatric, psychological, medical and social inquiries, as well as through direct observations in the various therapeutic milieus, are compiled and discussed in case-conferences by the responsible psychiatrist, psychologist, psychotherapist, milieu therapist, social worker, art-therapist and so on. The group dynamics developing in case conferences are also used as additional diagnostical criteria. By means of the co-workers' unconscious identification with some aspects of the patient's personality, the developing group-dynamic phenomena of reflection can be used as an access to understanding the former dynamics of the patient in his primary group.

These phenomena of reflection can also be used in interpreting the test results. Basically, test values can be interpreted as results of introjected experiences of relations the patient has gone through. Hence, drawings of the Wartegg-drawing-test (WZT) for instance, can provoke different feelings, fantasies and ideas in the co-workers' minds. In analysing them, informations concerning the patient's ego-structure can be obtained. Results of examinations are understood as dynamic parameters, including various parts of the introjected group dynamics which have become the human-structure, as well as including parts of the group dynamics of the »here and now« of the actual situation. In our opinion, test results can only be assessed correctly, if the particular conditions which were important for the achievement of the results are taken into consideration. The developing group dynamics of the actual situation in the examination is of particular importance. Being noticed and analysed, it might result in additional important findings concerning the patient. This requires the researcher's own access to his unconscious, his ability to distinguish between reality and transference, for example by analysing his own feelings of counter-transference.

We disapprove of the diagnostic researcher's neutrality as often requested, because it is this neutrality which reinforces transferences of seriously ill patients. Instead, a real take-up of contact between patient and psychologist is necessary, as well as the analysis of the conscious and unconscious group situation in the course of the test situation.

In order to examine extensively the human identity in all its various aspects, there exists a variety of different methods of examination. In addition to traditional psychological, psychiatric and psychosomatic methods of examination, we currently have *Ammon's* Ego-Structure-Test of aggression, anxiety, demarcation and narcissism (ISTA), the Auto-kinetic-Light-Test, examinations of sleep and dreams, sociometry, group-dynamic observations by means of video and tape recorder, as well as the group-dynamic methods of research mentioned above, in which group, therapist and researcher themselves become »instruments of research«. It is important to get informations about the structure and dynamics of the unconscious, because the recovery of the unconscious parts of personality with their central functions must be attained for the patient's stable improvement. It is the unconscious which provides the developmental possibilities of man. From a psychological point of view, the unconscious is a »hypothetical construct«, which can be disclosed only by means of phenomena which may be observed and thus be measured.

For the patient, the advantage of human-structural diagnostics consists in the fact that it can specifically determine which human functions therapy has to deal with and which constructive parts might become an ally against pathology. A continuous study of the changes in human structure in the course of treatment enables the researcher to control the efficiency of therapy and to increase direct therapeutic measures. The results of the research flow back directly into the therapeutic work, enabling the patient to analyse his current state of development and enabling the team to control their therapeutic work.

The follow-up-examination of the course of disease and its outcome will further be studied, looking for the conditions which cause a change of the patient's unconscious human structure. The diagnostic research is also supposed to examine to what extent serious mental diseases are caused by social-energetic and group dynamic deficits and to what extent they can be improved.

Scientific confirmation of findings of the human-structurology leads to consequences for the understanding of the severely ill and for the future development of the science of human being.

Das gruppodynamische Prinzip in Diagnostik und Forschung der Dynamischen Psychiatrie

Ilse Burbiel (München)

Seit der Formulierung der Aggressionslehre (*Ammon* 1970), die die Aggression als zentrales Entwicklungsgang des Menschen aus der trieb-energetischen Gebundenheit der *Freudianischen* Analyse löste und als

zwischenmenschliche Dimension beschreibt, ist das gruppensdynamische Prinzip integraler Bestandteil der Dynamischen Psychiatrie *Günter Ammons*. Gruppensdynamisches Prinzip bedeutet dabei auf der psychologisch-empirischen Ebene die Anerkennung der Tatsache, daß sich innerhalb und zwischen den Gruppen naturgemäß zwischenmenschliche Beziehungsfelder entwickeln, die je nach ihrer sozialenergetischen Struktur unterschiedlich qualifiziert sein können für die Entwicklung der Identität des Menschen. Dabei stellt die Sozialenergie (*Ammon et al. 1981, Ammon 1982*), d.h. die Energie, die durch zwischenmenschlichen Kontakt entsteht, den Transmitter zwischen dem Einzelnen und der Gruppe dar.

Die Untrennbarkeit von Identität und Gruppe wird verstanden im Sinne des von *Ammon* formulierten synergistisch-dialektischen Prinzips: »Der Mensch entwickelt seine Identität in der Gruppe. Der Gruppenbezug integriert ihn, die Identität differenziert ihn aus der Gruppe heraus« (*Ammon et al. 1982*). Diese Untrennbarkeit ist eine der zentralen Aussagen der Dynamischen Psychiatrie über das Wesen des Menschen. An diesem Menschenbild, das darüberhinaus auch Aussagen über die Mehrdimensionalität, Ganzheitlichkeit, Prozeßhaftigkeit und Einmaligkeit der menschlichen Identität formuliert, ist alles Wahrnehmen, Erkennen und Handeln in der Dynamischen Psychiatrie orientiert – sowohl in der Prophylaxe als auch in der Diagnostik, ebenso in der Psychotherapie bis hin zur Forschung, wobei Diagnostik, Therapie und Forschung im weiteren Sinne nicht voneinander zu trennen sind.

In der Dynamischen Psychiatrie forschen nicht nur die Forschungspsychologen, sondern auch die Diagnostiker und Therapeuten insofern, als sie gemeinsam mit dem Patienten die Entwicklungsbedingungen in Gesundheit und Krankheit und deren Niederschlag in der erkrankten Persönlichkeit untersuchen. Jeder Diagnostiker und Forscher ist im weiteren Sinn auch therapeutisch tätig, da er die gewonnenen Ergebnisse aus z.B. testpsychologischen Untersuchungen mit den Patienten bespricht im Sinne einer Kommunikation über das dritte Objekt.

Die Autorin diskutiert nun die Integration des gruppensdynamischen Prinzips in Diagnostik und Forschung der Dynamischen Psychiatrie zuerst unter dem Gesichtspunkt der Gruppensdynamik als wissenschaftstheoretischem Prinzip: Jede empirische Erkenntnis über den Menschen ist eine zwischenmenschliche Erkenntnis, sie beschreibt immer auch ein zwischenmenschliches Verhältnis zwischen dem Forscher und dem Erforschten bzw. zwischen dem Diagnostiker und dem zu diagnostizierenden Patienten. Empirischer Erkenntnisgewinn und -fortschritt sind im Verständnis der Dynamischen Psychiatrie dem Inhalt und dem Prozeß nach ein gruppensdynamischer Vorgang. »Objektivität« kann auf der wissenschaftstheoretischen Ebene nur im Zusammenhang mit dem zwischenmenschlichen Prozeß der Erkenntnisfindung definiert werden. Die hier zu entdeckende Wahrheit über das psychische Wesen des Menschen ist nach Auffassung der Autorin die jeweils empirische zwischenmenschliche Wirk-

lichkeit, die über maximale Erfahrungsfähigkeit des Forschers »objektiv« zu erfassen ist (vgl. hierzu auch *Bott, Burbiel* und *Finke* 1982). »Die Identität des Wissenschaftlers und des Therapeuten... wird selbst zum Gegenstand der Forschung, ist Behandlungsinstrument, entwickelt sich und verändert sich im Prozeß der Arbeit.... So wird auch das Problem der Subjekt-Objekt-Trennung gelöst, indem das erkennende Objekt seine Subjektivität ins vermeintliche Objekt hineingibt. Erst die Aufhebung der Subjekt-Objekt-Trennung im Sinne einer Beziehung zum Erkenntnisgegenstand ist Bedingung wirklicher Erkenntnis« (*Ammon* 1979).

In der Folge diskutiert die Autorin am Beispiel der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige (München) das gruppenspezifische Prinzip als einen integralen Bestandteil der dort praktizierten klinischen Diagnostik: In den Case-Konferenzen, die in der Regel bei Behandlungsbeginn für jeden Patienten durchgeführt werden, werden alle Untersuchungsergebnisse aus psychiatrischen, dynamisch-psychiatrischen, psychologischen, medizinischen und sozialarbeiterischen Erhebungen sowie aus Direktbeobachtungen des Patienten im Klinikmilieu und in den verschiedenen therapeutischen Aktivitäten von den jeweiligen Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten, Milieutherapeuten, Sozialarbeitern und Sozialtherapeuten wie z. B. Kunst-, Reit-, Theatertherapeuten vorgetragen und diskutiert. Ziel ist dabei, sich ein möglichst umfassendes Bild über die gesunde und kranke Entwicklung und Persönlichkeit des Patienten zu machen und entsprechend der Behandlungsziele den Behandlungsplan darauf abzustimmen. Die sich in der Case-Konferenz entwickelnde Gruppendynamik zwischen den Fachleuten kann in Zusammenhang mit den sich entwickelnden Widerspiegelungsphänomenen ebenso als Diagnostikum für das Verständnis von Beziehungsdynamiken des Patienten in seiner Primärgruppe genutzt werden wie auch die Analyse der in der Untersuchungssituation selbst sich entwickelnden Übertragungs- und Gegenübertragungsdynamiken zwischen Diagnostiker und Patient. Das erfordert, daß der Diagnostiker selbst einen Zugang zu seinem Unbewußten hat, zwischen Realität und Übertragung unterscheiden, Gegenübertragungsgefühle analysieren und damit umgehen kann. Die Untersuchungsergebnisse werden als dynamische Größen verstanden, die je nach Situation unterschiedliche Anteile der verinnerlichten und zur Humanstruktur gewordenen Gruppendynamik bei der Gruppendynamik im Hier und Jetzt der gegenwärtigen Untersuchungssituation beinhalten. Untersuchungsergebnisse können nach Ansicht der Autorin nur dann zutreffend bewertet werden, wenn die jeweiligen Bedingungen einbezogen werden, die für das Zustandekommen dieser Ergebnisse bedeutsam waren.

Für die angestrebte möglichst umfassende Untersuchung der menschlichen Identität in all ihren verschiedenen Aspekten wird in der dynamisch-psychiatrischen Klinik eine Vielzahl verschiedener Untersuchungsmethoden eingesetzt, deren Ergebnisse theoretisch über das Humanstrukturmodell (*Ammon* 1976) und das gruppenspezifische Prozeßdenken integriert

werden. Neben den herkömmlichen psychologischen, psychiatrischen, internistischen, psychosomatischen und sozialarbeiterischen Untersuchungsmethoden werden der Ich-Struktur-Test nach Ammon (ISTA) für die Funktionen der Angst, Aggression, Abgrenzung und Narzißmus, der Autokinetische Lichttest, Schlaf- und Traumuntersuchungen und Soziogramme eingesetzt; außerdem werden gruppendedynamische Direktbeobachtungen protokolliert oder mit Video und Tonband aufgezeichnet unter Berücksichtigung des oben beschriebenen gruppendedynamischen Prinzips in der diagnostischen Forschung.

Zum Abschluß ihrer Ausführungen geht die Autorin noch kurz auf die Bedeutung der kontinuierlich durchgeführten Verlaufs- und Effizienzkontrolle der therapeutischen Bemühungen ein, die darin liegt, daß auf diese Weise die Wirksamkeit der Therapie erhöht werden soll. Die Ergebnisse der Therapieforschung fließen direkt in die therapeutische Arbeit zurück, was dem Patienten eine Auseinandersetzung mit seiner momentanen Entwicklung und dem therapeutischen Team die Kontrolle der therapeutischen Arbeit ermöglicht.

Literatur

- Ammon, G.* (1970): Gruppendedynamik der Aggression – Beiträge zur psychoanalytischen Theorie (Berlin: Pinael Publikationen, München: Kindler 1973, 1981)
- (1976): Das Borderline-Syndrom – ein neues Krankheitsbild. In: *Dyn. Psychiat.* (9) 317–348
 - (1979): Entwurf eines Dynamisch-Psychiatrischen Ich-Struktur-Konzepts – Zur Interpretation von funktional-struktureller Ich-Psychologie, analytischer Gruppendedynamik und Narzißmus-Theorie. In: *Ammon, G.* (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 1 (München: Ernst Reinhardt)
 - (1982): Das sozialenergetische Prinzip in der Dynamischen Psychiatrie. In: *Ammon, G.* (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 2 (München: Ernst Reinhardt)
- Ammon, G.; Ammon, G.; Griepenstrob, D.* (1981): Das Prinzip von Sozialenergie-gleitendes Spektrum und Regulation. In: *Dyn. Psychiat.* (14) 1–12
- Ammon, G.* unter Mitarbeit von *Griepenstrob, D.; Harlander, U.* (1982): Methodenintegration aus der Sicht der Dynamischen Psychiatrie. In: *Ammon, G.* (Hrsg.) Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 2 (München: Ernst Reinhardt)
- Burbiel, I.; Bott, Chr.; Finke, G.* (1982): Wissenschaftstheoretische Grundlagen und Forschungsmethodik der Dynamischen Psychiatrie. In: *Ammon, G.* (Hrsg.) Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 2 (München: Ernst Reinhardt)

Adresse der Autorin:

Dipl. Psych. Dr. phil. Ilse Burbiel
Schwindstraße 1
D 80798 München

Measuring Narcissism and Boundaries of Borderline-Patients****

Ilse Burbiel*, Gisela Finke**, Gerhild Sandermann*** (Munich)

A central aspect of borderline disease is a disturbance of narcissism and ego-boundaries in the sense of non-realistic self-perceptions and self-concepts and either rigid and fixed or weak ego boundaries. For purpose of diagnosis and evaluation of therapeutic change it is important to assess these dimensions of personality with standardized psychometric tests. Aim of the study is to evaluate the Ammon-Ego-Structure-Test (Ich-Struktur-Test nach Ammon, ISTA) as an instrument for measuring narcissism and ego-boundaries. Included were N = 84 patients with borderline disease, who had been treated in Dynamic-Psychiatric Hospital Munich. At the beginning of psychotherapy the patients completed the ISTA, which includes – besides scales for aggression and anxiety – three scales for narcissism (constructive, destructive and deficient narcissism) and two scales for ego-boundaries (inner and outer demarcation). The data were compared with the results of a sample of N = 124 healthy volunteers (control group), who also completed the ISTA. Data show that the ISTA is an useful tool to assess narcissism and ego-boundaries. In contrast to healthy subjects borderline patients suffer from an excessive destructive narcissism and disregulation of ego-boundaries. Data also suggest that there are subgroups within the diagnostic label of the borderline disease. Patients whose ego-boundaries appear to be extremely weak at begin of therapy seem to have a poorer prognosis than patients with relatively more closed ego-boundaries.

In the past decades the borderline-patients have presented many problems to psychiatrists and in particular to psychotherapists. In view of numerous varying symptoms the borderline patients could not be assigned to either neurosis or psychosis in a definite way. These patients were more disturbed than neurotics and for a long time they were considered to be untreatable. However, they did not suffer from a loss of sense of reality or misinterpretations of the real world as psychotic patients do. It was in 1938 that *Adolph Stern* first used the term »borderline«. Since then a large amount of literature has been published describing various aspects of the borderline-syndrome with numerous assigned terms. But they could not describe the disorder completely.

According to *Kreisman* and *Straus* (1992), in the seventies two different trends developed which tried to define the borderline-syndrome:

a) the empirical group of *Jon Gunderson* having the aim to establish terms of behaviour which could be observed, described and examined in empirical studies. The criteria they developed were included into the DSM-III-R for the diagnosis of borderline-personality disorders.

**** Ph. D., Clinical Psychologist/Psychotherapist (BDP), Chief Psychologist of the Dynamic-Psychiatric Hospital Mengerschwaige Munich, Training Analyst and Scientific Leader of the Munich Training and Research Institute of the Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP)

** Psychologist, Free Lance Coworker of the Psychological Department of the Dynamic-Psychiatric Hospital Mengerschwaige Munich

*** Psychologist, Free Lance Coworker of the Psychological Department of the Dynamic-Psychiatric Hospital Mengerschwaige Munich

**** Lecture given at the European Meeting of the Society for Psychotherapy Research (SPR) in Budapest, September 29 – October 2, 1993

b) the more strongly »concept-oriented« approach, represented for example by *Otto Kernberg*. His understanding of the borderline-syndrom is based on the ego-psychology and on object-relations theory. He also dedicates more attention to the etiology of the disorder and its intrapsychic functions.

The importance of narcissism and boundaries for the borderline-disorder

Günter Ammon has developed a borderline-concept beyond ego-psychology and the object-relations theory. *Ammon* has defined the borderline disorder as an independent and homogeneous syndrome in spite of its varying symptoms and patterns of behaviour. It can be understood on the background of *Ammon's* holistic view of personality and the dependency on the group-dynamic determination of the disorder in early life-groups which distinguishes the borderline-disorder from neurotic and psychotic disorders.

According to *Ammon*, the borderline-patient suffers from a central disturbance of identity which is rooted in the unconscious core of personality. The personality functions of boundaries, narcissism, aggression, sexuality and anxiety – to mention only the most important – are developed in a destructive or deficient manner caused by specific destructive-deficient dynamics of the primary group during the archaic, pre-oedipal time of development.

As a rule these structural disturbances in the central core of personality, are compensated by defense functions and relatively well developed secondary personality functions, which are necessary for coping with reality. This is the difference between borderline and psychotic patients on a structural level.

This structural deficit of the borderline-patient is a narcissistic deficit, sustained in a very early time, meaning insufficient narcissistic and social-energetic attention for the child. The child was neither recognized or accepted in his »own best need for identity« (*Ammon* 1979). The dynamics of the primary group are further characterized by a deficit of human dependability and continuity of emotional relations. Often a narcissistic exploitation of the child for the family's needs can be observed. Besides the problems of identity, the narcissistic deficit and the secondary facade of defense, all borderline-patients show disturbed boundaries. Not being separated from the symbiotic relations of the primary group of early childhood. This separation or demarcation from the primary family group is of basic importance in later life for the ability to establish boundaries.

»Basically, regulation of boundaries concerning the own world of unconscious fantasies is not possible. The borderline-patient is not able to draw a clear line between himself and other persons, groups and demands arising in interpersonal relations« (*Ammon* 1979). In this paper the specific development of anxiety and aggression as well as the specific forma-

tions of defense in borderline patients are not considered in detail. More important is the symbiosis conflict, in which the narcissistic deficit on the one hand and the missing demarcation on the other hand determine the typical archaic conflict of ambivalence. »As a consequence of the deficit the patient gets into symbiotic relations from which he expects narcissistic gratification. However, due to his deficiently developed boundaries he has to fear these symbiotic bonds because they had meant a situation of psychic exploitation in his childhood« (*Ammon 1979*). As a consequence of disturbed narcissism and boundaries the borderline-patient is often suffering from a symbiotic conflict of ambivalence.

For diagnosing borderline disorders, the examination of the extent and nature of narcissism and boundaries is very important. The patients examined in our study were treated at the Dynamic-Psychiatric Hospital Mengerschwaike, Munich.

The Hospital Mengerschwaike is working on the basis of Dynamic Psychiatry, which *Günter Ammon* has further developed in Germany. Dynamic Psychiatry integrates psychoanalysis, psychiatry, group dynamics and psychosomatic medicine into a holistic theory of treatment of patients with archaic disorders, e.g. borderline-, psychotic, and severe psychosomatic disorders. Dynamic Psychiatry has its roots in American Dynamic Psychiatry, which is associated with names such as *Harry Stack Sullivan*, *Frieda Fromm-Reichmann*, *David Rappaport* and *Karl Menninger* and has been further developed by *Günter Ammon* and his co-workers.

The entire field of the hospital with all persons involved and various therapeutic methods is structured as a group-dynamic milieu supporting development. The different therapeutic facets can be considered as differentiating development. These therapeutic methods include formal individual and group therapy, milieu therapy concerned with projects and additional methods – for the most part non-verbal as dancing-, music-, horsebackriding-, theatre- and painting therapy as well as the various interest groups. In this concept the entire hospital offers different levels of integration, the team of coworkers and the whole group of patients being a part of it.

The Ammon-Ego-Structure-Test (ISTA)

For purposes of diagnosis and research we use an instrument assessing aspects of personality functions, the Ammon-Ego-Structure-Test (ISTA). The Ammon-Ego-Structure-Test (ISTA), developed by *Ammon* and his coworkers, is a psychoanalytically oriented personality inventory which bases on the theory of personality of Dynamic Psychiatry. It records the aspects of aggression, anxiety, inner and outer demarcation and narcissism (*Ammon 1976, 1979, 1982*).

As explained above, inner and outer boundaries as well as narcissism play an important role for borderline-disorders. There is no standardized

instrument for the psychometric measurement of boundaries in Europe. In Boston (Tufts University) *Ernest Hartmann* is working on a »Boundary Questionnaire«. *Hartmann* distinguishes between thick and thin boundaries, but does not differentiate between inner and outer boundaries. In addition, his questionnaire is not yet normed.

In the eighties some instruments have been developed for the assessment of narcissism. The best known are the Narcissistic Personality Inventory (NPI) by *Raskin* (*Raskin, Hall* 1979, 1981; *Raskin, Novacek* 1989) and the *O'Brien* Multiphasic Narcissism Inventory (OMNI; *O'Brien* 1987, 1988). The publications of *Wink* are also worth mentioning. He has developed narcissism-scales for the California Q-Set (CAQ) and the California Psychological Inventory (*Wink* 1992; *Wink, Gough* 1990). In the German speaking area *Denek* and *Müller* (1985) have been working on the construction of a narcissism-test instrument. All instruments mentioned have in common that they concentrate on a pathological narcissism, though *O'Brien* has announced to develop items describing »normal or healthy narcissism« and to add these to his inventory (*O'Brien* 1988).

Description of ISTA-scales for demarcation and narcissism

The ISTA for demarcation was first published in 1981 and was revised in several steps. It distinguishes between inner and outer demarcation on two scales: Outer demarcation establishes a separation between person and environment and maintains it. It can be either constructive, destructive or deficient. Constructive demarcation is well adapted to needs and situations in a flexible manner. It is called destructive in the case of being too strong temporarily or permanently, autism being an extreme example. Destructive demarcation is harming the individual or the environment. It prevents emotional interest and sympathy in other persons and events, the individual »won't let anyone come near him«. Characteristics are lack of sensitivity and understanding for the needs and interests of others, relentlessness (making no concessions) and rigidity. Deficient outer demarcation means the lack of adequate sufficient demarcation. Thoughts, moods and wishes of other individuals are adopted without being »filtered« (e. g. in symbiotic relationships); on the other hand own thoughts, feelings and needs are taken into the relevant situation in an »unfiltered« manner (without distance).

The functions of inner demarcation are to prevent of the psyche being overflowed with any subjects and contents. In this sense it is important to demarcate from contents and subjects which suggest themselves in situations or through emotions. Their acceptance would mean a dysregulation of the individual. Flexible or constructive inner demarcation enables a person to be open to the unconscious e. g. in dreams and fantasies without loss of reality. The individual has access to as well as distance from his own

history or biography and owns a realistic perception of himself in particular of his feelings. Inner demarcation is considered being destructive in the case of being too strong temporarily or permanently (for example a lack of access to the own feelings with the consequences of emotional impoverishment and psychosomatic disorders). It is deficient in the case of being too weak. This can lead to dysregulations in the areas of perception, cognitions, emotions and needs (e. g. a overflowing of the conscious with too many goals can provoke paralyzing activities).

Narcissism

The ISTA for narcissism was first published in 1982 and also revised in several steps. Narcissism is the quality of the relation which an individual has to himself. Narcissism determines self-esteem of a person, with which view of himself and his »self in the world« he approaches other individuals, demands and activities. This view refers to the entire person in the sense of a general self-appreciation, but also to particular areas of the individual as his body, the own acting, thinking and feeling. Constructive narcissism includes the capacity to treat oneself in a caring manner. It is a »not-privat form of loving oneself« (*Ammon 1979*). It is accompanied by a joyful acceptance of body, interests, wishes and needs, which are experienced as being part of the self and which can be communicated. In general opinion, narcissism provokes negative associations as obsession with oneself, inability to have interpersonal relations, delusions of grandeur or unimportance. Since the view of himself has no realistic base, developed in interpersonal relations, the individual is dependent on permanent narcissistic gratifications. This often leads to excessive demands towards the environment. If these demands are not satisfied, the individual has the feeling to be offended by others and not being accepted.

From a psychogenetic point of view, deficient narcissism is a deterioration of destructive dynamics. In his history of development, the individual only had rudimentary possibilities of developing self-esteem. He is not able to experience himself as an individual with special strengths and shortcomings and specific dislikes or features. This ends up in feeling unimportant, vague and insignificant with respective behaviour, which often is (mis)understood as modesty and timidity. Table 1 shows some examples of items and the reliability of the scales.

scale	number of items	reliabilities	examples of items
inner demarcation	15	.84*	Often I am dreaming. I am hunted by my fantasies.
outer demarcation	11	.78*	I am very dependent on other persons' opinions. If somebody is sad, I am getting sad, too.
constructive narcissism	21	.84*	I like to be looked at by other people. I like to talk about myself and my experiences.
destructive narcissism	21	.86*	My achievements often are not appreciated. I realize, that most times I am talking about the negative and forget the positive.
deficient narcissism	13	.82*	People often forget me. I have difficulties to start speaking.

Tab. 1: Number of items per scale, reliabilities and examples of item.

*Cronbach, N = 507

Aims of the study

Aim of the study was to examine whether the psychometric assessment of boundaries and narcissism in terms of organization and changes in the course of therapy

- a) is possible with the ISTA
- b) and which results are yielded.

In detail

- a) we examine whether and in which way borderline-patients differ from a healthy controlgroup on the ISTA-scales of demarcation;
- b) we ask if the examined scales indicate (and in which way) changes in the course of therapy of borderline-patients;
- c) finally we examine and discuss, to what extent the group of borderline-patients is a homogenous one or whether specific sub-groups can be identified.

Subjects

The study included Ss = 84 patients diagnosed as borderline, who had been treated at the Hospital Mengerschwaike from 1986 to 1992. It was a random sample taken from the medical records in the framework of another study (Ammon, Burbiel, Finke, Wolfrum 1994). The mean age of the

patients was 31,8 years at admission at the hospital (sd. = 9,2), 40 patients (47,6%) are male, 44 patients (52,4%) are female. Admission had been at the patients' own request (cf. tab. 2)

	Borderline-Patients (N = 84)		control-group (N = 125)	
age (mean-sd)	31,8	(9,2)	35,1	(12,2)
sex				
male	40	(47,6%)	54	(43,2%)
female	44	(52,4%)	71	(56,8%)

Tab. 2: Demographic aspects of the groups of study.

The healthy control-group consisted of $S_s = 125$ subjects (54 male, 43,2% and 71 female, 56,8%) who had been recruited to the same study mentioned above. The mean age of the control-group was 35.1 years. We have the data of the patients' testresults at two points of measurement at hospital admission and at discharge (t_1 , t_2), the control group was examined once at the end of 1992 / beginning of 1993.

Results

A comparison of mean values between both groups was performed by t-test for independent samples. The results are shown in table 3. The borderline-patients differ significantly ($p < .001$) from the healthy control group on all 5 scales.

Scale	Border- line X	($S_s = 84$) s	control- group X	($S_s = 124$) s	t	p
inner demarc.	5,48	3,52	10,63	2,87	11,01	.000
outer demarc.	3,72	2,50	7,49	2,43	10,64	.000
const. narc.	13,65	5,67	16,44	3,96	3,86	.000
destr. narc.	10,81	4,48	3,51	3,10	12,58	.000
def. narc.	7,55	2,99	2,64	2,26	12,36	.000

Tab. 3: Summational scores of a group of borderline patients ($S_s = 84$) and a control group ($S_s = 124$) on the ISTA-scales demarcation and narcissism. A t-test for independent samples indicates on all scales significant differences of the means in the expected direction.

In detail the results are as following:

- Compared to the control group the patients' mean values of inner demarcation are deficient, that means rigidly opened. According to our theory, contents and subjects of the unconscious cannot be demarcated by the patients. They would overwhelm the patients if they were not able to use other constellations of defense.
- The patients' mean values of outer demarcation are also deficient compared to the control group. The patients have difficulties in maintaining their identity against demands, suggestions and influences coming from the environment. This deficit is one of the causes of the facade of adjustment these patients so often demonstrate.
- The three scales of narcissism also show significant ($p < .0001$) differences between the mean values in the expected direction. The patients' means indicate a weaker constructive self-image compared to the control group and they score very high at the destructive as well as the deficient narcissism scale.

Thus, the test shows a diminuation of constructive self-esteem which is enforced by high scores of destructive and deficient narcissism. The high scores of destructive and deficient narcissism put the constructive scores into a different perspective. It has to be noted that the patients show some constructive («healthy») self-esteem. Whether this is embodied in reality and which areas are concerned (e. g. achievements, feeling of physical well-being) has to be clarified in single case diagnostics.

Measurement of change

Comparison of the ISTA-data between point of admission to the hospital and discharge from hospital: 61 of the 84 borderline patients (72,6%) completed the ISTA at admission and at discharge from hospital. (For studies like this the drop-out rate is standard., The drop-out can be explained by breaking-off therapies or sudden necessary moving to other hospitals. Some patients typically reject being tested at the stage of separation from therapy). Comparing admission data with discharge data, all ISTA-scales show significant changes into the more »healthy direction« at the end of the treatment. Data are shown on table 4.

During therapy the patients gain inner and outer demarcation as well as constructive narcissism. Destructive and deficient narcissism, that means the pathological quality of narcissism it noticeably decreasing. Compared to the above shown mean values of the healthy control group, only destructive narcissism indicates a significant difference. Concerning the constructive narcissism, the patients even »surpass« the control-group – this certainly being a consequence of the stay at the hospital in the sense of being strongly accepted in the therapeutical environment with the numerous contacts with other patients and the whole staff. Whether this developed feeling of self-esteem can be maintained in the »rough« reality is one

of the questions we have to examine in our current follow-up-study. After all, the former patients are susceptible to destructive narcissism, as feeling easily hurt and offended, centered to themselves and showing disturbances of relations.

sacale	Ss	admission X / s	discharge X / s	t	p
inner demarc.	59	5,23 / 3,20	8,74 / 3,76	7,26	.000
outer demarc.	61	3,60 / 2,60	6,48 / 2,51	7,44	.000
constr. narc.	53	13,77 / 5,69	17,95 / 5,46	6,41	.000
destr. narc.	57	10,62 / 4,23	6,64 / 4,79	6,51	.000
def. narc.	56	7,54 / 3,00	3,96 / 3,36	7,93	.000

Table 4: Comparison of the ISTA results: admission vs. discharge, t-test for dependent samples

Looking at the test-results, many of the patients however have profited by the treatment. In particular borderline-disorders have a significant improvement of boundaries. After therapy they are able to distinguish between themselves and their environment and they are more sensitive and more able to have relations with others and with themselves. Other persons no longer have to be idolized or damned and devaluated. At least the ambivalence conflict has weakened. Since for a further development a person's capacity for relations to others as well as to responsibilities and interests is an important condition, maybe therapy has given the patient an important initiative. As mentioned, this is examined in our follow-up study.

Are there typical sub-groups?

The great variability of the borderline patients' clinical manifestations is well-known. *Armeliuss* in 1991 even raises the question if the borderline-disorder is a clinical entity of its own or whether it constitutes a »wastebasket« for difficult cases? (*Armeliuss* 1991). We have examined the possibility of sub-groups by considering the distribution of the raw scores in the ISTA. The scales of inner and outer demarcation showed a distribution

of scores with several peaks, that means, there were deviations from the shape of a normal distribution.

By dividing the group in two halves by median and subsequent cross comparison (crosstabs) the following patterns appeared (cf. table 5):

– 32,9% of the patients (Ss = 26), about a third, are part of the group with »low inner and outer demarcation«. They lie below the median of 3 and 4 (group 1) which is already very low compared to the control group (control means = 7.5, 10.5).

– 41,8% of the patients (Ss = 33), are characterized by relatively high inner and outer demarcation (group 2). They lie above the median.

– 25,3% of the patients (Ss = 20) form a mixed group with either low or high inner or outer demarcation.

	lower outer demarcation (below median)	higher outer demarcation (above median)
lower inner demarcation (below median)	26 32,9%	7 8,8%
higher inner demarcation (above median)	13 16,5%	33 41,8%
sum	39 49,4%	40 50,6%

(missing data: Ss = 5)

Tab. 5: Dividing the subjects by median; distribution of frequency.

Comparing group 1 and group 2 with regard to the outcome-measures, it can be noted that patients of group 2 show significantly better outcomes at the final testing (cf. table 6). With the exception of constructive narcissism patients of group 2 have »healthier« values of the ISTA-scales at discharge time compared to group 1. This means that patients who have at least some degree of inner and outer demarcation and thus being somewhat healthier in this respect at begin of psychotherapy do not only change with regard to boundaries, but also with regard to narcissism.

This corresponds with clinical experience. Patients with very open boundaries are acting out their inner psychic situation almost unfiltered and are not able to distinguish between themselves and others. They are highly ambivalent, so that the establishment of a stable therapeutical relationship and contact to other patients is more difficult. These patients start therapy under worse conditions and they somewhat have to go a longer way. These findings should be considered in prognosis and scheduling therapy and follow up treatment.

ISTA-score at discharge	Group 1 (Ss = 21)		Group 2 (Ss = 25)		t	p
	X	s	X	s		
inner demarc.	6,28	3,93	9,87	2,83	3,47	.001
outer demarc.	5,66	2,35	7,40	2,18	2,57	.02
constr. narc.	18,10	4,20	18,74	5,15	.45	n.s.
destr. narc.	8,37	4,79	5,76	4,28	1,87	.07
def. narc.	4,74	2,85	2,84	2,76	2,22	.05

Tab. 6: Means of the two clusters »low/low« (group 1) and »high/high« (group 2) at discharge. t-test for independent samples.

Summary

The presented study indicates that the ISTA-scales of narcissism and demarcation are useful instruments in diagnosis as well as prognosis of borderline-patients. The ISTA significantly distinguishes between borderline-patients and a healthy control group. In assessing outcomes the scales demonstrate sensitively to change. Particularly, the scales of demarcation allow predictions for therapy-outcome.

Die Messung von Narzißmus und Ich-Abgrenzung bei Borderline-Patienten

Ilse Burbiel, Gisela Finke, Gerhild Sandermann (München)

Seit *Adolph Stern* 1938 zum ersten Mal den Begriff »Borderline« verwendete, tauchte eine Fülle von Literatur auf, die die verschiedenen Aspekte des Borderline-Syndroms beschrieb und ihnen eine Fülle von Termini zuordnete, aber sie konnte die Störung nicht in ihrer Gesamtheit erfassen. Nach *Kreisman* und *Straus* (1992) entwickelten sich in den 70er Jahren zwei verschiedene größere Strömungen, die sich um eine Definition des Borderline-Syndroms bemühten, nämlich die empirische Schule um *John Gunderson*, die sich um beobachtbare und beschreibbare Verhaltenskriterien für die Borderline-Persönlichkeit bemüht, und die mehr »konzeptorientierte« Richtung, der z. B. *Otto Kernberg* zuzuordnen ist, die ein auf der psychoanalytischen Ich-Psychologie und Objektbeziehungstheorie basierendes Verständnis der Borderline-Erkrankung formuliert.

Günter Ammon hat in Zusammenhang mit der Entwicklung eines neuen Persönlichkeitsstrukturmodells, nämlich des Humanstrukturmodells aus dem Jahr 1976, eine Borderline-Konzeption entwickelt, die über die Ich-Psychologie und Objektbeziehungstheorie hinausgeht. Vor dem Hintergrund einer integrierten Vorstellung der Gesamtpersönlichkeit und unter Berücksichtigung der gruppenspezifischen Bedingtheit dieser Störungen in den frühesten Lebensgruppen, wird die Borderline-Störung strukturell von den neurotischen und psychotischen Störungen unterschieden und trotz unterschiedlichster Symptomatologie, Erlebnis- und Verhaltensweisen zu einem eigenständigen und einheitlichen Krankheitsbild zusammengefaßt (vgl. *Ammon* 1976, 1979, 1989).

Nach *Ammon* leidet der Borderline-Kranke an einer zentralen Störung der Identität, die im unbewußten zentralen Persönlichkeitskern wurzelt und deren Funktionen der Abgrenzung, des Narzißmus, der Aggression, der Sexualität und der Angst, um nur die wichtigsten zu nennen, durch spezifische destruktiv-defizitäre Primärgruppendynamiken in der archaischen präoedipalen Entwicklungszeit entsprechend destruktiv und defizitär entwickelt sind. Diese strukturellen Störungen im zentralen Persönlichkeitsbereich sind in der Regel durch Abwehrfunktionen und relativ gut entwickelte sekundäre Persönlichkeitsfunktionen, die für die Bewältigung der Realität notwendig sind, kompensiert. Das unterscheidet auf der strukturellen Ebene den Borderline-Patienten vom psychotisch strukturierten Patienten.

Dieses strukturelle Defizit ist beim Borderline-Patienten letztendlich ein bereits in frühester Zeit erlittenes narzißtisches Defizit, d. h. eine mangelnde narzißtische und sozialenergetische Zuwendung zum Kind, das weder in seinem »ureigensten Identitätsbedürfnis« (*Ammon* 1979) erkannt noch akzeptiert wurde. Ansonsten ist die Primärgruppendynamik charakterisiert durch einen Mangel an menschlicher Verlässlichkeit und durch das Fehlen einer existentiell tragenden Kontinuität in den emotionalen Beziehungen bei häufig zu beobachtender narzißtischer Ausbeutung des Kindes für die Bedürfnisse der Familiengruppe.

Neben der Identitätsproblematik, dem narzißtischen Defizit und der sekundären Abwehrfassade ist allen Borderline-Patienten die mißlungene Abgrenzung aus den frühkindlichen symbiotischen Primärgruppenbeziehungen gemeinsam, die für die spätere Abgrenzungsfähigkeit des Menschen von grundlegender Bedeutung ist. Von entscheidender Bedeutung ist der archaische Symbiosekonflikt, wo das narzißtische Defizit einerseits und die fehlende Abgrenzung andererseits den typischen archaischen Ambivalenzkonflikt bedingen. »Infolge des Defizits sucht der Patient symbiotische Beziehungen auf, aus denen er sich narzißtische Zufuhr erhofft. Auf-grund der defizitär entwickelten Ich-Grenzen muß er diese Symbiosen jedoch fürchten, weil sie wie in der Kindheit eine den Patienten psychisch ausbeutende Situation bedeuten« (*Ammon* 1979).

Für die Diagnose der Borderline-Erkrankung ist daher neben anderen zentralen Persönlichkeitsfunktionen die Untersuchung der Ausprägung und

der Art von der Narzißmus und Abgrenzung von hervorragender Bedeutung. Der Ich-Struktur-Test nach *Ammon* (ISTA) ist ein psychoanalytisch orientierter Persönlichkeitsfragebogen, der in 11 Skalen die Bereiche der Aggression, der Angst, der Abgrenzung nach innen und nach außen und des Narzißmus erfaßt. Der ISTA basiert auf der Persönlichkeitstheorie der Dynamischen Psychiatrie, wie sie im deutschsprachigen Raum von *Günter Ammon* und seinen Mitarbeitern formuliert wurde (*Ammon* 1976, 1979, 1982).

Im Einzelnen soll mit der vorliegenden Untersuchung überprüft werden:

- a) Unterscheiden sich (und wenn ja, in welcher Weise) Borderline-Patienten in den ISTA-Skalen zur Abgrenzung und zum Narzißmus von einer gesunden Kontrollgruppe?
- b) Drücken sich (und wenn ja, in welcher Weise) Veränderungen im Laufe der Therapie von Borderline-Patienten in den Skalen der Abgrenzung und des Narzißmus aus?
- c) Inwieweit handelt es sich bei der Untersuchungsgruppe um eine homogene Gruppe oder lassen sich spezifische Untergruppen identifizieren?

Es wurden $N = 84$ Patienten mit der Diagnose Borderline-Syndrom, die in den Jahren von 1986 bis 1992 in der Klinik für Dynamische Psychiatrie, München, behandelt worden waren, in die Untersuchung einbezogen. Die Auswahl der Stichprobe erfolgte per Zufall aus den Krankenakten im Rahmen einer anderen Untersuchung. Als gesunde Kontrollgruppe dienten $N = 125$ Personen (54 Männer, 43,2% und 71 Frauen, 56,8%), die ebenfalls im Rahmen der o.g. anderen Untersuchung rekrutiert worden waren. Von den Patienten lagen die Ergebnisse der Aufnahme- und der Entlassungstestung vor (t_1 und t_2), von der Kontrollgruppe eine einmalige Erhebung Ende 1992/Anfang 1993.

Ein Mittelwertvergleich zwischen den beiden Gruppen erfolgte mittels t -Test für unabhängige Stichproben. Die Borderline-Patienten unterscheiden sich auf allen 5 Skalen signifikant ($p \leq .001$) von der gesunden Kontrollgruppe. Im Vergleich zur Kontrollgruppe ist die Abgrenzung nach innen im Mittelwert defizitär, d.h. starr offen. Inhalte aus dem Unbewußten können von dieser Patientengruppe nicht abgegrenzt werden und würden die Patienten überfluten, wenn nicht andere Abwehrpositionen eingesetzt würden.

Auch die Abgrenzung nach außen ist bei den Patienten im Mittelwert im Vergleich zur Kontrollgruppe defizitär. D.h., die Patienten können, wie oben im Theorieteil ausgeführt, nur schwer gegen Ansprüche, Suggestionen und Einflüsse von außen eine eigene Identität behaupten. Dieses Defizit ist eine der Ursachen für die bei diesen Patienten so häufig zu beobachtende fassadäre Anpassung.

Auch in den drei Narzißmusskalen sind alle Mittelwertsunterschiede signifikant ($p \leq .001$) und liegen in der erwarteten Richtung. Die Patienten verfügen im Mittel über ein schwächeres konstruktives Selbstbild als die

Kontrollgruppe und haben vor allem ausgeprägte Werte beim destruktiven wie auch beim defizitären Narzißmus.

Von 61 Patienten aus der untersuchten Gruppe von 84 Borderline-Patienten (72,6%) verfügen wir auch über die Abschlußtests. In allen ISTA-Skalen zeigen sich bei Behandlungsende signifikante Veränderungen im Vergleich der Aufnahmewerte mit den Entlassungswerten in »Richtung gesünder«. Im Einzelnen gewinnen die Patienten an Abgrenzung nach außen wie innen und an konstruktivem Narzißmus. Beim destruktiven und defizitären Narzißmus, also den pathologischen Ausprägungen, nehmen die Werte deutlich ab. Im Vergleich zu den oben gezeigten Mittelwerten der gesunden Kontrollgruppen ergibt sich nur noch beim destruktiven Narzißmus ein signifikanter Unterschied. Im konstruktiven Narzißmus »überflügeln« die Patienten sogar die Kontrollgruppe – was sicherlich eine Folge des Klinikaufenthaltes, d.h. dem starken Erleben des Angenommen-werdens und der vielen Kontakte zu Mitpatienten, ist.

Gibt es typische Untergruppen? Die große Variabilität des klinischen Erscheinungsbildes bei der Borderline-Störung ist bekannt. Wir haben die Frage nach möglichen Untergruppen anhand der Verteilung der Rohwerte im ISTA überprüft. Hier ergab sich bei der Abgrenzung nach innen und außen eine annähernd zweigipflige Verteilung. 32,9 Prozent der Patienten (N = 26), also ca. ein Drittel, fallen in die Gruppe »niedrige Abgrenzung nach innen und außen«. Sie liegen unter dem ohnehin schon – im Vergleich zur Kontrollgruppe – niedrigen Median von 4 (Gruppe 1). 41,8 Prozent der Patienten (N = 33), also ein starkes Drittel, werden durch relativ stärkere Abgrenzung nach innen wie außen charakterisiert (Gruppe 2). Zusammen 25,3 Prozent (20 Patienten) bilden eine Mischgruppe.

Vergleicht man nun Gruppe 1 und Gruppe 2 hinsichtlich der Entlassungswerte, so zeigt sich, daß die Patienten aus Gruppe 2 bei der Abschlußtestung signifikant besser abschneiden. Bis auf den konstruktiven Narzißmus haben die Patienten aus Gruppe 2 bei Therapieende im ISTA »gesündere« Werte als die Gruppe 1. Das heißt, die Patienten, die bereits über ein Mindestmaß an innerer und äußerer Abgrenzung verfügen, die in dieser Hinsicht etwas gesünder sind, verändern sich auch stärker nicht nur hinsichtlich der Abgrenzung, sondern auch hinsichtlich des Narzißmus. Dies entspricht der klinischen Erfahrung, daß die sehr offenen, unabgegrenzten Patienten, die ihre innere psychische Situation fast ungefiltert nach außen agieren und nur sehr schwer in der Lage sind, zwischen sich selbst und anderen zu unterscheiden, schwerer ein konstruktives therapeutisches Bündnis eingehen können.

Die hier vorgestellte Untersuchung zeigt, daß der ISTA in den Skalen Abgrenzung und Narzißmus ein vielversprechendes Instrument in der Diagnostik von Borderline-Patienten ist. Er unterscheidet valide zwischen den Patienten und einer gesunden Kontrollgruppe. Im Behandlungsverlauf erweist er sich als veränderungssensitiv. Insbesondere die Skalen Abgrenzung nach innen und außen lassen auch prognostische Aussagen zu.

Literatur

- Ammon, G.* (1972): Zur Genese und Struktur psychosomatischer Syndrome unter Berücksichtigung psychoanalytischer Technik. In: *Dyn. Psychiat.* (5) 223–247
- (1976): Das Borderline-Syndrom – ein neues Krankheitsbild. In: *Dyn. Psychiat.* (9) 317–348
- (1979): Entwurf eines Dynamisch-Psychiatrischen Ich-Strukturkonzepts. In: *Ammon, G.*, (Hrsg.): *Handbuch der Dynamischen Psychiatrie*, Bd. 1 (München: Ernst Reinhardt)
- (Hrsg.) (1982): *Handbuch der Dynamischen Psychiatrie*, Band 2. (München: Ernst Reinhardt)
- (1989): Das Borderline-Syndrom, eine humanstrukturelle Erkrankung. In: *Dyn. Psychiat.* (22) 1–15
- (1991): Psychotherapie der Schizophrenie – Paradigmenwechsel in Psychiatrie und Psychoanalyse. In: *Dyn. Psychiat.* (24) 263–274
- Ammon, G.; Ammon G.; Marsen, B.* (1979): Das Borderline-Syndrom und das ich-strukturelle Arbeiten. In: *Ammon, G.* (Hrsg.): *Handbuch der Dynamischen Psychiatrie*, Bd. 1, (München: Ernst Reinhardt)
- Ammon, G.; Burbiel, I.; Finke, G.; Wagner, H.* (1982): Ergebnisse Dynamisch-Psychiatrischer Forschung. In: *Ammon, G.* (Hrsg.): *Handbuch der Dynamischen Psychiatrie*, Bd. 2 (München: Ernst Reinhardt)
- Ammon, G.; Burbiel, I.; Finke, G.; Wolfrum, G.* (in print): Der Ich-Struktur-Test nach Ammon. Entwicklung eines psychoanalytischen Persönlichkeitsfragebogens zu den Funktionen der Aggression, Angst, Ich-Abgrenzung, des Narzißmus und der Sexualität – erste Ergebnisse
- Armeliuss, B.-A.* (1991): The Borderline Patient project. In: *Bentler, L.; Crago, M.* (ed.): *Psychotherapy Research*. (APA: Washington D.C.)
- Burbiel, I.; Wagner, H.* (1984): Einige Ergebnisse Dynamisch-Psychiatrischer Effizienzforschung. In: *Dyn. Pschiat.* (17) 468–500
- Burbiel, I.; Fabian, E.; Emmert, C.; Wolfrum, G.* (1989): Klinisch-psychologische Effizienzforschungen bei der stationären Behandlung von Borderline-Patienten in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige. In: *Dyn. Psychiat.* (22) 343–366
- Deneke, F.-W.; Müller, R.* (1985): Eine Untersuchung zur Dimensionalität und metrischen Erfassung des narzißtischen Persönlichkeitssystems. In: *Zschr. Psychotherap. med. Psychiol.* (35) 329–341
- Forbes, A. R.* (1972): Some differences between neurotic and psychotic depressives. In: *Brit. J. Social Clinical Psychitat.* (11) 270–275
- Gunderson, I. G.; Singer, M. T.* (1975): Defining Borderline Patients: An Interview. In: *Am. J. Psychiat.* (132) 1–10
- (1978): Discriminating Features of Borderline Patients. In: *Am. J. Psychiat.* (135) 792–796
- Hartmann, E.* (1989): Boundaries of dreams, boundaries of dreamers: thin and thick boundaries as a new personality measure. In: *Psychiat. J. Univ. Ottawa* (14) 557–560
- Kernberg, O.F.* (1983): *Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus*. (Frankfurt: Suhrkamp)
- Kreisman, J. J.; Straus, H.* (1992): *Ich hasse dich – verlaß mich nicht*. (München: Kösel)
- O'Brien, M. L.* (1987) Examining the dimensionality of pathological narcissism: Factor analysis and construct validity of the O'Brien Multiphasic Narcissism Inventory. In: *Psychol. Reports* (61) 499–510
- (1988): Further evidence of the validity of the O'Brien Multiphasic Narcissism Inventory. In: *Psychol. Reports* (62) 879–882
- Raskin, R.; Hall, C. S.* (1979): A Narcissistic Personality Inventory. In: *Psychol. Reports* (45) 590
- Raskin, R.; Novacek, J.* (1989): An MMPI description of the narcissistic personality. In: *J. Personality Assessment* (53) 66–80
- Raskin, R.; Novacek, J.; Hogan, R.* (1991): Narcissistic self-esteem management. In: *J. Personality and Social Psychology* (60) 911–918
- Stern, A.* (1938): Psychoanalytic Investigation of and Therapy in the Borderline Group of Neuroses. In: *Psychanal. Quart.* (7) 467–489
- Wink, P.* (1992): Three narcissism scales for the California Q-set. In: *J. Personality Assessment* (58) 51–66
- Wink, P.; Gough, H. G.* (1990): New narcissism scales for the California Psychological Inventory and MMPI. In: *J. Personality Assessment* (54) 446–462

Adresses of the authors:

Dipl.-Psych. Dr. phil. Ilse Burbiel
Schwindstraße 1
D 80798 München

Dipl.-Psych. Gisela Finke
Münchner Straße 3
D 81379 München

Dipl.-Psych. Gerhild Sandermann
Rottenbacher Straße 36
D 81377 München

Milieu Therapy*

Günter Ammon (Berlin/Munich)

Günter Ammon, after Ernst Simmel in the twenties the pioneer of psychoanalytic milieu therapy in Germany and for a long time working at the Menninger Foundation (USA), presents in a condensed form the essentials of the milieutherapeutic concept. Milieu therapy to him does not mean an isolated method, but a part of an intensely interwoven therapeutic system in the group-dynamic field of an institution which includes staff and patients. Milieu therapy is recommended for patients with severe borderline, psychosomatic and psychotic illness; it enables them to replace acting out by verbalization. Nonverbal therapies (as e.g. dance, music, painting and theatre therapy) are especially indicated in the case of patients with difficulties of verbalization. The author shows paradigmatically the approach of integrating verbal and nonverbal diagnostic and therapeutic methods in the Hospital Mengerschwaige (Munich). He emphasizes the necessity of continuous supervision of the therapeutic team, its ability to cooperate and communicate being crucial for the successful outcome of therapy. Thereby, a constructive group-dynamic and social-energetic field can be developed which plays an essential role in the efficacy of milieu therapy.

Psychoanalytic milieu therapy was first developed by *Ernst Simmel* with the first psychoanalytic sanatorium in Berlin in the 20s of this century. It was further developed by *William* and *Karl Menninger* at the Menninger Foundation in Topeka. After my return from the Menninger Foundation to Germany in 1965, milieu therapy was applied on the basis of human-structural, group-dynamic and social-energetic dynamics and processes (by myself, the German Academy of Psychoanalysis and Dynamic-Psychiatric hospitals, particularly the Hospital Mengerschwaige in Munich). Milieu therapy can be described as a nonverbal group psychotherapy leading towards verbalization and interpretation. The therapeutic institution in which milieu therapy takes place is perceived as a social-energetic group-dynamic therapeutic field, staff and patients included. For the patients this means to live in a totally different life situation than at home, while in general they emotionally perceive the whole hospital set up completely like home, particularly for the atmosphere, but quite often also as far as people are concerned. The slow recognition of the difference is introducing and supporting the healing process.

In our philosophy, life is a process and treatment is a process as well, with progressive and regressive periods in which disintegration of the different dimensions of personality means illness, while treatment should be an integrating process. The treatment of milieu therapy is indicated for patients with a so-called split personality and a disintegrated human-structure.

After a careful evaluation of the patient's abilities and inabilities, a treatment program will be composed with the application of nonverbal and verbal therapeutical methods, for example participation at a milieu-therapeutic projection between the different therapists and the structuring of the different

* Paper presented at the 9th World Congress of the World Psychiatric Association (WPA), Rio de Janeiro/Brazil, June 6–12, 1993

groups which all have a half-opened system. Qualified and supervised therapists are crucial, as well as additional supervision by case conferences which take place from time to time, particularly after the first evaluation of the diagnosis and treatment program and at the end of the hospital treatment. Additional diagnostical procedures are used, like the autokinetic light test by *Voth* and *Voth* and EEG process evaluation in our dream and sleep laboratory, furthermore diagnostic and process evaluation of the nonverbal therapies, such as art therapy, or of the dynamics of theatre play treatment, particularly as far as the changing of parts is concerned.

Thus, the diagnosis may change during the process of treatment, and the psychodynamics and group dynamics will also in general be likely to change. On the other hand, we can sometimes observe the patient's totally different behaviour in different groups. For example, one patient behaved very demandingly and aggressively in the kitchen, even throwing a plate at the wall. He was, however, absolutely quiet in the formal group psychotherapeutic session, was talking friendly and laughing during the art therapeutic session and was mostly in contact during the horseback riding through the forest with his horseback riding group. Through the different behaviour patterns of this patient we gained new insight and could understand situations in which he could speak freely, like during painting and horseback riding, while being totally silent during the formal group psychotherapy because of the total transference situation. Hence we concluded that he was capable of transference; in the kitchen situation he transferred his infantile, oral demands directed towards the mother represented by the kitchen chief. Naturally, being on horseback in the forest, there was not much space for transference. We learned further from this example that there is a gliding scale between verbal and nonverbal aspects of psychotherapy as a whole. Video tapes are available, too, since we are using video in general as a diagnosing and therapeutic tool at our group psychotherapies, dance and theatre therapies, during hospital meetings with patients and staff, individual psychotherapy with psychotically reacting patients, etc.

The indication of milieu therapy will be mainly given in the case of patients with disturbed human-structural boundaries and structures, so-called archaic human-structural diseases and, in general, with borderline patients with personality structure disturbances, psychosomatic and drug problems, but also with schizophrenic and depressed patients. With the changing of the patients' conditions, a change of the treatment program will accordingly take place.

Important in dealing with predominantly nonverbal patients is, however, the interpretation of the dynamics of hostile resistance, of the high degree of anxiety and the high degree of destructive aggression and narcissism. The dynamic relationship between narcissism, destructive aggression and paranoid anxiety dominates the human-structure of the group of nonverbal patients, which quite often includes sub-groups of acting-out patients. The group of acting-out patients communicates via agitation, thus showing a possibility of

reaction to the silent patients, stimulating them to speak when they are in the same formal group psychotherapy.

The mentioned milieu therapeutic program has the task of giving the patient possibilities of expression corresponding to the current problems in a variety of differentiated situations. This means to enable him to discover and develop the constructive parts of his personality. The patient will get a chance to work out and verbalize the experiences during his milieu therapeutic activities. The therapist will help him to learn to differentiate between the healthy and ill parts of his human-structure. While at the beginning of treatment he experiences his problems as human-structurally syntonic, during treatment they become human-structurally alien and an object for discussion with the therapist. In this way, the concrete thinking of these patients will slowly change into a more reflective, relevating abstract thinking, this being another important step in the healing process. The alpha and omega of the treatment is our conception of social energy, a form of psychic energy which is developed by interpersonal and group-dynamic relationships, leading to the development of human-structure as a whole and of multidimensional ego functions. This will be a part of all integrating healing processes in the milieu, while destructive social energy or even deficient social energy is always a part of the disturbance of personality structure.

Concluding, it can be said that the hospital as a therapeutic instrument is based on the abilities of cooperation and communication of the therapeutic team. Each patient will be surrounded by different qualified psychotherapists, e.g. an individual psychotherapist, a group psychotherapist, an art therapist, a dance therapist, a horseback riding therapist, a medical doctor, a neurologist, a social worker and a milieu therapist. In this way each patient has a group of therapists treating him multidimensionally with different treatment tools and sometimes even changing treatment methods. This group becomes obvious as one group, mainly at case conferences and supervision group sessions. One might also add that the patients are receiving social energy directed towards them; and the patients, as well, are giving each other social energy and interpretations of their experiences in the therapeutic milieu — this means, there is a whole social-energetic therapeutic network.

Therefore, we can affirm that there does not exist any isolated treatment method called milieu therapy; milieu therapy is a part of an interwoven therapeutic system. It is indicated mainly for severely human-structurally disturbed patients, always implying narcissistic and severe personality problems. It is not, however, indicated for neurotic patients. In the whole milieu we have several main columns of treatment:

1. individual and/or group psychotherapy;
2. milieu type of project-working therapy with small living groups of patients who keep together at their project and share their meals and project group meetings;
3. nonverbal therapies like art, sport, theatre, dance, music and other therapies;

and last but not least the supervision of the team with continual individual and group supervision.

We experience in this complex conception and setting high possibilities for psychotherapeutic research, as well as the need for further development, particularly as far as the research on the different human-structures, functions and group dynamics are concerned.

Milieutherapie

Günter Ammon (Berlin/München)

Psychoanalytische Milieutherapie wurde zuerst entwickelt von *Ernst Simmel* mit seinem ersten psychoanalytischen Sanatorium in Berlin in den zwanziger Jahren dieses Jahrhunderts. Sie wurde weiterentwickelt durch *William* und *Karl Menninger* an der Menninger Foundation in Topeka (USA). Nach meiner Rückkehr von der Menninger Foundation nach Deutschland im Jahr 1965 haben mit mir die Deutsche Akademie für Psychoanalyse und Dynamisch-Psychiatrische Kliniken, insbesondere die Klinik Mengerschwaige in München, Milieutherapie auf der Basis humanstruktureller, gruppendynamischer und sozialenergetischer Dynamiken und Prozesse angewandt. Milieutherapie kann beschrieben werden als eine nonverbale Gruppenpsychotherapie, die zu Verbalisierung und Interpretation hinführt. Die therapeutische Institution, in der Milieutherapie stattfindet, wird als sozialenergetisches und gruppendynamisches therapeutisches Feld gesehen. Mitarbeiter und Patienten eingeschlossen. Für die Patienten bedeutet dies, in einem völlig anderen Umfeld zu leben als zuhause, während sie im allgemeinen die gesamte Klinik emotional genauso erleben wie ihr Zuhause, besonders die Atmosphäre; oft gilt dies aber auch für Personen. Das langsame Erkennen des Unterschieds induziert und fördert den Gesundheitsprozeß.

In unserer Philosophie ist das Leben ebenso wie die Therapie ein Prozeß mit progressiven und regressiven Perioden. Desintegration der verschiedenen Dimensionen der Persönlichkeit bedeutet Krankheit; demgegenüber sollte die Behandlung ein integrierender Prozeß sein. Die Behandlungsform der Milieutherapie ist indiziert für Patienten mit einer sogenannten zersplitterten Persönlichkeit und einer desintegrierten Humanstruktur.

Nach einer sorgfältigen Erhebung der Fähigkeiten und Defizite des Patienten wird ein Behandlungsprogramm aus nonverbalen und verbalen Therapiemethoden zusammengestellt, z.B. Teilnahme an einem milieutherapeutischen Projekt in einer Projektgruppe, kombinierte Einzel- und Gruppenpsychotherapie, Teilnahme an einer Mal- und einer Theatergruppe. Wichtig ist die Kommunikation zwischen den verschiedenen Therapeuten und die Strukturierung der unterschiedlichen Gruppen, die alle halboffen sind und mit qualifi-

zierten und supervidierten Therapeuten arbeiten. Zusätzlich finden von Zeit zu Zeit Case-Konferenzen statt, besonders nach der ersten Erstellung von Diagnose und Behandlungsplan und am Ende der stationären Therapie. Als weitere diagnostische Instrumente werden der Autokinetische Lichttest nach *Voth* und *Voth* und die EEG-Prozeßevaluation in unserem Traum- und Schlaflabor genutzt sowie eine diagnostische Prozeß-Evaluation der nonverbalen Therapien wie Mal- und Theatertherapie, wie z.B. die Dynamik von Rollenübernahme und -wechsel in einem Theaterstück.

Auf diese Weise kann sich die Diagnose während des Behandlungsprozesses ebenso ändern wie die Psychodynamik und Gruppendynamik. Andererseits können wir mitunter ein völlig unterschiedliches Verhalten desselben Patienten in verschiedenen Gruppen beobachten. Beispielsweise benahm sich ein Patient in der Küche sehr fordernd und aggressiv, er warf sogar einen Teller an die Wand. In der formalen Gruppenpsychotherapie war er absolut schweigsam; während der Maltherapie-Sitzung sprach und lachte er freundlich, und mit seiner Reittherapiegruppe war er beim gemeinsamen Ritt durch den Wald gut im Kontakt. Durch die verschiedenen Verhaltensmuster dieses Patienten gewannen wir neue Einsichten und konnten die Situationen verstehen, in denen er frei sprechen konnte (wie Reit- und Maltherapie) bzw. in denen er aufgrund der totalen Übertragungssituation völlig schweigsam war wie in der formalen Gruppenpsychotherapie. Außerdem lernten wir, daß er zu Übertragung fähig war; auch in der Küchensituation übertrug er seine infantilen oralen Bedürfnisse an die Mutter, repräsentiert durch den Küchenchef. Dagegen gab es auf dem Pferderücken im Wald wenig Raum für Übertragungsprozesse.

An diesem Beispiel sehen wir auch, daß sich die gesamte Psychotherapie auf einem gleitenden Spektrum zwischen verbalen und nonverbalen Aspekten bewegt. Wir können dazu auch Videobänder aufnehmen, denn wir setzen Video generell als diagnostisches und therapeutisches Instrument in unseren Gruppenpsychotherapien, in der Tanz- und Theatertherapie, während der Klinik-Großgruppen von Patienten und Mitarbeitern, bei Einzeltherapien mit psychotisch reagierenden Patienten etc. ein.

Milieu-therapie ist vorwiegend indiziert für Patienten mit gestörten Grenzen und Humanstrukturen, sogenannten archaischen Humanstruktur-Krankheiten, d.h. Borderline-Patienten mit Störungen der Persönlichkeitsstruktur, für schizophrene und depressive Patienten, sowie für Patienten mit psychosomatischen und Suchtproblemen. Parallel zur Veränderung des Befindens des Patienten wird auch das Therapieprogramm verändert. Wesentlich für den Umgang mit vorwiegend nichtverbalen Patienten ist jedoch die Interpretation der feindseligen Widerstandsdynamik, ihr hohes Maß an Angst und an destruktiver Aggression und destruktivem Narzißmus. Eine dynamische Beziehung zwischen Narzißmus, destruktiver Aggression und paranoider Angst herrscht humanstrukturell besonders bei der Gruppe der nichtverbalen Patienten vor, die oft Untergruppen von ausagierenden Patienten einschließt. Diese Patien-

ten kommunizieren über das Agieren, was den stillen Patienten diese Möglichkeit der Reaktion gibt und sie zum Sprechen anregt, wenn sie an der gleichen formalen Gruppenpsychotherapie teilnehmen.

Das vorgestellte Milieuthherapie-Programm hat die Aufgabe, dem Patienten in einer Vielzahl differenzierter Situationen Ausdrucksmöglichkeiten korrespondierend zu seiner Problematik zur Verfügung zu stellen. Dies bedeutet, ihn zu befähigen, seine konstruktiven Persönlichkeitsanteile zu entdecken und zu entwickeln. Der Patient bekommt so die Chance, seine Erfahrungen während der milieuthérapeutischen Aktivitäten durchzuarbeiten und zu verbalisieren. Der Therapeut hilft ihm, zwischen gesunden und kranken Teilen seiner Humanstruktur unterscheiden zu lernen. Zu Beginn der Therapie erleben wir seine Probleme als humanstrukturell synton. Während der Behandlung werden sie humanstrukturell fremd und zu einem Gegenstand der Diskussion mit dem Therapeuten. Auf diese Weise wird das konkrete Denken dieser Patienten sich langsam in ein mehr reflektierendes abstraktes Denken verändern, was ein weiterer wichtiger Schritt im Gesundungsprozeß ist. Zentral für die Behandlung ist unsere Konzeption der Sozialenergie, eine Form der psychischen Energie, die sich durch interpersonelle und gruppendynamische Beziehungen, sozialenergetische Bedingungen, die Entwicklung der Humanstruktur als Ganzer und die multidimensionalen Ich-Funktionen entwickelt. Sie wird auch Teil aller integrierenden Heilungsprozesse im Milieu sein, während destruktive oder sogar defizitäre Sozialenergie immer zu den Störungen der Persönlichkeitsstruktur beigetragen hat.

Zusammenfassend kann man sagen: die Klinik als therapeutisches Instrument gründet sich auf die Fähigkeiten des therapeutischen Teams zu Kooperation und Kommunikation. Jeder Patient ist von verschiedenen qualifizierten Psychotherapeuten umgeben, z.B. Einzeltherapeut, Gruppenpsychotherapeut, Kunsttherapeut, Tanztherapeut, Reittherapeut, Arzt, Neurologe, Sozialarbeiter und Milieuthérapeut. So hat jeder Patient eine Gruppe von Therapeuten, die ihn multidimensional mit verschiedenen therapeutischen Methoden behandeln, wobei diese Methoden auch wechseln können. Diese Gruppe wird als Gruppe sichtbar vor allem bei den Case-Konferenzen und Supervisionsitzungen. Durch sie erhalten die Patienten an sie gerichtete Sozialenergie, und auch die Patienten selbst geben einander Sozialenergie und Interpretationen ihrer Erfahrungen im therapeutischen Milieu; das bedeutet, es existiert ein gesamtes sozialenergetisches therapeutisches Netz.

Es gibt also keine isolierte Behandlungsmethode namens Milieuthérapie; Milieuthérapie ist vielmehr Teil eines verknüpften therapeutischen Systems. Sie ist angezeigt vor allem für humanstrukturell schwer kranke Patienten, bei denen immer auch narzißtische und schwere Persönlichkeitsprobleme vorliegen, nicht jedoch für neurotische Patienten. Im gesamten Milieu ruht die Behandlung auf mehreren tragenden Säulen:

1. Einzel- und/oder Gruppenpsychotherapie,
2. milieuthérapeutische Projektarbeit in den Lebensgruppen der Patienten,

die ihre Mahlzeiten und die Projektgruppensitzungen teilen und an ihrem Projekt zusammenarbeiten,

3. nonverbale Therapien wie Kunst-, Sport-, Theater-, Tanz-, Musik- und andere Therapien und

4. schließlich die Supervision des Teams mit kontinuierlicher Einzel- und Gruppensupervision.

Wir sehen in diesem komplexen Setting die Notwendigkeit weiterer Entwicklung und große Möglichkeiten für die psychotherapeutische Forschung, besonders in Bezug auf die verschiedenen Humanstrukturen und -funktionen und auf die Gruppendynamik.

Literature at the author

Address of the author:

Dr. med. Günter Ammon
Dynamic Psychiatric Hospital Mengerschwaige
Geiseltalstraße 203
D 81545 Munich

The Therapeutic Concept of the Dynamic-Psychiatric Hospital Mengerschwaige*

Günter Ammon (Berlin/Munich)

The present paper gives a concise presentation of the theoretical concept and its therapeutic practice at the Dynamic-Psychiatric Hospital Mengerschwaige in Munich, founded by Günter Ammon. It emphasizes the multidimensional view of the ill person with his pathological, i.e. developmentally disintegrated, but also his constructive facets. Consequently, an integration of the individually planned verbal and non-verbal therapeutic procedures within the milieutherapeutic, groupdynamic and social-energetic field of the Hospital, on the level of the therapeutic team and through the regular case conferences, is essential. Basically, the repeat and repair experience of the patient within Ammon's concept of identity therapy enables him to gradually develop his personality structure. Disease and health, the author argues, are processual entities, involving possible lifelong development and entailing a correspondingly processual view of both diagnosis and treatment.

The basic idea of the Hospital Mengerschwaige is that mental illness is multidimensional in a disintegrated way and has to be treated in a multidimensional integrating way offered by the social-energetic and group-dynamic field provided by the network of the structures of the hospital and its verbal and non-verbal psychological, biological and social treatment methods of the hospital's team. These methods will be effective in relation to the qualification and personal ability of the team members and their cooperation and communication.

The therapeutic concept is based on the theoretic point of view that human life is a process including the process of health, work and love, as well as mental, biological and social illness, developmental distortions, social disaster and other misfortunes. Therefore, human beings are always in process and in development, and so is mental illness and treatment. Consequently, diagnosis is also subject to changing processes with an interrelationship between biological, psychological and social processes, and integrative and disintegrative processes, as well. The impact of treatment efforts is not only resulting in the ideal end of the hospital treatment, but also in numerous results inbetween, marking always certain changes of diagnosis. These will be documented by the therapeutic notes of the individual and the group therapists, by the observations of the different verbal and nonverbal therapeutic efforts, such as the milieu and project type of therapy where the patients are within a small therapeutic community led by psychologists, painting-, music-, dance-, theatre-, movie- and sport therapists (horseback riding, swimming, jogging, gymnastics).

My late teacher *Karl Menninger* spoke of a diagnosing process by the parallel processes in the milieu-treatment field: the diagnostic process, the treatment program process, the mere psychic process of the patient, the corrective super-

* Paper presented at the 9th World Congress of Psychiatry of the World Psychiatric Association (WPA), Rio de Janeiro/Brazil, June 6—12, 1993

vision and the learning process of the psychiatrist and the casework process and learning process of the psychoanalytically trained social worker. These five processes are documented from time to time by the team or case conferences with the diagnosis, treatment program, states of the humanstructural disfunctions as recognized by the psychiatrists, evaluation of the psychiatrist's skill and the social worker's program for the patient after dismissal. This takes place at the so-called case conferences, in which the psychoanalyst or group psychotherapist, the psychiatrist, the psychologist, the milieu-therapist and the representative of the nursing staff together with the medical and neurological specialist and social worker conclude and evaluate the effectiveness of the treatment, changes (progressions or regressions) of the patient, and modify the present treatment plan, discuss the prognosis and the future plans for the patient under the guidance of a senior psychiatrist.

Important is a new evaluation of the so-called health diagnosis of the patient with all his developed abilities, interests, skills, faculties and knowledge. The improvement of the constructive and integrating power of the personality will be important for the patient's life including his capacity for love, relationships and work.

Fortunately, we are also in a position to use special diagnostic tools such as the Autokinetic Light Test as developed by *Harold Voth*, Topeka, the ISTA (Ego Structural Test — *Ammon* 1978), the Androgynity Test (ADA) (*Ammon* 1986) together with the MMPI, the Gießen Test, the Amthauer Intelligence Test and others, together with continuous video documentation and documentation of the patient's paintings and results of the sleep and dream laboratory with EEG studies.

One of the concepts is the idea of identity therapy and retrieval of ego-development with an emphasis on repeat and repair and continuous developing of slowly changing personality structures. The case conferences are in a certain way developmental points of the treatment's effectiveness, observed by means of questionnaires after the discharge from the hospital.

The recent efficiency study about the effectiveness of the treatment in the Hospital Mengerschwaike was published by *Burbiel et al.*, covering a period of seven years after discharge (*Burbiel et al.* 1992).

According to his human structure, each individual patient gets a specific treatment program and is thus included in different group situations with different therapists. In any case, the treatment should be adapted to the needs of the patient (*Ammon* 1968). The fields which integrate various treatment facets are the control group of the therapists, the special supervision of all milieu therapists, and the case conferences, which are held for each patient at the beginning of his in-patient treatment and subsequently during treatment and at the time of the discharge from the hospital. A central core of the hospital work are the weekly meetings of the plenary Hospital group (in our case approximately 100 persons of staff and patients). This represents the whole therapeutic network of the hospital and functions at the same time as a kind of patients' parliament.

Das therapeutische Konzept der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige

Günter Ammon (Berlin/München)

Ammon stellt als eine der Grundlagen therapeutischer Arbeit in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige das Konzept der Mehrdimensionalität vor: Krankheit bedeutet demnach Desintegration auf den psychologischen, biologischen und sozialen Ebenen. Entsprechend muß die Therapie mehrdimensional sein, d.h. sie muß die Integration verbaler und non-verbaler Methoden innerhalb des milieuthérapeutischen, gruppensozialenergetischen Feldes der Klinik bieten. Die Wirksamkeit der einzelnen Methoden ist bedingt durch die Qualifikation des therapeutischen Teams und durch die Qualifikation des therapeutischen Teams und durch ihre Fähigkeit zur Zusammenarbeit und Kommunikation.

Menschliche Existenz — so auch Krankheit und Gesundheit — werden prozeßhaft, in ihrer Entwicklungsdimension verstanden. Deshalb müssen sowohl die therapeutische Entwicklung des Patienten als auch die begleitende Diagnostik (im Sinne von *Karl Menninger* als »diagnosing process«), das therapeutische Programm, die Supervision und das Lernen des therapeutischen Teams prozeßhaft aufgefaßt werden. Wesentlich dabei ist die Integration dieser Ebenen in den regelmäßig stattfindenden Case-Konferenzen, bei denen in Anwesenheit des Psychoanalytikers, des Gruppenpsychotherapeuten, des Testpsychologen, des Milieuthérapeuten, des Internisten sowie des Sozialarbeiters und unter Leitung eines erfahrenen Psychiaters die therapeutische Wirksamkeit der Einzel- und Gruppentherapie, der Projektarbeit und der einzelnen non-verbale Therapiemethoden dokumentiert, Korrekturen des Therapieplans vorgenommen und Prognose sowie Entlassungsmodalitäten festgelegt werden. Hier werden auch immer wieder die konstruktiven, integrierenden Aspekte der Persönlichkeit des Patienten, seine Fähigkeiten und Interessen und deren Entwicklung im Rahmen der sog. Gesundheitsdiagnose in den therapeutischen Prozeß miteinbezogen. Die Diagnostik der Klinik bedient sich neben herkömmlicher Tests wie dem MMPI, Gießen- und Intelligenztests auch der spezialisierten Instrumente des ISTA (Ich-Struktur-Test nach *Ammon*), des ADA (Androgynitäts-Dimensionstest nach *Ammon*), des Autokinetischen Lichttest (AKL), der Ergebnisse des Schlaf- und Traumlabor, der begleitenden Videodokumentation und der Dokumentation der Bilder der Patienten in der Maltherapie. Das übergeordnete Therapiekonzept ist die vom Autor entwickelte Identitätstherapie mit ihrer »nachholenden Ich-Entwicklung« durch »repeat and repair«-Erfahrungen des Patienten, die eine allmähliche Entwicklung seiner Persönlichkeitsstruktur ermöglichen.

Die Effizienz der stationären Psychotherapie in der Klinik Mengerschwaige, einschließlich einer Zeitspanne, die sich über 1 bis 7 Jahre nach Klinikentlassung erstreckt, wurde von *Burbiel et al.* (1992) veröffentlicht.

Zum Abschluß der Arbeit betont *Ammon* erneut die therapeutische Bedeutung der Integration unterschiedlicher — für jeden Patienten individuell indi-

zierter — Therapieformen (s. *Ammon* 1968) durch die Kontrollgruppe der Therapeuten, die Supervision der Milieuthérapeuten, die Case-Konferenzen und die wöchentlichen Großgruppen der Klinik, die mit etwa 100 Teilnehmern das gesamte therapeutische Netz repräsentieren und als eine Art Patientenparlament fungieren.

Literature at the author

Address of the author:

Dr. med. Günter Ammon
Dynamic-Psychiatric Hospital Mentschwaige
Geiseltasteigstraße 203
D-81545 München

The Dynamic Relation between Ammon's Human-Structurology and Erdreich's Psycho-Traumatology**

Marius Erdreich (Haifa)*

After a brief introduction describing his meeting with Günter Ammon in 1980 and the deepening of their friendship after the Symposium on Holocaust in Haifa in 1984, the author exposes his concept of sectorial automatism, resulting from early psychic traumatization. He illustrates the functional disturbances, generated thereby, in reality-coping in life-stress conditions with two case histories. In Erdreich's view, his psycho-traumatological understanding of functionally weak ego substructures, reactivated in actual stress situations, may complement Ammon's human-structural conception of stable ego structures.

In Dezember 1980 I participated for the first time at the International Congress of DAP in Munich. It was my first visit to Germany after the war. Doubts and questions were preoccupying me on my way from New York to Munich. The first meeting with *Ammon* was absolutely surprising. It was an overwhelming contrast between the expected and the reality. I had in my mind images of rigid characters, may be some dark shadows from the past relations between German and Jewish people during the Holocaust and I was absolutely overwhelmed by the contrast. During the first years the friendship and admiration became deeper, as did all interests in *Ammon's* school of psychiatry. We stood together during difficulties for the German group of DAP, supported him against revenge and envy, when being persecuted by some Bavarian officials. He and his followers stood for Israel during the Gulf War, offered every kind of help. They stood up against the behaviour of the Neo Nazis and published a declaration condemning xenophobia and antisemitism. This declaration has been published in the prestigious official journal of the medical association in Israel. In 1984, we had a symposium in Haifa on the dynamics of the Holocaust. The main lecture was *Ammon's*. At a certain moment he left the written material and continued his presentation, charged with sorrow and tears, participating with the audience in an extraordinary scenario. For *Ammon*, there is no statistical or other scientific approach to the Holocaust and its survivors. The Holocaust is too apocalyptic to be measured. *Ammon* made friends especially with the Mayor of the town of Haifa.

Psycho-traumatology is a branch of medicine working on clinical as well as on research levels. Clinically, the patients have a history of early psychic traumatization, while the new pathology occurs during life stress situations. Clinical manifestations may arise in the fields of behaviour or psychosomatics. In the last few years, I try to extrapolate the individual pathology to the pathology of the masses.

* M.D., Director of Psychiatric Services at the Haifa City Medical Center (Rothschild), Technion, Faculty of Medicine, Haifa, Israel

** Paper presented at the International Symposium »Psychoanalysis and Dynamic Psychology« in Munich, May 13, 1983, on the occasion of Günter Ammon's 75th birthday.

I shall add some new dimensions to the concept of stable human structure as presented by *Ammon's* school of psychiatry.

The idea of a new chapter of medicine and behaviour sciences came to me after various therapeutic trials with a woman patient who had undergone therapy with different professionals and different methods, including classical psychoanalysis. It was the case of a woman of 45, Holocaust survivor, with frequent depression and anxiety, living in a Kibbutz with her husband and two children. I had to adapt the therapeutic method in order to enable the person to continue her life. The treatment was successful and there has been no relapse for 13 years.

In our concept the ego is seen as the functional center of the personality, dealing with the external world, the internal dynamics and with the relations between both. The organisation of an abstract scheme of personality conceives the superego as an instance that will permit a gregarious life (s. fig. 1). A well functioning ego is basic for a psychically and somatically healthy individual.

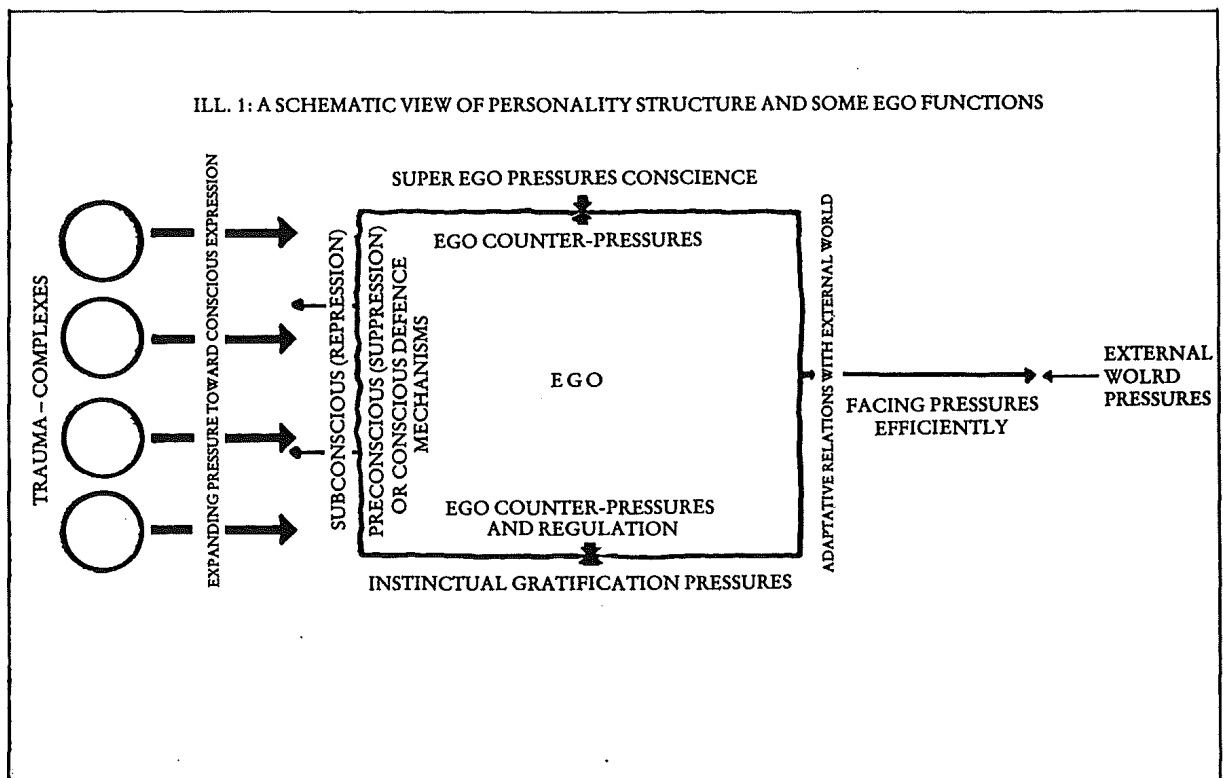


Fig. 1: A schematic view of personality structure and some ego functions. The ego is represented in the center as the adaptive and internal regulator of the dynamic processes.

The dynamics of life stress conditions involve the early trauma with its post-traumatic mechanism. In such cases, the repression of an actual trauma fails, when there is too much pressure on the ego boundaries and a tendency to shift to the scenario of the early trauma with its post-traumatic mechanisms. Therefore the person, instead of dealing with the actual stress, is unconsciously trying to deal with the early trauma in order to achieve

mastery in similar situations. This dynamics creates a deficient field of interaction between the person and the external world. Reality testing and impulse control are strongly influenced by the past trauma and its post-traumatic dynamics. The actual life stress is neglected or wrongly approached. Such people are fighting with shadows of the past. This special field of interaction, in which the person deals with a past trauma instead of dealing with the actual stress situation, may be described as a sector which functions automatically – with other words, a »sectorial automatism« (s. fig. 2).

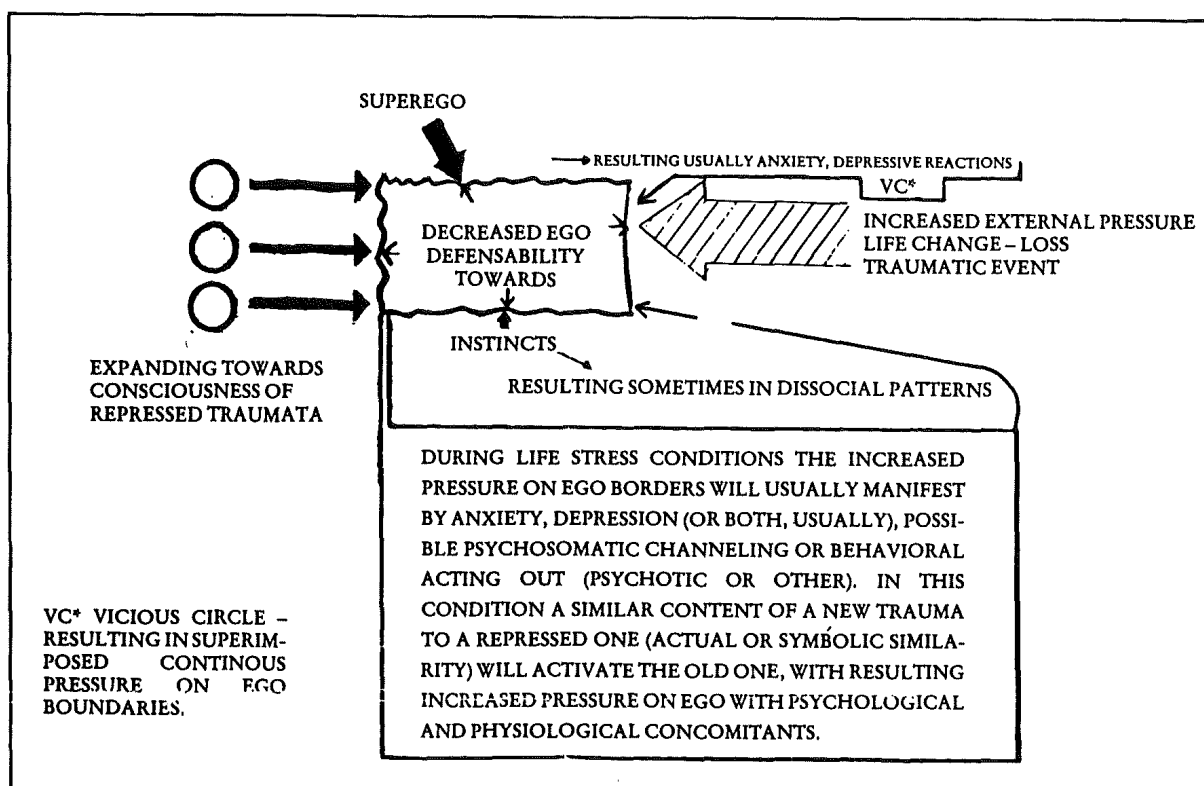


Fig. 2: Increased pressure on ego boundaries

A woman of 64, married and mother of several children, applied for treatment because of obesity with compulsive eating. Soon after beginning the treatment it became clear that she was carrying a heavy load of psychic trauma. In her childhood her parents were living in Sibiria, where another girl of the couple had earlier died from hunger. Then they left Sibiria and established themselves in New York City. There our patient was born. She had a paranoid, traumatogenic mother, who expected her to behave like her deceased sister. When called she had to answer with the name of her sister. She suffered from depressions and anxiety. She had even been hospitalized for a long period, but nothing changed. Even after the mother's death, she continued behaving anxiously, as if her mother would punish her again, especially in her rare moments of joy. The only behaviour accepted by her mother was eating, and she became obese. During the trauma - oriented psychotherapy it became clear that she was compulsively eating for both herself and her deceased sister, as if she had been alive, hoping subcon-

sciously to satisfy her dead mother. After coming to this insight, the patient lost 20 kg., the compulsive eating stopped, and she was even able to revolt symbolically against her mother.

Ammon's theory of the stability of psychic structure also holds true for life stress conditions. We suggest the existence of ego substructures at all levels of the ego, as described by *Ammon*: the physiological, the central and the secondary. These substructures are part of the stable ego structure. As examples of substructures we can mention aggression, anxiety, creativity, etc. If a child has been neglected from a very early age, he might become sensitive to whatever is connected, even symbolically, with the scenario of his childhood. In my point of view, the lack of social energy during childhood is an equivalent of a very severe trauma. Other forms of deficient social energy may constitute similar traumatic experiences.

Figure 3 and figure 4 concretize this concept. When a substructure is weak, it might become a part of the pathology of all the personality or of a part of it. In a person with psychotraumatic past, during life stress conditions the other substructures will also be functional in the post-traumatic mechanisms. In our opinion, a lonely neglected child, suffering from lacking

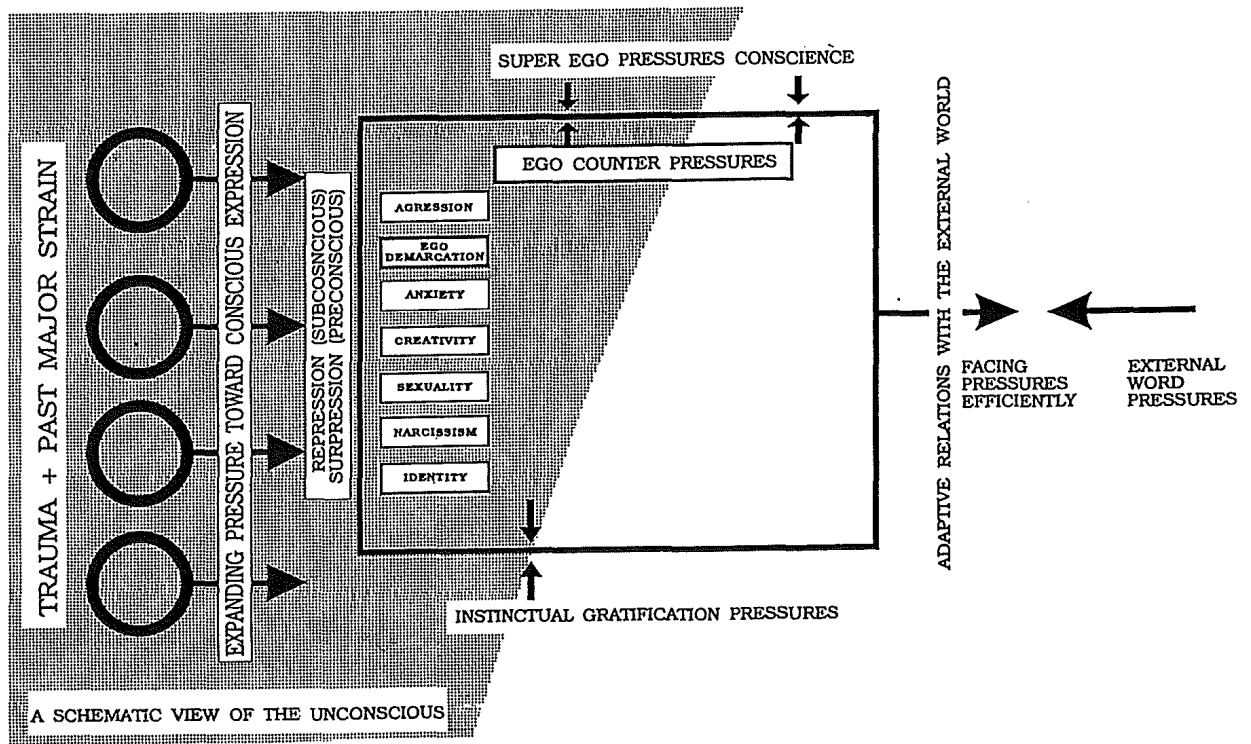


Fig. 3: A schematic view of personality structure and some ego functions

parenthood, or from aggression etc., will have a weak basis to stand pressure. The stable components of the personality will be active during life stress situations, along with the post-traumatic mechanisms, such as overreaction, overavoidance and repetition compulsion. Thus, it may frequently occur that the post-traumatic mechanisms should be dealing with the early trauma while the new life stress condition is being dealt with inad-

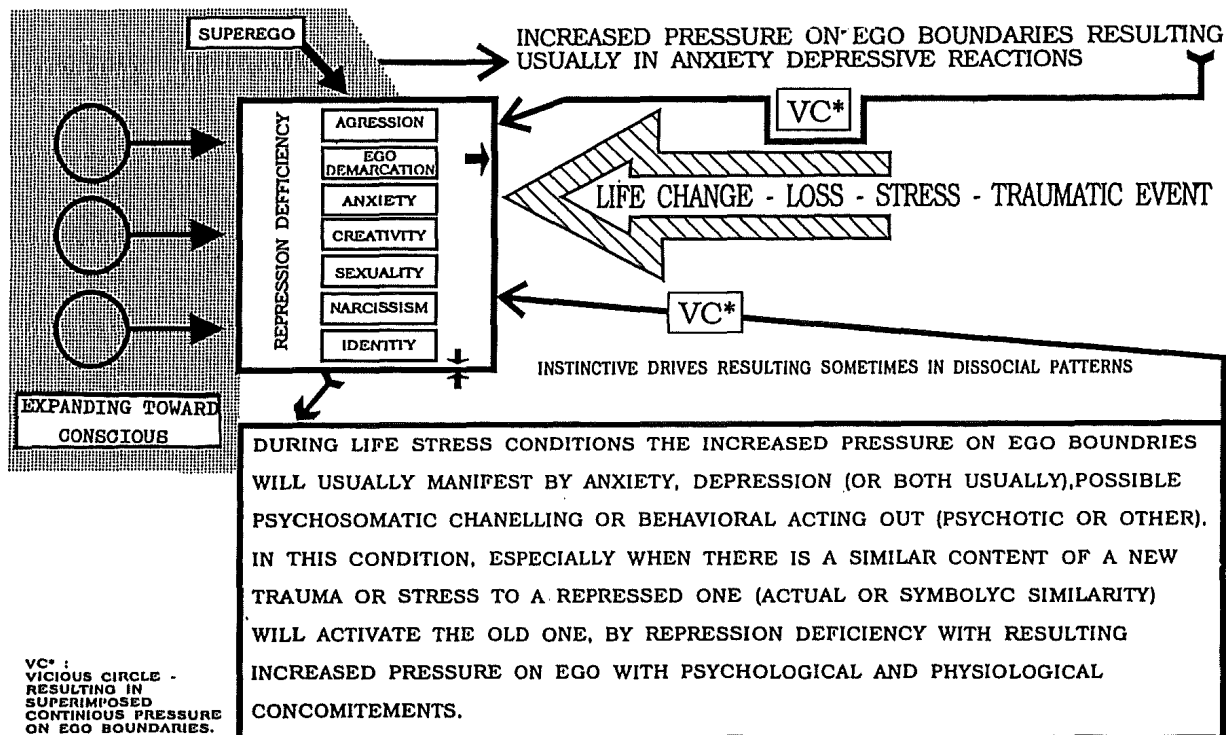


Fig . 4: A schematic version of personality function during life stress conditons

adequately. The weak substructures will manifest themselves by weakness of the ego, especially in the field of interaction with the external world, when the old traumas are the object of reparation or avoidance. This special field of interaction called sectorial automatism is concretized in figure 5. The sectorial automatism creates difficulties because of a mistaken reality-testing and impulse control. People appearing completely normal may commit delinquent acts which seem unexplainable or will be interpreted in terms of secondary gain.

In the following case history, the sectorial automatism was directed towards submission to a tyrannical father figure. As a little child Mr. P.J. had been absolutely submissive to his rigid punitive father. The life stress condition appeared at the age of 36, when it had been discovered that Mr. P.J. was the cause of sterility of the couple. In the same year reductions in staff of public institutions were carried through and Mr. P.J., a chief of a subdepartment in a state institution, found himself without enough staff. He became very upset as the director unpleasantly refused to reinforce his department with new employees. Thus, without considering the reality, Mr. P.J. falsified the signature of 36 citizens, in order to be able to present the reports expected by his tyrannical, rigid superior.

In this case it becomes understandable that the ego structure of the patient had weak points in its substructure, repressing »agressivity« by his father. The nature of the life stress situation implied the fact that he could not be a father himself. This could be a basis for a reparatory experience involving the wish to be a father. The District Court convicted him to one year imprisonment for falsifying official acts. After having asked for an expert opinion the Supreme Court revoked its decision.

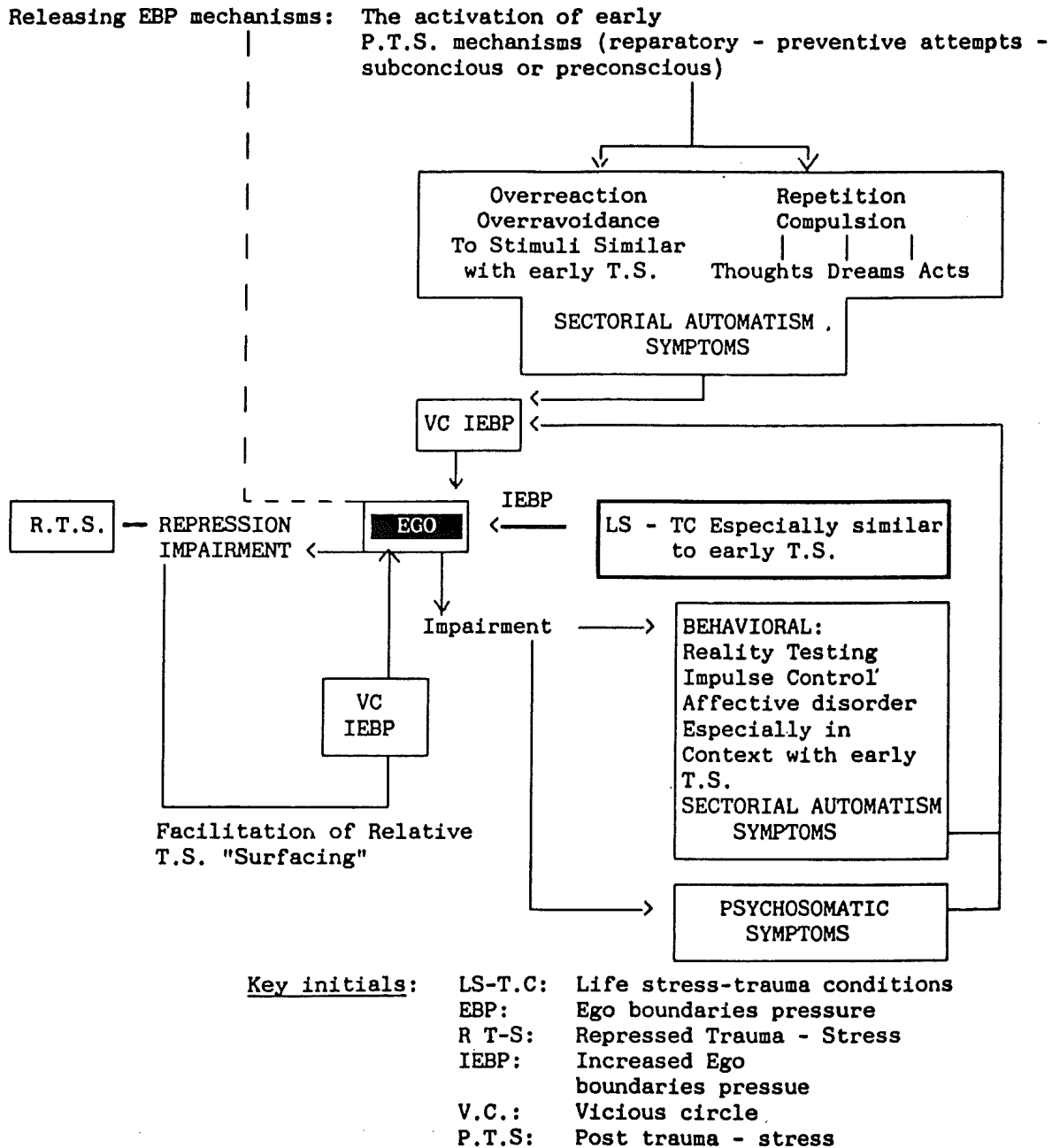


Fig. 5: A schematic view of pastrepressed traumastress »activation« by actual life stress conditions

There are many examples of sectorial automatism as presented in this paper. We may conclude that beside the stable structure of the ego, as described by *Ammon*, there might arise functional disturbances, especially around an ego substructure with developmental weakness. This chain of reactions will have deep roots, but the triggering factor is found in actual life stress conditions.

Concerning the dynamic relations we acknowledge *Ammon's* great contribution in human-structurology which may help to understand psycho-traumatology as a functional disturbance which can usually be treated quite efficiently. In order to reach basic structural changes in one or more ego substructures one must use prolonged psychotherapy with reinforcing

Die dynamische Beziehung zwischen Ammons Humanstrukturologie und Erdreichs Psychotraumatologie

Marius Erdreich (Haifa)

Erdreich stellt seiner Arbeit eine Beschreibung seiner ersten Begegnung mit *Günter Ammon* voran, die im Laufe der Zeit zu einem Gefühl von Freundschaft und Bewunderung herangewachsen ist. Diese menschliche Beziehung hat für ihn auch symbolischen Wert, konkretisiert in seiner Schilderung von *Ammons* Vortrag anlässlich des Symposiums zur Dynamik des Holocaust in Haifa 1984.

In *Erdreichs* Auffassung der Persönlichkeitsstruktur ist das Ich der funktionelle Kern der Persönlichkeit, der die Beziehung sowohl zur inneren Dynamik als auch zur Außenwelt reguliert. Die Funktion des Ich ist deshalb grundlegend für psychische und körperliche Gesundheit. Ein durch frühere Traumata geschwächtes Ich reagiert nach *Erdreich* in vitalen Stresssituationen mit unbewusster Reaktualisierung bzw. Reinszenierung des frühen Traumas, statt sich mit der realen Konfliktsituation auseinanderzusetzen. Auf diese Weise entsteht ein pathologisches Interaktionsfeld, das *Erdreich* als sektoriellen Automatismus bezeichnet. Das Fallbeispiel einer 64 Jahre alten Patientin wird vom Autor in diesem Zusammenhang zitiert, die unter bulimischen Attacken und Fettsucht litt; ihre Schwester war in Sibirien als Kind verhungert und ihre paranoische Mutter erwartete, daß die Patientin ihre verstorbene Schwester ersetzen soll. Die erfolgreiche trauma-orientierte Psychotherapie konnte ihr Verhalten als Versuch, für die Schwester zu essen und dadurch die Mutter zu befriedigen, bewußt machen.

Erdreich schlägt vor, die von *Ammon* konzipierte Ich-Struktur in Substrukturen – wie Aggression, Angst, Kreativität, usw. – zu unterteilen. Durch Vernachlässigung, d.h. Mangel an Sozialenergie – als Äquivalent eines schweren psychischen Traumas – entstehen schwache Substrukturen, die in Stresssituationen in ihrer Funktion der Realitätsbewältigung i.S. des sektoriellen Automatismus versagen. Die Folge einer solchen Störung in der Interaktion mit der Realität reicht bis zur Delinquenz, wie der Fall eines mittleren Beamten einer öffentlichen Institution zeigt, der 36 Unterschriften fälschte, um unbewußt den als tyrannischen Vater erlebten Vorgesetzten zu »bestrafen«. Er hatte vorher erfahren, daß er zeugungsunfähig war, d.h. selber kein Vater werden konnte. Das Urteil von 1 Jahr Gefängnisstrafe wurde nach dem Sachverständigengutachten des Autors aufgehoben.

Zusammenfassend vertritt *Erdreich* die Auffassung, daß neben den von *Ammon* beschriebenen stabilen Ich-Anteilen (Substrukturen) in ihrer Entwicklung infolge früher Traumata gestörte Substrukturen entstehen können, deren inadäquate Funktion durch aktuelle, vitale Stresssituationen ausgelöst wird. Letztere können nach dem Autor psychotherapeutisch wirk-

sam behandelt werden, während wesentliche strukturelle Veränderungen einer längeren, durch ein sozialenergetisch positives Milieu unterstützten Psychotherapie bedürfen.

Literature at the author

Address of the author:

Marius Erdreich, M.D.
Director of Psychiatric Services
Haifa Medical Center (Rothschild)
Faculty of Medicine, Technion
P.O.Box 4990
Haifa
Israel

On Diagnosis, Psychodynamics and Culture**

Margit Schmolke*, Monika Dworschak* (Munich)

The present paper explores the relationship among standard diagnostic systems, psychodynamics and cultural perspectives. It starts with a review of the literature on how the last two domains are considered in current and upcoming diagnostic systems such as DSM-III, DSM-IV and ICD-10. The authors argue that to understand fully an individual with mental problems, it is important not only to classify the patient's abnormal behaviour according to standard criteria, but also to explore and describe the patient's experience in terms of personal meaning and psychosocial context, i.e. life history, family dynamics, psychodynamics, groupdynamics and cultural background. The humanstructural treatment concept developed by Günter Ammon is used to explain the value of the case-conference approach to diagnose a patient in a comprehensive way. For future research, the authors propose the pivotal participation of interdisciplinary teams in the diagnostic process as well as the use of qualitative methods for understanding more effectively the patient's personal experience.

In a world which becomes more and more multicultural it is necessary to expand our thinking about the goals and framework of psychiatric diagnosis and treatment. In addition, we recognize the need to consider in a comprehensive psychiatric evaluation unconscious dynamics and processes.

The aim of this paper is to review new developments which consider cultural and psychodynamic factors within psychiatric diagnostic systems. We will particularly refer to the multiaxial systems ICD-10 and DSM-IV as well as to the humanstructural psychoanalytic diagnostic concepts developed by *Günter Ammon*.

The beginnings of modern classification of diseases are dated back to the last century. The first international classification system of causes of death was prepared in 1893 by the French statistician *Bertillon*. In 1938 the first steps were taken to include mental illnesses into the 5th revision of the International Classification of Diseases. For international communicative purposes, *Stengel* (1959) found it advisable to use specific operational definitions for diagnostic categories. The first multiaxial systems were designed by *Essen-Möller* and *Wohlfahrt* (1947) in Sweden, by *Lecomte et al.* (1947) in France, by *Bilikiewicz* (1951) in Poland, and by *Leme-Lopes* (1954) in Brazil. In particular, since 1980 the basic principles of multiaxial diagnosis were included in the two most commonly used international systems ICD and DSM.

Next we refer to the newest revisions of these systems, namely ICD-10 and DSM-IV. The basic methodological features of both systems are the following:

1. A phenomenological-descriptive approach,
2. the use of more specific definitions of diagnostic categories (compared to former revisions), and
3. the use of multiaxial schemes.

* Psychologist, Member of the Therapeutic Staff of the Dynamic-Psychiatric Hospital Menter-schwaige, Munich

** Paper presented at the 9th World Congress of the World Psychiatric Association (WPA), Rio

According to *Mezzich* (1992) the main goals of multi-axial diagnosis are:

1. To provide a more comprehensive view of a patient's condition,
2. to give a systematic assessment of critical aspects of psychopathology (for example, the separation of axes I and II in DSM-III R),
3. to gain specific information for treatment planning,
4. to enhance training in psychopathology and diagnosis,
5. to advance clinical and epidemiological research.

Further emphasized is the meaning of the context of a disease as well as its consequences on social functioning. Both, ICD-10 and DSM-IV show among their innovative developments the consideration of cultural issues as well as psychodynamic factors.

We will start with the cultural factors. In contrast to earlier systems, in ICD-10 and DSM-IV various efforts have been made towards a higher degree of cultural sensitivity. By including cultural aspects the risk to pathologize culture-specific phenomena can be minimized. A further goal is »...to promote in the clinician an attitude of respect and interest in the totality, uniqueness and depth of the patient«. (*Parron et al. in Mezzich et al. 1993a*)

DSM-IV will contain the following cultural innovations:

1. Within each of the five axes comments on cultural influences and factors will be given.
2. A glossary of cultural terms and culture-specific syndroms will be included in the appendix.
3. A complementary and explicit formulation »which describes the nature and extent of pathology from the perspective of the patient's personal experience and primary social and cultural reference group« will be presented (*Mezzich et al. 1993b*).

The World Health Organization in turn plans two publications as part of the family of developments in ICD-10:

1. A cultural lexicon,
2. an international cultural case-book (descriptions of clinical cases from various cultural regions of the world).

Now we turn to the second part of the new developments, namely psychodynamic factors. In DSM-III R we find a glossary of defense mechanisms only in the appendix of the manual. Also, the new proposals for DSM-IV include a »Defensive Functioning Assessment Axis« in the appendix. Current defenses or coping styles are listed there, beginning with the most dominant defense to the least prominent one. The defense mechanisms are divided into different levels and the predominant current defense level shall be assessed. Defense mechanisms are understood as synonymous to coping styles and are defined as »automatic psychological processes that protect the individual against anxiety and from the awareness of internal or external dangers or stressors« (DSM-IV Multi-axial Workgroup 1993).

The necessity of an additional psychodynamic axis was argued by *Karasu and Skodol* (1980) in following terms: »...that the absence of a psychodyna-

mic evaluation of personality structure and functioning severely restricts the usefulness of the classification system for planning treatment with psychotherapy» (*Skodol, Perry in press*). Remarkable about the introduction of defense mechanisms or coping styles is, that for this purpose concepts of psychoanalysis and stress theory are used. The explicitly atheoretical position of the DSM classification of mental disorders has been supplemented with the consideration of other important domains. It should be interesting to follow up on the question as to how the optional psychodynamic axis stands in relation to the other five. In our search for hints of psychodynamic relations in ICD-10 we realize that psychodynamics is not explicitly developed.

Humanstructural Psychoanalytic Diagnosis

Humanstructural psychoanalytic diagnosis expands on the basic innovative developments of multi-axial diagnostic systems by emphasizing social and groupdynamic factors. It is basically formulated in the concept of social energy, developed by *Ammon (1982)*. Humanstructural diagnosis has a multidimensional understanding of the human being and a spectral understanding of illness. Illness represents only one of many pertinent dimensions. Personality structure (humanstructure) includes biological, conscious and unconscious aspects which relate to each other in a dynamic and synergistic way. Unconscious personality aspects have a central meaning in these concepts. In this approach it is not of primary importance to categorize the symptomatology of a patient, but to describe and to understand the total personality in a multidimensional and differentiated way. In the humanstructural understanding it is important to identify deficits, deformations, as well as already developed constructive and creative areas of the patient. Of central importance is the human being embedded in its groupdynamic surroundings and the quality of internalized early and actual relationships. Psychodynamics is the totality of all internalized experiences of relationships manifested within the personality structure. Thus, psychodynamics in humanstructural theory is always seen as groupdynamically developed and is rooted in the unconscious core of personality (cf. *Ammon, Burbiel 1992*). The effective power of all interpersonal processes is social energy. Social energy functions as a transmitter between individual and group, and between group and society (see *Ammon 1982*).

The Case-Conference in the Dynamic Psychiatric Hospital

In the case-conference all data and findings about the patient, his life history, cultural background, familial background, testpsychological findings, reports from the psychiatrist, individual therapist, milieu therapist, art therapist about the psychotherapeutic process as well as report from the social worker about the specific cooperation with the patient's family are integrated. Psychodynamic and group-dynamic findings are practically used within the format of a

case-conference which is a central diagnostic instrument in humanstructural diagnosis. Reflection phenomena come about by partially unconscious identification processes of the participating therapists with the patient. Thereby, arising groupdynamic processes allow conclusions on unconscious internalized relationship structures, i.e. on the psychodynamics of the patient. As an important diagnostic tool, processes of transference and countertransference are additionally used. The therapist and diagnostician must be trained extensively to be able to differentiate between reality and transference (cf. *Burbiel* 1993).

At the end of the case-conference the results and findings are shared with the patient, and goals of psychotherapy and future perspectives are worked out together with him. By confronting the patient directly with his possibilities, abilities and limitations, the conference also has a therapeutic function. So, the patient is actively involved into the diagnosing process.

Also important in the framework of humanstructural diagnostic concepts is to consider the context in which the diagnosing process is embedded. The relationship between diagnostician, therapists and patient, as well as fantasies and feelings which arise in the diagnostic situation, give valuable hints for a deeper understanding of the patient. Diagnosis this way, is a communicative and relational process.

The focus for validation in this case are criteria developed in the framework of qualitative research strategies such as communicative validation (cf. *Lamnek* 1988). That means, to validate through a communicative process with the aim to find a common consensus. Subjectivity and communicative processes therefore are not eliminated from the diagnosing process, but centrally considered in it.

Coming to the end, the innovative developments of the current multiaxial diagnostic systems appear to be highly valuable. Innovations such as the inclusion of cultural and psychodynamic factors and the principles of humanstructural diagnosis have the common goal of understanding the uniqueness and individuality of a human being in a more differentiated and comprehensive way.

Diagnostik, Psychodynamik und Kultur

Margit Schmolke, Monika Dworschak (München)

In der vorliegenden Arbeit werden neuere Entwicklungen im Bereich psychiatrischer Diagnostiksysteme untersucht, bei denen kulturelle und psychodynamische Faktoren in den diagnostischen Prozeß miteinbezogen werden. Dabei beziehen sich die Autoren im wesentlichen auf die multiaxialen Systeme des ICD-10 und DSM-IV sowie auf die spezifische humanstrukturell-psychoanalytische Diagnostikkonzeption *Günter Ammons*.

In einem kurzen Literaturüberblick werden die historischen Entwicklungsschritte psychiatrischer Diagnosesysteme dargestellt und speziell auf die neu-

sten diagnostischen Manuale, das ICD-10 und DSM-IV, Bezug genommen. Beiden Systemen ist gemeinsam, daß sie einen phänomenologisch-deskriptiven Ansatz haben, im Vergleich zu früheren Versionen spezieller definierte Diagnosekategorien benutzen und multiaxial aufgebaut sind. Nach *Mezzich* (1992) werden als Hauptziele multiaxialer Diagnostik von den Autoren genannt: ein besseres Verständnis für den Patienten zu gewinnen, eine systematischere Untersuchung der Psychopathologie zu ermöglichen, speziellere Informationen für den Behandlungsplan zu erhalten, gezieltere Schulung in Psychopathologie und Diagnostik zu vermitteln und die klinische und epidemiologische Forschung voranzutreiben. Darüber hinaus wird die Bedeutung des psychosozialen Zusammenhangs der Erkrankung betont.

Nach Ansicht der Autoren berücksichtigen sowohl ICD-10 als auch DSM-IV stärker als die Vorläufer-Systeme kulturelle und psychodynamische Faktoren, auf die im folgenden näher eingegangen wird. Die kulturellen Faktoren fließen im DSM-IV in allen fünf Achsen ein, sind darüber hinaus auch noch als Glossar kulturell bestimmter Ausdrücke und Syndrome im Anhang aufgeführt. Im ICD-10 wird nach der Vorstellung der WHO ein »kulturelles Lexikon« sowie eine Sammlung internationaler kulturspezifischer Falldarstellungen vorgelegt.

Psychodynamische Faktoren finden sich im alten System des DSM-III R nur im Anhang als Glossar von Abwehrmechanismen. Im neuen DSM-IV ist dagegen eine eigene Achse zur Erfassung von Abwehrmechanismen vorgesehen, auf der die bekannten Abwehrmechanismen aufgeführt sind. Im Verständnis der DSM-IV-Arbeitsgruppe werden Abwehrmechanismen definiert als »automatisierte psychische Prozesse, die den Einzelnen gegen Ängste und das Bewußtwerden innerer und äußerer Gefahren und Stressoren schützen«. Auch von anderen Autoren (wie *Karasu* und *Skodal*) wird die Notwendigkeit einer zusätzlichen psychodynamischen Achse betont. Wie die Autoren der vorliegenden Arbeit bemerken, wird zur Darstellung psychodynamischer Faktoren die theoretische Konzeption der klassischen Psychoanalyse und der Streßtheorie aus der Vielzahl psychodynamischer Theorien ausgewählt. Dies könnte ein Widerspruch zur bisher explizit geforderten atheoretischen Position der DSM-Klassifikation sein, was die Autoren als diskussionswürdig ansehen. Im ICD-10-System fehlt hingegen eine psychodynamische Betrachtungsweise vollständig.

Im folgenden Abschnitt der Arbeit wird die humanstrukturelle psychoanalytische Diagnostik bezogen auf die neuen Systeme ICD-10 und DSM-IV dargestellt. Die von *Ammon* entwickelte Sozialenergiekonzeption stellt dabei die Basis des multidimensionalen Verständnisses des Menschen und einer spektralen Vorstellung von Krankheit und Gesundheit dar. Krankheit ist in *Ammons* Sichtweise nur eine von vielen menschlichen Möglichkeiten. Die Persönlichkeits- (Human)struktur schließt biologische, bewußte und zentral auch nicht bewußte Aspekte mit ein, die in dynamischer und synergistischer Beziehung zueinander stehen. Klassifikationen der Symptomatik sind in einem derarti-

gen Zugang nicht von vorrangiger Bedeutung, sondern dienen lediglich der Verständigung. Wesentlich ist bei *Ammon* das Verständnis und die Beschreibung der Gesamtpersönlichkeit in ihrer mehrdimensionalen und differenzierten Ganzheit. In der Diagnostik werden daher, wie die Autoren hervorheben, konstruktive und kreative Fähigkeiten des Patienten besonders beachtet und neben den Defiziten und kranken Seiten als »Gesundheitsdiagnose« formuliert. Wesentlich ist auch das gruppenspezifische, sozialenergetische Feld, in dem der Patient lebt, sowie die Qualität verinnerlichter früher und aktueller Gruppenerfahrungen. Die Psychodynamik des einzelnen entwickelt sich nach *Ammon* aus der Gesamtheit aller Beziehungserfahrungen und ist verwurzelt im unbewußten Kern der Persönlichkeit. Sozialenergetische Prozesse sind die Transmitter zwischen dem Einzelnen und der Gruppe und zwischen Gruppe und Gesellschaft.

Auf der Grundlage dieser Diagnostik-Konzeption stellen die Autoren die Bedeutung und den Ablauf der Case-Konferenz in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik dar, in der alle Daten und Untersuchungsergebnisse über einen Patienten, seine Lebensgeschichte, Testergebnisse, psychiatrische Befunde, Berichte der Milieu-, Kunst-, Reittherapeuten und Sozialarbeiter und die psychotherapeutische Prozeßdarstellung in einer Sitzung gemeinsam mit allen beteiligten Mitarbeitern zusammengetragen und diskutiert werden. Unbewußte gruppenspezifische Prozesse, wie Widerspiegelungsphänomene, können in dieser Therapeutengruppe sichtbar und für das Verständnis des Patienten nutzbar gemacht werden. Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene werden ebenso genutzt wie das Abschlußinterview mit dem Patienten selbst, in dem er nach seinen eigenen Perspektiven und Wünschen gefragt wird. In der humanstrukturellen Diagnostik geben die Beziehung zwischen Diagnostiker, Therapeut und Patient ebenso wie die auftauchenden Gefühle und Phantasien entscheidende Hinweise zum tieferen Verstehen des Patienten. Diagnostik in dieser Form ist ein kommunikativer und interpersoneller Prozeß. Nach Ansicht der Autoren bietet die qualitative Forschung Untersuchungsmöglichkeiten zur Validierung dieser Art der Diagnostik an, in der subjektive und kommunikative Prozesse nicht eliminiert, sondern gerade umgekehrt als wertvolle Wegweiser genutzt werden.

Abschließend stellen die Autoren fest, daß die aktuellen Entwicklungen auf dem Sektor der Diagnostiksysteme unter Einbeziehung kultureller und psychodynamischer Faktoren ebenso wie die Prinzipien humanstruktureller Diagnostik ein grundlegendes gemeinsames Anliegen haben: das Verständnis der Einzigartigkeit und Individualität des Menschen.

Literature

- Ammon, G., Burbiel, I.* (1992): Grundzüge der klinischen Humanstrukturellen Psychotherapie. In: *Dyn. Psychiat.* (25) 1–22
- Burbiel, I.* (1993): The groupdynamic principle and research of dynamic psychiatry. Paper presented at the 9th World Congress of the World Psychiatric Association, Rio de Janeiro, June 6–12, 1993
- DSM-IV Multiaxial Workgroup (1993): Defensive Functioning Axis. Unpublished paper.
- Lamnek, S.* (1988): *Qualitative Sozialforschung*. Bd. 1 (München-Weinheim: Psychologie Verlags Union)
- Mezzich, J.E.* (1987): International Use and Impact. From an Annotated Bibliography of DSM-III edited by *Skodol, A.E.* and *Spitzer, R.L.*, published by American Psychiatric Press.
- (1992): Multiaxiale Diagnostik und internationale Klassifikation in der Psychiatrie. In: *Fundamenta Psychiatrica* (6) 150–153
- Mezzich, J.E.* et al. (1993a): Cultural Proposals and Supporting Papers for DSM-IV. NIMH Group on Culture and Diagnosis.
- et al. (1993b): Cultural Formulation Guidelines. Draft. NIMH Group on Culture and Diagnosis.
- Skodol, A., Perry, J.* (in press): Should an Axis for Defense Mechanisms be Included in DSM-IV? In: *Comprehensive Psychiatry*.
- Tölle, R.* (1988): *Psychiatrie*. (Berlin: Springer)

Address of the authors:

Dipl. Psych. Margit Schmolke,
Dipl. Psych. Monika Dworschak
Dynamic Psychiatric Hospital Mengerschwaige
Geiseltalstraße 203
D-81545 München

Psychological Studies concerning Human-Structural Dance**

Maria Berger (Berlin)*

The author describes the results of a study of psychic expression of patients in the Human-Structural Dance. The results are based on the investigation of 10 out of a group of 30 patients. Furthermore, a qualitative evaluation of video recordings has been added. The author gives a brief survey of the different approaches of the pioneers of dance therapy. She comes to the conclusion that the different approaches tend to be eclectic, since they are not fully integrated in a theoretical conception of man, and usually not integrated into a comprehensive treatment conception. The Human-Structural Dance was developed by Günter Ammon especially for the so-called »unreached« patients, i.e. patients who could not benefit from the verbal therapies, who remained not understood and unchanged in the core of their personality. The author focuses her investigation upon four areas: bodily expression, accessibility of feelings, contact to the group and ability of verbalization of feelings. Two types of patients are outlined: one who proved to be stiff and restricted in body movement, and another including patients with a better approach to inner feelings and more confidence in the group, able to show their sadness and anger. While in the former group a better approach to body and emotions could be developed, in the latter feelings could become more visible.

Within the past few decades, various forms of body-centered therapies have been developed. This is an indication of the growing attention which is currently being accorded the body. Generally, it was not included in psychotherapeutic concepts. *Petra Klein* coins the expression of the »forgotten body«. Interestingly enough, *Freud* takes the bodily expressions of psychic processes seriously »instead of explaining them away as a system of mere conventions akin to semantics, or treating them as a simple mechanic reflex which behaviour psychologists would deduct from some form of conditioning« (*Zur Lippe* 1983/84). He actually developed a therapy involving direct contact to the body, the so-called pressure method, which he later, however, gave up in favour of the technique of free association. *Ferenczi* and *Reich*, with their respective techniques of »neocatharsis« and vegetative therapy recognized the intensive correlation between the psyche and the body. However, it was only within the past decades that their work was incorporated into the field of psychotherapy.

Meanwhile, a large number of quite different body-centered therapies has come into existence: the *Pesso* system of psychomotor therapy (*Pesso* 1973), psychomotor therapy (*Kiphard* 1975), the *Alexander* technique (*Alexander* 1971), the concentrative kinesiotherapy (*Stolze* 1977), bioenergetics (*Lowen* 1979), eutonics (*Alexander* 1978), integrative kinesiotherapy (*Petzold* 1977), sensory aware-

* Clinical Psychologist, Psychotherapist (BDP), Training Analyst at the Berlin Training and Research Institute of the Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP), President of the Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP)

** Paper held at the 9th World Congress of the World Psychiatric Association (WPA), Rio de Janeiro, Brazil, June 6-12, 1993

ness (*Brooks* 1974), breathing therapy (*Middendorf* 1977), rhythmic kinesiotherapy as a special form of rhythemics (*Kirchmann* 1979), rolfing (*Rolf* 1958), healing eurhythemics (*Wilmar* 1977), Lomi therapy (*Leeds* 1977), Expression corporelle (*Dropsy, Sheleen* 1977), and many others (cf. *Klein* 1983).

Dance therapy is a special kind of body-centered therapy. In it, the objective is to spontaneously translate feelings into movement, to develop a relationship to one's own body, and to discover creative new potentials in oneself. Most other body-centered therapies concern themselves primarily with performing certain exercises which are supposed to improve body awareness, loosen tension and induce cathartic effects. In dance therapy, the dance itself is regarded as an expression of emotions, conditions and needs as a result of the need common to all of mankind: to communicate. Dance therapy was developed in the United States in the nineteenforties and was successfully practised in psychiatric institutions, especially in treating schizophrenic patients. All pioneers of dance therapy, such as *Liljan Espenak, Marian Chace, Mary Whitehouse* and *Trudi Schoop* were dancers themselves. It was only in the course of their work that they sought to theoretically support their approaches. The point of departure was the new movement Modern Dance, in which the development of the personality of the dancers was possible. In Germany, this new movement was led by *Mary Wigman* and *Rudolf von Laban*. Increasingly, these dancers recognized how therapeutic the effects of their dance were for themselves, and how important it could be to use dance as a mean to help others. Dance therapy was successfully applied as a therapy for handicapped children and for the elderly. In the 1970's dance therapy was introduced in Germany. However, it remained largely unnoticed in the treatment program of psychiatric institutions.

In the Dynamic Psychiatric Hospital Mengerschwaike, *Günter Ammon* developed the Human-Structural Dance Therapy some fifteen years ago. It was his aim to create new possibilities of expression for those patients who often could not express themselves verbally: the so-called unreached patients. It quickly became apparent that many patients could experience themselves completely differently in the dance therapy group than in other groups, and were also understood in a different way by the other patients.

It is common to all methods of dance therapy that their point of departure is the spontaneous movement in dance: this is referred to as »Basic Dance« in North American literature. »Basic Dance ist the externalisation of those inner feelings which cannot be expressed in rational speech, but can only be shared in a rhythmic, symbolic action« (*Chace* 1975). All of them emphasize the close ties between bodily and psychic expression. The following movements in dance therapy can be outlined: First, the therapeutic dance method according to *Marian Chace* which works with four important aspects: »body action« prepares the elaboration of psychic conflicts by activating the body and especially its pathologically tensed regions. »Symbolism« means that symbolic movements and positions are included and processed. In »kinaesthetic empathy«,

the therapist reacts to the non-verbal communications of the patients, takes them up with his or her body and can thus participate in the feelings of the patient. »Rhythmic group activity« is another very important factor in her method. Rhythmic is a basic prerequisite for coordination. The joint rhythmic experience in the group gives the participants the feelings of solidarity and security. *Marian Chace* was not oriented by a psycho-analytic or psychological school, rather her work was client-oriented.

Trudi Schoop attaches great importance to the perception of the healthy means of expression of the patient. The therapist should, according to her, be aware of his or her self-perception. The categories empathic understanding, positive appreciation and authenticity are important to her method. She was not oriented by any psycho-analytic or psychological school.

Liljan Espenak was mainly influenced by *Alfred Adler's* individual psychology. It is important to her to have the patients develop a positive self-image, a feeling for their own power and vitality. This restores the capability for social integration which initially existed. She works with retarded and mentally handicapped children.

Mary Whitehouse is oriented by the *Jungian* conception. She is concerned with establishing contact between the ego and the self; symbolic events, images and dreams should be included in this process. Active imagination serves as an important method. In it, unconscious images are to be brought into the conscious, which can then be dealt with on a therapeutic level.

Penny Bernstein has tried to integrate various approaches; her point of departure is the psychoanalytic theory of a child's bodily development. Her basic understanding is marked by *C. G. Jung*; thus, she often uses symbols in communicating with her patients. In the process of dance therapy, she is mainly oriented by the Gestalt therapy. In it, a problem area is worked out and posited in the center of attention. The »unsettled situation«, the conflict not yet worked out, is brought to consciousness by adequate movement experiences.

Elaine Siegel follows the *Freudian* psycho-sexual phases of development in her work. She enters a psycho-dynamic symbiosis with the patient and allows him to regress to the point of his fixation. Thereupon, the patient-therapist symbiosis is dissolved in phases (cf. *Klein 1983, Bernstein 1979*).

It is the problem of all schools of dance therapy that they incur the danger of being eclectic: they lack a real integration into a theoretic concept. A further problem is the fact that dance therapy often cannot be integrated into the respective institution and into its concept of treatment. In contrast, the therapy of human-structural dance developed by *Günter Ammon* since 1982 is embedded in his theoretic concept of Human Structurology. Human Structurology is based on the concept of social energy, on a positive definition of the unconscious personality and its human functions and structures, on the spectral theory with its holistic comprehension of personality and its integrated — or, in the case of illness, disintegrated — multidimensionality, on the importance of the group and social-energetic, group-dynamic fields (*Ammon 1979a,*

1979b, 1982a, 1982b, 1986a). »Human Structurology was developed with an understanding of a constant procedural interaction of human functions influenced and developed in constructive, destructive and deficient ways (of primarily biological, centrally not conscious functions of human expression) with the functions of behaviour, abilities, thinking, work, and affection« (*Ammon* 1986a). The most important central human functions are the body ego, anxiety, aggression, creativity, internal and external ego demarcation, narcissism, conceptual thought, sexuality, imaginative abilities and abilities to dream, sociability and ability to participate in groups. The total of all human functions constitutes a person's identity. The entire development of the human functions is based on *Ammon's* concept of social energy (*Ammon* 1982a, 1986a).

Human-Structural Dance Therapy, via the integrating self-expression of the dancer, renders the growth of identity and a freer flow of the synergism between the experience of one's body, feelings and thinking possible — beyond verbal speech. Within the protective space of the group, dancers can express themselves, they are able to experience their body ego and the limits of their body via their movements in this space and can enter into contact with themselves and the group via body language and their personal magnetism. In the dance performed within the context of a dance therapy group, patients can non-verbally express their ideal ego and different possibilities for identification. In addition, they receive social energy after the dance by the feedback from the group which subsequently enables them to change their reality ego. The holistic experience of the dance takes place in the interplay of the body — via the play of muscles — and the psyche via the transformation of music to movement (cf. *Ammon* 1986c). The Human-Structural Dance Therapy is an intensive body-centered therapy. The following factors are of fundamental importance:

- the spontaneous and individual dance
- the body language and movements of the individual, performing in clothes chosen by the patients themselves
- the performance with music, without music, or with drums
- the group meditation, at its beginning and at its end, which is a meditative concluding dance of the group
- the members of the group give the individual dancer feedback after his dance.

The social energetic field is of extreme importance for the possibilities of each dancer to express himself. The spontaneous and surprising dance of the individual also has a healing effect on the other members of the group while encouraging their creativity.

The aim of my research into Human-Structural Dance Therapy was to ascertain whether, and if so, to what extent, the access to psychic experiences and the ability to express feelings change as a result of the participation in a Human-Structural Dance Therapy within a certain time of observation. Four areas are of special interest to this study:

1. the bodily expression, i.e. bodily self-esteem and possibilities for movement,
2. the access of the patients to their feelings and their ability to express these feelings before, during and after the dance,
3. the anchoring within the group and the contact to it and
4. the ability to verbally express feelings, also within the context of verbal therapy, i.e. with the formal group therapy.

Method

The studied group undergoing human-structural dance therapy encompassed 30 patients, which means that one out of two patients in the clinic participated in it. All diagnostic and age groups were represented in the dance group; the duration of the stay of the patients was also different. The group was directed by Dr. *Ammon* and myself. Ten patients from this group were examined twice within three months. The first examination took place after the first dance of the patient within this group. The repeat-examination took place three months later.

As the emotional experience undergone during a dance is extremely difficult to apprehend, an open interview with guiding questions defining the thematic blocks important to the examination seemed to be the most useful instrument for this study. In addition, the TAT (Thematic Apperception Test), a projective personality test, was used. Furthermore, video recordings of the dances were consulted. As the interviews were concerned with exploring the subjective experience of a clearly defined event, in this case the dance, one uses the focussed interviews with guiding questions corresponding to the event (*Merton/Kendall in Hopf/Weingarten 1979*).

The duration of the interviews averaged three quarters of an hour; they were structured, as already stated, by the guiding questions comprising the four thematic complexes described.

Results

The qualitative and quantitative results of the interviews, the TATs and the video recordings for all ten patients will be briefly related while concentrating on the most important results and tendencies to change within the four areas studied. Let me begin with the qualitative evaluation of the interviews: In the area of »experience of the body«, a preponderant part of the ten patients said in their first interview that they experienced nothing or almost nothing of their body. Three patients felt an indefinite heaviness in their bodies, two patients did not experience their body at all. Five patients felt immobile, stiff and confined within their bodies. This is not in any way surprising, as eight patients had related that their early education had not integrated the body.

Only two patients — who, incidentally, reported a positive approach to their physical education in childhood — had experienced their bodies as more flexible and lighter in the dance.

After the second dance, almost all patients related the experience of their bodies in greater detail and more positively. Two patients reported no change in their attitude towards their bodies. Two patients felt considerably better, two patients who had not felt themselves at all in the first dance could now experience themselves better — one patient reported a feeling of warmth in his body. Five patients reported that they had experienced their bodies as freer, more flexible, lighter and more powerful during the second dance.

Concerning the anchoring within the group and the contact to it, it was noted that during the first dance, eight patients had not perceived the group, they had generally danced with closed eyes and had not had any contact to any individual patient within the group. In the exception of two patients, the group atmosphere was experienced as friendly.

In the second interview, two patients experienced themselves as more sympathetic and were more interested in other dancers' performance. Two patients had experienced the group as supportive and had contacted individual group members who were important to them. Three patients had said after the first dance that their self-perception had not corresponded to the feedback they had received, and four were not able to recall the feedback. The feedback was, however, important to all patients with the exception of one who did not care about it. Four patients emphasized the contact to the group leader. One female patient said that she only felt protected in the presence of the group leader. Another patient did not dare enter into contact with him even though he was important to her.

After the second dance, the group was described in a much more differentiated way. Four patients voiced their opinion quite clearly that they had experienced the group as warm and had felt well, accepted, comfortable, and sheltered. Two patients regarded the group as important and felt themselves to be secure due to the contact they had established to individual group members. Only for two patients did the group not play any role, they had concentrated themselves on the music or on themselves. One of these two was a patient who was in a very bad condition at that time, he did not feel the group at all.

For nine patients, the feedback was very important. They are able to remember the glad reactions and comments. Only two remained mistrustful of the feedback comments. All in all, the importance of the contact to individual patients had increased. In dancing, the group was sensed more strongly and perceived more in the second dance. For eight patients, the feedbacks now corresponded more with their individual experience of the (second) dance.

Concerning their feelings, six patients spoke of their anxiety before the dance in the first interview. Two patients felt very aggressive, two patients felt themselves to be nervous and tense and sensed a certain agitation. Seven patients were hardly able to speak about their feelings during the dance, they

could only say what they had actually wanted to express and had concentrated entirely on the music. Three patients were able to express and differentiate their feelings and their anxiety during their dance. Two patients state that they felt sadness and despair, that they felt at a loss, small and helpless. One female patient felt a liberating eroticism and longing. After the dance, only two patients felt better and relieved, three patients were disappointed with themselves and did not really feel liberated. They felt that there was more to them. Five patients did not speak of their feelings after the dance. The experience of dances performed by others is seldom described, only by three patients. One is strongly touched and feels strong aggression, and a female patient only sensed something when the dancer entered into contact with her.

In the second interview, five patients were able to relate their feelings in detail. They spoke of their longings and their hope, of belonging and of love to others, erotic feelings and warmth, one patient felt life awakening in himself. Another patient said that he could not express his feelings during the dance as they were so beautiful. They were feelings of being at home, and of relief. They also spoke of the strong anxiety they felt during the dance; they had never experienced such anxiety. One patient felt real anxiety for the first time in his life. Another female patient felt great anger and scorn, two patients felt shy and insecure during the dance. Only two patients were not at all able to express any feelings. Three patients voiced themselves in a much more differentiated manner concerning the dances by others than they had after the first dance.

In concluding, one can say that a decisively larger number of patients spoke of their feelings in a much more differentiated and detailed manner: for example, feelings of love and warmth were uttered. They felt their anxiety more intensively and were able to experience aggressive feelings and sadness.

Concerning the area of verbal abilities of expression, it can be noted that eight patients were hardly able to speak about their feelings and about themselves after the first dance, and some of them were not at all able to do so. Two patients mentioned that they were well able to speak of their feelings and points of view — this was, however, not at all corroborated by their interviews. With the exception of one patient, all of the persons questioned stated that they were better able to show their feelings in the dance therapy than in other groups. While they were able to present themselves, they could speak only very little about their feelings.

In the second interview as well, all patients had great difficulties in verbalizing their feelings. However, they were generally better able to differentiate their feelings verbally, which can also be seen from the course of the interview. Only four patients stated that they could verbally express their feelings only with difficulty, one female patient said that she had problems in describing deeper feelings, one patient could verbalize feelings only with difficulty. Two patients were generally very quiet in groups. Especially because they experienced such difficulties in speaking about their feelings, the dance therapy

was especially important to most patients as opposed to other groups. Thus, nine patients voiced that they had better access to their feelings in the dance therapy group. Feelings could be better and more spontaneously expressed, one could »fool the others« less easily, one was more protected and could not be hurt as easily. The dance therapy group was more real for them. When questioned directly concerning the change they had experienced during dance therapy, the patients stated an improved relationship to their bodies, an improved access to their feelings and better abilities to establish contact with others.

This can be regarded as a corroboration of the preliminary examination in which it was ascertained that these areas are regarded as important factors in dance therapy. This is the reason I have included them as thematic topics in the study. Eight patients spoke of conspicuous improvements in this area, of which six patients mentioned the area of the body, six the emotional field, and four patients stated that they were now better able to enter into contact with others.

No. Item

- 15 Satisfaction with the body
- 16 Feelings while being watched
- 18 Body contact
- 19 Physical education
- 21 Group atmosphere
- 22 Perception of the group
- 23 Sensing of the group
- 24 Contact to group members
- 25 Contact to therapist
- 26 Experience of the attention given
- 27 Importance of feedback
- 28 Correspondence feedback/experience
- 30 Intensity of feelings before
during the dance
after the dance
- 32 Selection of the music
- 34 Experience of other dances
- 36 Intensity of the change experienced
- 38 Ability to verbalize
- 42 Openness
- 43 Atmosphere during the conversation

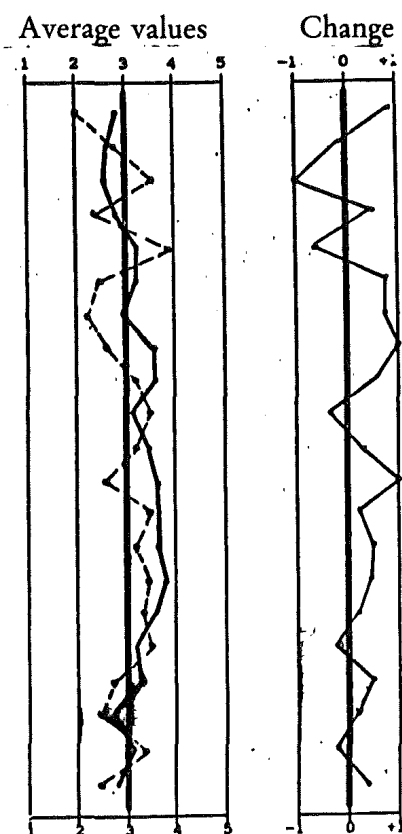


Fig. 1: Results of the ratings of the interviews. Dotted line: first interview, solid line: second interview. (Averages of nine patients)

The ratings of the interviews show a good correlation with the qualitative evaluation of the interviews (s. figure 1). In the area of somatism, the satisfaction with one's body had definitely risen, a tendency to change can be noted for the other items concerning somatism. Changes becomes most apparent in the areas of the contact to the group. In almost all of the items noted, conspicuous

improvements were noted, especially in the perception and sensing of the group, contact to individual members of the group and to the group leader, importance of the feedbacks, and especially in the correspondence of the feedback with the own experience. This is an indication of the fact that self-perception and external perception became more closely connected. In the areas of emotional experience and verbal expression, the tendency to positive change can also be noted. However, the item »emotional experience« shows a decreased value after the dance. This can easily be interpreted in the following way when regarding the qualitative evaluation: the patients experience stronger feelings *during* the dance and thus, the importance of feelings decreases *after* the dance.

In evaluating the TAT statements, and comparing the first TAT with the second, one can say that a change has taken place where the stories told are concerned. In the stories related by eight patients, the characters can be generally more easily sensed emotionally, the enter into clearer relationships with another. In this process, four patients change more drastically, the other four rather less. The stories approach reality more, become clearer and let the relationship to the teller of the story become apparent.

The ratings of the TATs were irregular (s. figure 2). On the whole, it can be said, however, that for six out of ten patients, the general emotional mood of the protagonists had changed conspicuously. For the other four patients, it remained unchanged. The attitude of the protagonist to his surroundings became friendlier for five patients, for one patient it became less friendly, and for two patients it remained unchanged. For three patients, an improvement in the bodily life of the characters became apparent (the bodies were described in a friendlier manner). The denial of sexuality decreased for six patients. Tendencies for change were also recognizable in the area of aggression for six patients. In two persons, auto-aggression is decreased while, simultaneously, the destructive aggression towards the exterior increases. For three patients, the denial of anxiety is reduced. Three patients describe the ends of their stories in a friendlier manner.

Let me come to the *discussion of the results*. In comparing the two examinations, the interview and the TAT, and including the ratings of the video evaluations, it can be said that a relatively good correlation can be found between the statements made in the interviews by the patients and the assessments made by the raters of the videos (s. Fig. 3). For all patients, tendencies for change can be seen in the different areas which must always be interpreted in connection with the overall therapeutic process. Patients who were very confined in the area of the body were able to develop a stronger relationship to their bodies as well as stronger emotions. This is mirrored by the results of the TATs in which the general mood becomes friendlier. This group of the physically confined patients can be counterposed to those patients who, while possessing a large repertoire of movements, were only able to show their feelings with great difficulty. For this group, it became apparent that in the second examination, they were able to develop stronger access to their feelings, for

Rating Item No.	Patient																				
	A		B		C		D		E		F		G		H		I		K		
	1.	2.	1.	2.	1.	2.	1.	2.	1.	2.	1.	2.	1.	2.	1.	2.	1.	2.	1.	2.	
1. Experience of body	—+	2,1	2,0	1,8	1,8	1,5	2,8	2,4	(2)	2,9	2,4	1,2	1,8	3,1	2,2	2,7	2,3	2,4	2,4	2,6	3,1
2. Contact to surroundings	—+	2,0	2,6	1,6	1,4	2,5	2,3	1,3	(1)	1,8	1,7	1,7	1,7	2,4	2,7	1,8	1,7	2,0	2,0	2,0	2,6
3. Desire for contact	—+	1,9	2,3	1,6	1,3	2,5	2,3	1,8	(1)	2,6	2,0	2,0	1,8	3,2	3,1	1,9	1,9	2,1	1,9	2,3	2,4
4. Drive	—+	1,9	2,9	2,3	1,7	3,5	3,7	2,1	(1)	2,3	2,6	2,0	2,3	3,4	3,4	2,1	1,9	2,0	1,9	3,1	3,1
5. Ambivalence	+—	3,0	2,4	3,0	2,5	2,7	3,5	2,8		2,4	3,1	3,0	3,0	3,5	3,5	2,3	2,9	2,4	2,6	3,2	2,9
6. Attit. towards surroundings	—+	2,3	3,4	2,0	2,5	3,0	2,5	2,5		2,8	2,9	2,8	3,3	3,1	2,5	2,0	2,4	2,9	2,9	2,6	3,1
7. Experience of surroundings	—+	2,4	2,7	1,8	2,3	2,3	2,2	2,4		3,0	2,4	2,6	2,8	2,6	2,6	2,1	2,5	2,3	2,2	3,2	2,8
8. Social adaptiveness	—+	2,7	2,4	1,7	2,0	2,8	2,3	2,1		2,1	2,2	2,3	2,6	2,9	2,6	1,9	2,0	2,2	2,0	2,2	2,6
9. Ability to learn	—+	2,9	2,6	2,6	1,4	3,0	3,3	2,0		2,6	2,9	(3,5)	(2)	3,2	3,6	2,3	2,3	2,7	2,0	3,0	2,9
10. Search for sympathy	+—	2,7	2,0	3,0	2,5	3,2	3,2	3,0		2,1	2,9	2,5	2,8	3,0	3,0	2,4	2,3	2,6	2,2	3,6	2,8
11. Desire for autonomy	—+	2,4	2,4	3,2	2,2	3,8	3,6	3,3		2,2	2,9	3,3	2,3	3,3	3,2	2,8	2,4	2,6	2,8	3,2	3,4
12. Ability for conflicts	—+	2,3	2,0	2,4	2,4	3,2	3,2	3,0		1,9	2,1	3,0	2,0	3,2	3,1	1,9	1,6	2,3	2,4	2,3	2,7
13. General mood	—+	1,7	2,6	1,8	2,6	2,7	2,8	2,4	(2)	2,1	1,8	1,9	2,3	2,1	2,6	1,8	2,6	2,0	1,9	2,1	2,8
14. Initial optimism	—+	3,0	2,6	(1)	(1)	4,0	2,8	2,1	1,9	2,6	2,2	2,4	2,8	3,1	3,0	1,6	2,1	2,4	2,3	3,0	3,0
15. Initial maturity	—+	3,3	3,0	3,8	1,8	3,0	2,8	2,1		3,1	2,9	2,3	3,3	3,3	3,1	2,7	2,4	2,8	2,1	2,8	3,0
16. Emotional maturity	—+	3,0	2,6	3,2	2,5	3,3	3,3	2,8		3,0	2,8	3,0	2,5	2,8	2,8	2,8	2,2	2,8	2,6	2,9	2,9
17. Guilt feelings	—+	2,7	2,9	3,5	4,2	3,8	3,8	3,9		4,0	4,2	(3)	(5)	3,9	4,1	3,3	3,0	3,0	3,9	3,1	3,1
18. Destr. aggr. towards others	—+	2,0	1,6	2,6	2,0	2,3	3,5	2,0		1,9	1,9	(2)	(3)	1,8	2,8	1,7	2,1	1,4	2,2	2,4	1,9
19. Destr. aggr. towards self	—+	2,0	2,6	2,9	2,4	3,0	2,3	2,9	(1)	3,0	2,8	/	/	2,7	2,7	2,9	2,4	3,2	3,6	2,2	2,7
20. Loss of aggression	—+	3,0	2,9	3,3	4,3	2,8	2,6	4,0	(5)	3,4	3,3	(3)	(3)	3,4	2,6	3,0	3,2	3,6	3,3	4,1	3,2
21. Experience of anxiety	—+	2,9	2,7	3,2	2,8	2,7	2,8	3,5		3,1	3,4	3,0	2,3	3,5	3,5	3,2	2,8	3,4	3,6	2,2	3,0
22. Loss of anxiety	—+	2,4	3,0	4,0	4,3	3,0	4,0	4,3	(5)	2,9	2,4	(3,5)	(2,5)	2,7	2,5	3,0	2,4	3,1	3,1	3,6	3,1
23. Sexual desires	—+	2,1	2,6	1,3	1,3	1,5	3,0	2,1		1,9	1,9	2,3	2,0	2,8	1,5	1,0	1,1	2,1	2,1	1,1	1,7
24. Loss of sexuality	—+	3,0	2,9	4,0	4,0	3,7	3,0	3,9	(4)	3,3	2,8	4,6	1,7	2,9	4,3	4,6	4,0	3,8	4,0	4,9	3,4
25. Search for an identity	—+	3,0	2,1	2,3	1,6	3,8	3,3	2,5	(1)	2,3	2,3	2,9	1,8	3,6	3,2	2,6	2,4	2,8	2,4	2,7	3,2
26. Identity	—+	3,1	3,1	2,1	2,2	3,0	3,7	2,1		2,3	2,1	2,7	3,0	3,2	3,1	2,3	2,3	2,4	2,4	3,1	3,1
27. Narrative style	—+	3,0	3,0	1,5	1,4	2,4	3,7		(1)	3,0	2,8	2,0	2,1	3,4	3,0	1,9	1,2	2,6	2,4	4,7	4,0
28. Original creativity	—+	3,0	3,0	1,5	1,3	3,0	3,0	1,9	(1)	2,8	2,0	2,0	2,3	3,5	2,9	1,8	1,9	2,3	2,1	4,4	4,3
29. Holistic experience	—+	3,7	3,6	2,5	1,3	2,8	3,0	2,1	(1)	2,9	2,3	2,6	2,4	3,9	3,3	2,3	2,0	2,9	2,1	4,4	4,2
30. Narrative attitude	—+	3,0	3,0	2,5	1,3	2,8	3,2	2,4	(1)	3,3	3,2	2,0	2,3	3,2	2,6	2,7	2,7	2,6	2,4	4,2	3,6
31. Introduction to the story	—+	3,1	3,6	2,8	1,4	3,2	3,7	3,0	(1)	3,1	2,4	2,1	3,1	3,3	3,3	3,2	2,2	3,1	2,6	3,7	3,4
32. Ident. with protagonist	—+	3,0	3,7	2,9	1,6	3,3	4,3	2,9	(1)	3,4	2,9	3,0	3,1	3,3	3,4	3,2	3,2	3,3	2,8	3,2	3,3
33. Sympathy for the protagonist	—+	3,6	3,9	3,3	2,0	4,0	3,0	3,8	(1,5)	3,4	3,2	3,2	3,4	3,3	3,0	3,3	2,5	3,6	3,4	3,9	3,4
34. Expression of feelings	—+	3,6	3,0	2,6	1,4	2,3	3,5	2,0	(1)	2,8	2,7	2,4	2,2	3,3	3,1	2,6	2,2	2,6	2,1	3,6	3,1

Fig. 2.: TAT Ratings

example to their sadness, but also to their aggression. At the same time, a certain quality of being real and able to be sensed became stronger. Changes in aggression and sadness became apparent for these patients also in the TAT.

The evaluations of the TATs proved to be relatively problematic when compared to the evaluations of the interviews. This was caused by the fact that the TAT is a verbal projective test which was developed for patients in the neurotic range and which aims at the uncovering of repressed conflicts. The patients participating in dance therapy are people who must be ranked as archaically ego-ill and who have extreme difficulties in verbalizing their feelings. It is especially for this reason that *Ammon* developed the human-structural dance: so that these patients can find an access to themselves on a non-verbal level.

The statements of the patients in the interviews, which took place directly after the dances, show that the patients were able to speak about their feelings in a more differentiated and detailed manner in the second interview. They showed more contact to the group and more trust in it and had begun to deal with their bodies and their possibilities of movement. Most patients appreciate dance therapy more than verbal therapy. For many, the dance therapy group is the most important group for their development.

In considering the values discussed, one must keep in mind that the time allotted for the study was relatively short — three months which is a very short span of time in the total duration of a therapy for more seriously ill people. However, in the four areas of study, important tendencies for change could be demonstrated.

This study is intended as a contribution towards showing the effectivity and the importance of humanstructural dance therapy.

Item/Patient	A		B		C		D		F		G	
	1.	2.	1.	2.	1.	2.	1.	2.	1.	2.	1.	2.
1. Somatism												
3. Posture	2,7	4,5	1,7	3,7	3,7	2,7	3,0	2,0	3,3	3,0	4,3	2,7
5. Facial expression	2,3	3,3	1,3	2,7	3,0	2,3	3,3	2,7	3,3	2,7	3,0	2,0
7. Ability to move	1,3	3,0	1,3	2,3	4,3	1,7	2,3	2,7	2,7	2,3	4,0	2,7
8. Flow of movements	1,3	3,7	1,0	2,3	4,0	3,0	3,3	2,0	3,3	2,3	4,0	3,3
9. Space	1,3	3,7	1,3	2,3	4,0	1,3	2,3	2,3	3,0	3,0	4,0	3,0
10. Time	2,3	3,3	1,3	2,0	3,0	1,7	2,3	3,0	3,3	3,3	3,7	3,0
2. Contact to the group												
12. Contact to the group	1,7	3,0	1,7	2,3	3,7	1,0	3,7	2,3	3,0	2,7	2,7	1,7
13. Contact by the group	1,7	2,7	1,5	3,0	4,0	1,7	4,0	3,3	3,3	2,0	3,0	2,0
3. Expression of feelings												
16. Ability to be sensed	2,0	3,3	4,3	3,3	4,0	4,0	4,0	3,7	4,0	4,0	2,3	
17. Aggression	1,7	1,7	2,0	2,0	4,7	3,0	1,7	2,7	1,7	2,0	3,0	2,0
18. Sadness	1,7	2,7	4,0	2,3	2,3	4,0	2,0	2,7	2,0	3,0	2,7	2,7
19. Anxiety	3,0	2,7	4,3	3,7	3,0	3,3	3,0	3,3	3,7	3,7	3,0	3,0
20. Happiness	1,7	3,0	1,0	2,3	2,3	1,0	3,7	3,0	3,3	2,7	2,7	1,7
22. Consistency	3,0	4,0	3,3	3,3	4,0	3,0	4,0	3,3	3,7	2,7	4,0	2,3
24. Change	1,0	2,3	1,7	3,0	3,0	2,3	3,0	2,3	2,0	2,3	2,3	1,7

Fig. 3: Ratings of the video evaluation

Psychologische Studien zum Humanstrukturellen Tanz

Maria Berger (Berlin)

Im Zusammenhang mit den Körpertherapien hat sich die Tanztherapie erst seit ungefähr 15 Jahren in Deutschland entwickelt. In den USA hat sie bereits seit den 40er Jahren Eingang in die Psychiatrie gefunden, zu ihren Pionieren gehören *Trudi Schoop, Marian Chace, Liljan Espenak, Mary Whitehouse, Penny Bernstein und Elaine Siegel*. Sie alle waren selbst Tänzer und lehnten sich theoretisch unterschiedlichen psychoanalytisch/-therapeutischen Schulen an. Alle Tanztherapierichtungen gehen vom spontanen Bewegungsverhalten des Patienten aus, was als *basic dance* in der amerikanischen Literatur bezeichnet wird, und betonen die enge Verbundenheit von körperlichem und seelischem Ausdruck. Als eine hauptsächliche Wurzel der Tanztherapie kann man den Ausdruckstanz sehen, wie er vor allem in den 20er Jahren in Deutschland von *Rudolf von Laban* und *Mary Wigman* entwickelt wurde. Das Problem aller Tanztherapierichtungen ist es, daß sie Gefahr laufen, eklektisch zu sein, da ihnen eine echte Integration in ein behandlungsmethodisches Konzept fehlt.

Die humanstrukturelle Tanztherapie, die *Ammon* in den letzten 10 Jahren entwickelt hat, ist eingebettet in sein theoretisches Konzept der Humanstrukturologie, das auf den Konzepten der Sozialenergie, der Gruppendynamik, der Positivdefinition des Unbewußten der Persönlichkeit und ihren Humanstrukturen und -funktionen, der Androgynität und der Spektraltheorie von Gesundheit und Krankheit beruht. Bei der humanstrukturellen Tanztherapie findet ein ständiges Wechselspiel zwischen bewußt und unbewußt, gesund und krank, Individuum und Gruppe, weiblich und männlich statt, wobei das Therapieziel die Integration der verschiedenen Dimensionen in die Identität des Menschen ist.

Bei der humanstrukturellen Tanztherapie handelt es sich um eine intensive Körpertherapie. Grundlegend ist dabei: der spontane Einzeltanz, die Körper- und Bewegungssprache des Einzelnen mit selbstgewählter Kleidung, mit Musik und ohne Musik bzw. mit Trommeln und die Gruppenmeditation, mit oder ohne Eingaben am Beginn und ohne Eingaben am Ende als meditativer Abschlußstanz der Gruppe und das Feedback der Gruppe.

Die humanstrukturelle Tanztherapie ermöglicht jenseits der verbalen Sprache durch den integrierenden Selbstaussdruck des Tänzers ein Identitätswachstum und freieres Fließen des Synergismus zwischen Körpererleben, Fühlen und Denken (*Ammon 1986*). Der Tänzer stellt in besonderer Weise zu sich und der Gruppe Kontakt her, der Tanz des Einzelnen hat heilende und kreativierende Wirkung auf die Mitglieder der Tanzgruppe.

In der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige wurde die Tanztherapie von *Ammon* insbesondere für die »unerreichten« Patienten entwickelt, die auf der verbalen Ebenen keinen Zugang zu ihren Gefühlen, Phantasien, Wünschen und Bedürfnissen bekommen können und unverstanden, einsam und in ihrer Persönlichkeit unverändert bleiben würden.

Die Autorin geht in der vorliegenden Untersuchung der Frage nach, ob und inwieweit sich in einem bestimmten Beobachtungszeitraum durch die Teilnahme an der humanstrukturellen Tanztherapie der Zugang zum psychischen Erleben und zur Phantasiewelt und die kreative Ausdrucksmöglichkeit verändert hat bezüglich folgender vier Bereiche:

1. körperlicher Ausdruck, d.h. körperliches Selbstwertgefühl und Bewegungsmöglichkeiten,
2. Zugang zu den eigenen Gefühlen und die Fähigkeit, sie zu äußern vor, während und nach dem Tanz, Zugang zum Unbewußten und zur Phantasiewelt,
3. der Bezug zur Gruppe und
4. die Fähigkeit, Gefühle verbal auszudrücken, auch im Zusammenhang mit der verbalen Therapie, d.h. der formalen Gruppentherapie.

Von der 30 Patienten umfassenden Tanztherapiegruppe der Klinik Menter-schwaige wurden 10 Patienten nach ihrem ersten Tanz und drei Monate später untersucht und zwar als Hauptuntersuchungsinstrument mit einem offenen Interview mit Leitfaden, in dem die für die Fragestellung wichtigsten Themenblöcke festgelegt wurden, dem Thematischen Apperzeptionstest (TAT) und es wurden zusätzlich Videoaufzeichnungen der Tänze hinzugezogen. In der Gruppe sind alle Diagnosen und Altersgruppen vertreten, die Länge des Aufenthalts der Patienten ist ebenfalls unterschiedlich.

Nach dem ersten Tanz ergab das Interview folgende Ergebnisse für den Bereich Körpererleben: Drei Patienten fühlten eine unbestimmbare Schwere im Körper, zwei spürten ihn überhaupt nicht, fünf fühlten sich unbeweglich und steif. Diese acht Patienten gaben an, ihr Körper habe keine Beachtung in der frühen Erziehung gefunden. Nur zwei Patienten, die von einem guten Körperbezug in der Kindheit sprechen konnten, erlebten ihren Körper beweglich und leicht.

Nach dem zweiten Tanz vermochten alle Patienten differenzierter und positiver über ihr Körpererleben zu berichten, zwei Patienten konnten keine Veränderung in ihrem Körperbezug berichten, zwei, die vordem ihren Körper nicht gespürt hatten, spürten sich nun; insgesamt erlebten fünf Patienten ihren Körper freier, beweglicher, leichter und kraftvoller während des zweiten Tanzes.

Bezüglich des Kontakts zur Gruppe erlebten im ersten Tanz nur zwei Patienten die Gruppe als freundlich, acht tanzten mit geschlossenen Augen und nahmen zu niemanden Kontakt auf. Das zweite Interview ergab, daß nurmehr für zwei Patienten die Gruppe unwichtig war, von den anderen wurde die Gruppe und der Kontakt zur Gruppe, den Leitern und einzelnen Mitpatienten differenzierter als vorher beschrieben, für insgesamt neun Patienten war das Feedback wichtig, zwei verspürten weiterhin Mißtrauen gegenüber den Kommentaren.

Über ihre Gefühle während des Tanzes konnten insgesamt sieben Patienten im ersten Interview kaum sprechen, sechs gaben Angst vor dem ersten Tanz

an, zwei fühlten sich sehr wütend und zwei angespannt und nervös. Nach dem ersten Tanz fühlten sich nur zwei Patienten besser und entlastet. Im zweiten Interview äußerten sich die Patienten insgesamt differenzierter und detaillierter zu ihren Gefühlen mit Ausnahme zweier Patienten, die keine Gefühle zum Ausdruck bringen konnten. Intensiver konnten Freundlichkeit, Wärme, Angst und Wut erlebt werden, ein Patient hatte zum ersten Mal in seinem Leben Angst.

Für den Bereich Verbalisierungsfähigkeit ergab sich, daß insgesamt acht Patienten kaum über irgendein Gefühl nach dem ersten Tanz sprechen konnten, zwei gaben an, ihre Gefühle artikulieren zu können, was aber nicht in Übereinstimmung mit ihren Interviews stand. Im zweiten Interview hatten noch immer alle Patienten größte Schwierigkeiten, über ihre Gefühle zu sprechen, es konnten aber neun Patienten angeben, einen besseren Zugang zu ihren Gefühlen während der Tanztherapie zu haben. Grundsätzlich zeitigte die Untersuchung auch in diesem Bereich eine größere Differenziertheit.

Direkt über eine Veränderung im Erleben befragt äußerten die Patienten, eine bessere Beziehung zu ihrem Körper, besseren Zugang zu ihren Gefühlen und mehr Kontaktfähigkeit mit anderen erreicht zu haben.

Im TAT ergaben sich folgende Veränderungen: Bei sechs Patienten änderte sich die Grundstimmung des Protagonisten, für vier blieb sie unverändert. Die Einstellung des Protagonisten zu seiner Umwelt wurde bei fünf Patienten freundlicher, für einen Patienten unfreundlicher. Für drei Patienten zeigte der TAT einen deutlich besseren Körperbezug und bei sechs Patienten eine verringerte Verleugnung der Sexualität und eine geringere Angstverleugnung bei drei Patienten.

Im Vergleich beider Untersuchungen über Interview, TAT und Ratings der Videoaufnahmen konnte eine gute Korrelation zwischen den Patienteninterviews und den Videoratings festgestellt werden. Patienten mit eingegengtem Körpererleben entwickeln einen stärkeren Bezug zum Körper und ihren Gefühlen, was sich in einer freundlicheren Grundstimmung im TAT widerspiegelt. Dieser physisch eingeschränkten Gruppe stehen Patienten gegenüber, die eine reiche Bewegungsfähigkeit haben, aber kaum Gefühle zeigen können. Die Patienten dieser Gruppe gewannen einen besseren Zugang zu ihren Gefühlen, insbesondere zu Traurigkeit und Aggression, was sich auch im TAT niederschlug.

Ein Vergleich zwischen den TAT-Ergebnissen und den Interviews erwies sich als problematisch, was daran liegen mag, daß der TAT für neurotische Patienten entwickelt ist und abzielt auf Aufdeckung unterdrückter Konflikte. Die Patienten, die an der Tanztherapie in der Klinik Mengerschwaige teilnehmen, sind Menschen mit Störungen im archaischen Kern der Persönlichkeit.

In Anbetracht der kurzen Zeitspanne, auf die sich die Untersuchung bezieht, sind die Veränderungen in den vier Bereichen des Selbsterlebens beachtlich.

Literature

- Alexander, F.M.* (1971): *The Resurrection of the Body*. (New York: University Books)
- Alexander, G.* (1978): *Eutonie. Ein Weg der körperlichen Selbsterfahrung*. (3rd edition). (Munich: Kösel)
- Ammon, G.* (ed.) (1979a): *Handbuch der Dynamischen Psychiatrie*. Vol. 1 (Munich: Ernst Reinhardt)
- (1979b): Entwurf eines Dynamisch-Psychiatrischen Ich-Struktur-Konzepts. Zur Integration von funktional-struktureller Ich-Psychologie, analytischer Gruppendynamik und Narzißmus-Theorie. In: loc. cit.
- (ed.) (1982a): *Handbuch der Dynamischen Psychiatrie*. Vol. 2 (Munich: Ernst Reinhardt)
- (1982b): Das sozialenergetische Prinzip in der Dynamischen Psychiatrie. In: loc. cit.
- (1985): Die Rolle des Körpers in der Psychoanalyse. In: *Petzold, H.* (ed.): *Leiblichkeit. Philosophische, gesellschaftliche und therapeutische Perspektiven*. (Paderborn: Junfermann)
- (1986a): Der mehrdimensionale Mensch. Zur ganzheitlichen Schau von Mensch und Wissenschaft. (Munich: Pinel)
- (1986b): Der mehrdimensionale Mensch. In: loc. cit.
- (1986c): Humanstruktureller Tanz — Heilkunst und Selbsterfahrung. In: *Dynamische Psychiatrie* (19) pp. 317–342
- (1986d): Humanstruktureller Tanz — Selbsterfahrung, Meditation, Körpererleben, Therapie. In: *Krankgymnastik* (38) pp. 862–867
- (1986e): Tanz als Therapie — Humanstruktureller Tanz in Theorie und Praxis. In: *Magazin* 2000, 8, Nr. 65, pp. 48–52
- (1986f): Interview with Günter Ammon on Humanstructural Dance by *Paul Kalkbrenner* in the Conference Center Paestum on September 1st, 1986. In: *Dynamische Psychiatrie* (19) pp. 343–352
- Barthenieff, J.* (1973): *Effort/Shape. A Tool in Dance Therapy*. ADTA Proceedings of the 7th Annual Conference, (Columbia, Md.: American Dance Therapy Association).
- Bernstein, P.L.* (1979): *Eight Theoretical Approaches in Dance Movement-Therapy*. (Dubuque, Iowa: Kendall/Hunt)
- (1981): *Theory and Methods in Dance Movement-Therapy* (3rd edition). (Dubuque, Iowa: Kendall/Hunt)
- Bortz, J.* (1979): *Lehrbuch der Statistik für Sozialwissenschaftler*. (Berlin/Heidelberg/New York: Springer)
- Brooks, Ch.* (1974): *Sensory Awareness: The Rediscovery of Experiencing* (New York: Viking Press)
- Chaiklin, H.* (ed.) (1975): *Marian Chace: Her Papers* (Columbia, Md.: American Dance Therapy Association)
- Chaiklin, S.* (1975a): *Dance Therapy*. In: *Aridi, S.* (Ed.): *American Handbook of Psychiatry* (2nd edition) Vol. 5 (New York: Basis Books)
- Dropsy, J.; Sheleen, L.* (1977): *Maîtrise Corporelle und menschliche Beziehungen*. In: *Petzold, H.* (ed.) (1977): *Psychotherapie und Körperdynamik*. (2nd edition) (Paderborn: Junfermann)
- Duggan, D.* (1983): *Tanztherapie*. In: *Corsini, R.J.* (ed.): *Handbuch der Psychotherapie*, Vol. 2 (Weinheim, Basel: Beltz)
- Espenak, L.* (1979): *The Adlerian Approach in Dance Therapy*. In: *Bernstein, P.L.*: *Eight Theoretical Approaches in Dance Movement-Therapy*. (Dubuque, Iowa: Kendall/Hunt)
- Ferenczi, S.* (1921): Weiterer Ausbau der aktiven Technik in der Psychoanalyse. In: *Balint, M.* (ed.) (1972): *Schriften zur Psychoanalyse*, Vol. 2 (Frankfurt/Main: Suhrkamp)
- Freud, S.; Breuer, J.* (1885): *Zur Psychotherapie der Hysterie*. In: *Studienausgabe Ergänzungsband, Schriften zur Behandlungstechnik* (1975) (Frankfurt/Main: Suhrkamp)
- Güvenc, R.O.* (1986): *Altürkische Musik und schamanische Heiltänze*. Lecture (with demonstration) held on the Fourth World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry/XVII. Internatinal Symposium of the Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP) between March 14th and 18th 1986 in the Hochschule der Künste Berlin.
- Hargadine, M.P.* (1974): *Development and Criticism of a Measurement Instrument for Scope of Movement*. In: *American Dance Therapy Association (ADTA)* (ed.): *Proceedings of the Eighth Annual Conference* (Columbia, Md.: American Dance Therapy Association)
- Kalish, B.* (1974): *Body Movement Scale for Atypical Children. An Exploratory Study with a Normal Group*. In: *American Dance Therapy Association (ADTA)* (ed.): *Proceedings of the Eighth Annual Conference* (Columbia, Md.: American Dance Therapy Association).

- Katz, R. (1985): Num. Heilen in Ekstase. (Interlaken)
- Keen, H. (1971): Dancing towards Wholeness. In: American Dance Therapy Association (ADTA) (ed.): Monograph No. 1 and Second Annual Proceedings. (196) (Columbia, Md.: American Dance Therapy Association)
- Kestenberg, J. (1965): The Role of Movement in Development: The Rhythms of Movement. In: Psychoanalytic Quarterly, XXIV, pp. 1–36
- Kiphard, E.J. (1975): Bewegung und Tanz als präventive und kurative Psychohygiene. In: Rhythmik in der Erziehung, 4
- Kirchmann, E. (1979): Rhythmische Bewegungstherapie, integrative Bewegungstherapie und konzentrierte Bewegungstherapie — ein Methodenvergleich. Graduate thesis, Fritz-Perls-Institut Düsseldorf 1978. In: Beihefte zur Integrativen Therapie 1979.
- Klein, P. (1983): Tanztherapie — eine einführende Betrachtung im Vergleich mit Konzentrativer und Integrativer Bewegungstherapie. (Suderburg: Pro Janus)
- Leeds, A. (1977): Lomi, ein ganzheitlicher Zugang zu Bewußtsein und persönlichem Wachstum. In: Petzold, H. (ed.): Die neuen Körpertherapien (Paderborn: Junfermann)
- Leventhal, M.B. (1979): Research in Movement Therapy . . . adaption . . . definition . . . growth. In: American Dance Therapy Association (ADTA) (ed.): Proceedings of the Eighth Annual Conference (Columbia, Md.: American Dance Therapy Association)
- zur Lippe, R. (1983/84): Am eigenen Leibe. Zur Ökonomie des Lebens. 3rd, revised edition (Frankfurt/Main)
- Lowen, A. (1958): The Language of the Body (New York: Collierbooks)
- (1979): Bio-Energetik, Therapie der Seele durch Arbeit mit dem Körper (Hamburg/Reinbek: Rowohlt)
- Maslow, A.H. (1971): The Farther Reaches of Human Nature (New York: Viking Press)
- McCarthy, H. (1973): Use of the Draw-a-Person Test to Evaluate a Dance Therapy Programm. In: Journal of Music Therapy, Vol. X., Case pp. 141–155
- Meton, R.K.; Kendall, P.L. (1979): Das fokussierte Interview. In: (ed.) Hopf, C.; Weingarten, E.: Qualitative Sozialforschung (Stuttgart: Klett Cotta)
- Middendorf, J. (1977): Atem — und seine Bedeutung für die Entwicklung und das Heilsein des Menschen. In: Petzold, H. (ed.): Die neuen Körpertherapien. (Paderborn: Junfermann)
- Pesso, A. (1973): Experience in Action: A Psychomotor Psychology (New York)
- Petzold, H. (ed.): Die neuen Körpertherapien (Paderborn: Junfermann)
- (1981): Psychotherapie & Körperdynamik: Verfahren psychophysischer Bewegungs- und Körpertherapie. 4th edition. (Paderborn: Junfermann)
- Rolf, J.P. (1958): Structural Integration: Postural Release. In: The Journal of the Institute for the Comparative Study of History, Philosophy and the Sciences. Vol. I, No. 1, 1963
- Ruttenberg; Kalish; Werner & Wolf (1974): A Description of the Behaviour Rating Instrument for Autistic and other Atypical Children (BRIAAC). In: American Dance Therapy Association (ADTA) (ed.): Proceedings of the Eight Annual Conference. (Columbia, Md.: American Dance Therapy Association)
- Sandel, S.; Johnson, D.; Bruno, C. (1979): Exploring the Effect of Structure in Dance Therapy Sessions with Three Different Populations. Presented at the American Dance Therapy Association's Annual Conference, Seattle, Washington.
- Schmais, C.; White, E.Q. (1972): Movement Analysis: A Must for Dance Therapists. In: American Dance Therapy Association (ADTA) (ed.): Proceedings of the Sixth Annual Conference. (Columbia, Md.: American Dance Therapy Association)
- Schoop, T. (1981): Komm und tanz mit mir: Ein Versuch, dem psychotischen Menschen durch die Elemente des Tanzes zu helfen (Zürich: Musikhaus Pan)
- Stolze, H. (1977): Konzentrierte Bewegungstherapie. In: Eicke, D. (ed.): Die Psychologie des 20. Jahrhunderts. Vol. 3 (Zurich/Munich: Kindler)
- Trott, M.L. (1974): Expressive Movement Style and Personality Characteristic. In: American Dance Therapy Association (ADTA) (ed.): Proceedings of the Eighth Annual Conference (Columbia, Md.: American Dance Therapy Association)
- Vogel, L.H.; Vogel, L.J. (1970): Projektive Verfahren und ihre Anwendung. In: Messen und Testen in der Psychologie. Spezielle diagnostische Verfahren.
- Willke, E. (1978): Tanz: Erfahrung jenseits der Sprache. In: Psychologie Heute, July 1978, pp. 15-21 and pp. 24–25.
- (1985): Tanztherapie. Zur Verwendung des Mediums Tanz in der Psychotherapie. In: Petzold, H. (ed.): Leiblichkeit. Philosophische, gesellschaftliche und therapeutische Perspektiven (Paderborn: Junfermann)

- Wilmar, F.* (1977): Heileurhythmie. In: *Petzold, H.* (ed.) (1977): Psychotherapie & Körperdynamik. (2nd edition) (Paderborn: Junfermann)
- Whitehouse, M.F.* (1979): C.G. Jung and Dance Therapy: Two Major Principles. In: *Bernstein, P.L.* (1979): Eight Theoretical Approaches in Dance Movement-Therapy. (Dubuque, Iowa: Kendall/Hunt)

Adresse der Autorin:

Dipl. Psych. Maria Berger
Fasanenstraße 61
D-10719 Berlin

The Relationship between Dynamic and Social Psychiatry in India***

Vijoy K. Varma*, Sudip Sikdar** (Chandigarh)

The authors present the wide range of subjects in Indian psychiatry. They review in detail the increasing research in questions of social psychiatry and introduce into Indian psychoanalysis. The authors stress the influence of dynamic, social and cultural factors on psychic health and illness. The various results presented in this paper show basic differences between Eastern and Western psychiatry. The authors try to explain transcultural differences in mental illness, its course and outcome, on the basis of a number of psychodynamic factors: dependence and autonomy, linguistic competence, cognitive style, material culture, social support and expressed emotions, as well as psychological sophistication.

Man lives in an intimate relationship with the society. The important relationship between man and society has been extensively studied but perhaps never before has the need arisen so strongly to have a closer look at this relationship again as it has now. In this decade of the brain and at a time when almost every modern day psychiatrist is trying to understand the complex mental phenomenon and the abnormalities arising from it only in terms of neural structure and function, one easily tends to overlook how strongly mental health and illness are dependent upon sociocultural factors. In the following sections, an effort has been made precisely to examine the interaction between the social, cultural and dynamic factors operating in the Indian context to explain the transcultural differences in mental illness and its course and outcome.

Dynamic Psychiatry in India

The recent history of dynamic psychiatry in India dates back to the 1920s. *Girindra Shekhar Bose*, considered to be the doyen of psychoanalysis in India, propounded the theory of »Opposite Wishes« and also published a book, »The Concept of Repression«. As a practising psychoanalyst in Calcutta, *Bose* entered into a lengthy correspondence with *Freud* which lasted from 1921 till the time of *Freud's* death in 1939. *Bose* drew attention to the importance of mythology and customs, rituals and traditions in the functioning of the psychic apparatus. The *Bose-Freud* correspondence attests to the positive interest taken by *Freud* in the theoretical formulations of *Bose* and in the contribution that the Indian ethos and mythology could make to psychoanalysis. However, *Freud's* attitude appeared to be of benevolent indulgence and he never seemed

* Prof., M.D., Head of the Department of Psychiatry, Postgraduate Institute of Medical Education and Research

** M.D., Registrar in the Postgraduate Institute of Medical Education and Research

*** Lecture given at the 9th World Congress of the World Association of Dynamic Psychiatry WADP/XXII International Symposium of the Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP). April 29 — May 3, 1992 at the University of Regensburg

to be convinced or greatly impressed by the theoretical paradigm given by *Bose*. All the same, the correspondence about two-thirds of a century ago, paved the way for development of psychoanalysis in India. Dynamic psychiatry and psychoanalysis have had a distinct but limited following in India. As a professional activity, psychoanalysis and analytical-oriented psychotherapy have the largest following in the cities of Calcutta and Bombay. *Bose* founded the Indian Psychoanalytical Society in Calcutta in 1921. The Society publishes its own journal *Samiksha*.

The literary output and the literature in psychoanalysis and dynamic psychiatry have been focussed in certain specified areas. Attempts have been made to analyse customs and rituals in certain defined population, thus resulting in ethnic prototypes. *Chakraborty* and *Banerji* (1975) wrote about *suchibai*, a behavioural pattern that is culturally generated and that involves the highly ritualistic nature of elderly Bengali ladies, especially widows, particularly their over-concern with purity-impurity themes. The authors drew attention to how rituals become an important basis of personal and social conduct and determine individual behaviour and social concept of pollution. *Chakraborty* (1971) also drew attention to something analogous to a *cargo cult* in Calcutta, which was seen as a variant of millennialist movement and which alluded great importance to the valuable and mysterious natural of cargoes that passed through the port city of Calcutta. *Chakraborty* related the appearance of the myth to immaturity of Bengali personality and a form of magical thinking on the part of the people that they can get anything by simply wishing or asking for it in a stressful situation.

One other important concept that has been developed is that of cultural defenses. *Varma* (1982) proposed that similar to individual ego defense mechanisms, there exists a number of *cultural defenses* which are culturally determined mechanisms of allaying anxiety and are available in a ready-made form, for all members of the society to be utilised in appropriate situations. Defining cultural defense mechanism as a psychological defense mechanism, genetically determined and unconsciously operative which allays anxiety and enables partial gratification and where the mechanism is provided in the form of institutions, customs, traditions, rituals, sanctions, prohibitions folkways and symbolism and is available for use of all members of the society in appropriate situations. He exemplified the cultural defense mechanisms in terms of those that exist as perceptual and cognitive filters (the »don't« in life that a child is taught), social institutions like marriage, family, church, caste and class (that reduce uncertainties and channelize gratifications in an acceptable form) and most importantly by the customs and rituals. These customs and rituals, most prominently associated with life events, reduce the anxiety generated by the conflicts associated with these life events. Although some customs and rituals can be seen to serve realistic and useful functions, their utility goes beyond that to operate at a symbolic level to serve as defense mechanisms. To illustrate, the rituals associated with a bereavement serves symbolic functions to

permit the members to reconcile with the loss and also to assuage guilt feelings related to it. Privations of various sorts are related to sexual life events like adulthood, marriage, menarche, etc. to manage guilt associated with sexuality. Projection is largely associated with our reaction to disease and death. Thus the defense mechanisms elucidate denial (e.g. of death or castration), projection (e.g. by blaming others for illness or death), incorporation (e.g. death feasts), introjection (e.g. self-punitive behaviour following death), identification (e.g. teknonymy), and undoing (e.g. personal suffering and privation associated with sex and marriage).

Social Psychiatry in India

India has a long history, ancient civilization and traditions, her spiritual and moral values have evolved over several thousand years. It also has an immense size and a huge and diverse population. Different parts of India have a different ethnic background which gives rise to different languages, customs, food habits, rituals, ambitions, achievements and ways of living. Naturally, all these factors also influence the type of presentation of various mental illnesses. To an average Indian psychiatrist, it often becomes difficult to translate the knowledge gained by western text books and western training to the actual situation of psychiatric illness in India. Moreover, as the sociocultural and demographic correlates of mental illness reported from the developed world cannot be directly applied to the Indian situation (representing a traditional society and a technologically under-developed country) and because mental health researches have appreciated greater need for generation of such data to use in developing appropriate models of illness and for delivering mental health services, a considerable effort has been made in the area of elucidating the socio-economic and cultural correlates of epidemiology, phenomenology and natural history of mental illness in India.

In the following section, an effort would be made to summarize the sizable proportion of research and publications by Indian psychiatrists in the area related to social psychiatry. This would include research regarding epidemiology of mental illness and its socio-cultural correlates, description of other unusual and rare presentations and also the available data regarding extent of alcohol and drug abuse in India. An attempt will also be made to compare the existing data from India setting with appropriate data from the western countries.

Epidemiology

In India there is a wide variation in figures of morbidity as reported by different workers, the range varying from 18 per thousand general population (Dube 1970) to 370 per thousand population (Caratairs, Kapoor 1976). The rural survey rates give prevalence figures varying from about 18 to 102 per thousand (Dube 1970; Elnaggar 1971; Sethi et al. 1972; Nandi et al. 1975) whereas urban

surveys report a higher rate, the range varying from about 20 to 207 per thousand (Sethi et al. 1967, 19774; Ganguli 1968; Dube 1979; Verghese et al. 1973; Shah, Aggarwal 1977; Shah et al. 1980; Nandi et al. 1980; Sen et al. 1984). Overall, these figures compare well with western data on mental morbidity in population surveys (Leighton 1956; Shepperd 1966) indicating that mental illness is as prevalent in developing countries as it is in developed ones. The wide variations of prevalence of mental morbidity in India has been attributed to be a product of variations in the case criteria and lack of uniformity in diagnostic instrumentation and classification. Surveys of priority psychiatric disorders in the community (Schizophrenia, Affective psychosis, Organic syndrome) show a prevalence of about 10 per thousand (Sethi et al. 1967; Dube 1970; Verghese, Beig 1973; Mehta 1985). About 10% of cases seen by general practitioners have psychiatric disorders. About 36% of cases in a general medical outpatient unit have psychiatric morbidity (Krishnamurthy 1981; Bagadia et al. 1986) and this figure compares well with Western data of 14% to 44% (Kessel 1960; Goldberg 1972). Data is also available for prevalence of substance abuse in general population and the figures vary from about 1-23 per thousand (Elnagger 1971; Nandi et al. 1975; Dube, Handa 1971; Thacore et al. 1971). Alcohol use ranks first (60%—98%) followed by cannabis (4%—20%) and opium (1%—15%). Overall, these figures appear to be considerably less than that reported in Western countries.

Diagnostic Correlates

Several studies have been conducted in ascertaining diagnostic characteristics of patients admitted to the psychiatric facilities of various types in India (Neki, Kapoor 1963; Dutta Ray 1962; Wig et al. 1978; Mahendru et al. 1979; Kala et al. 1979; Varma et al. 1992). Diagnostic breakdown of patients seen at a treatment facility depends upon a number of variables including the nature and type of facility, the personnel employed, the prevalence of psychopathology in general population and the treatment seeking behaviour of patients. Field surveys show that neurosis, personality disorder and substance abuse together form the bulk (70%—88%) of psychiatric morbidity (Sethi et al. 1967, 1972; Dube 1970). Several reports have shown that while mental hospitals cater for a higher proportion of psychotics (Rao 1966; Singh, Bhusan 1966; Mohan et al. 1970; Sengputa, Chawla 1970) general hospital psychiatric units cater for a higher proportion of neurotics (Dutta Ray 1962; Neki, Kapoor 1963; Khanna et al. 1974). Diagnostic break-down of patients attending general hospital psychiatric units reveal that organic brain syndrome compile about 4 to 5% of patients, schizophrenics comprise about 20%—25%, effective psychotics about 8 to 17%, neurotics about 45% to 50% whereas personality disorder, sexual deviations and drug dependence add up to 2 to 3% of the total number of patients. The comparison of this data with two Western series (Maudsley, London 1967—69; NAPPH, USA 1976) shows a number of important differences.

The Western series show a much lower proportion of organic brain syndrome and (in case of the London series) of schizophrenics. This could possibly reflect a greater tendency to legal commitment in mental or state hospitals in those countries for the psychiatric patients. The differences between the Indian and Western series in terms of personality disorders, sexual deviations and drug dependence are staggering. This could indicate either an actual difference in the incidence of these conditions or a difference in the perceived definition of illness and treatment seeking behaviour among the patients of different countries. Amongst the neurotics, the Western series contain a much larger proportion of depressive neurotics and a much smaller proportion of hysterics. Comparative data with Indian series also reveal that affective psychosis is about 3 times commoner than depressive neurosis in India. One possible explanation for this difference could be due to diagnostic bias, namely, that the same patient may be diagnosed as depressive neurotic in one setting and endogenous depressive in another. This bias can also be responsible for the difference reported consistently between North and South Indian depressives (Venkoba Rao 1966; Teja et al. 1970, 1971; Gurmeet Singh 1979). Different psychiatrists in India (Wig, Singh 1967, Kapoor, Pandurangi 1979) have also observed that compared to Western settings, a considerable proportion of psychiatric population (2% to 4%) does not fit into either a clear schizophrenia or an unambiguous affective psychosis but these cases of acute psychosis have a short duration and a favourable course and outcome.

Unusual Presentations

Various attempts have been made to report and describe certain peculiar manifestations of mental illness which are very largely represented in India. In Indian context, the important ones include Amok, Koro, Possession states, Dhat syndrome and various types of Hysterical psychoses.

Amok: Originally reported by the English from India around 1600 A.D., the condition used to be exclusively associated with Malayan people, occurring only among men. The word *amok* means to engage furiously in battle. In this syndrome, the affected person displays sudden unprovoked outbursts of wild rage, runs about madly, attacks, maims or kills indiscriminately any people or animals in his way, before being overpowered or killed himself. A period of preoccupation, brooding and mild depression usually precedes the attack, which lasts for a few hours and is followed by exhaustion, amnesia and often suicide. Gautam, Venkataramiah and Puspham (1979) reported such a case from India in a 29-years-old man after the funeral of his younger brother. He obtained average scores on intelligence and memory tests but some signs of underlying psychosis were found on Rorschach test.

Koro: This syndrome occurs almost exclusively among people of the Malay archipelago and among South Chinese (Cantonese). It is characterized by an acute anxiety reaction with partial depersonalization because of fear of the

patients of penile shrinkage and dissolution (in women of vulva, labia and breasts), resulting in death. Koro has been reported in epidemic forms (*Dutta, Phookanok Das* 1982; *Chakraborty et al.* 1983; *Nandi et al.* 1983) as well as in isolated case reports (*Chakraborty* 1982; *Shukla; Misra* 1981) from India. This psychogenic disorder has been thought to arise in pre-disposed personalities and is heavily influenced by cultural, social and psychodynamic influences. Those patients are pre-occupied with fears about nocturnal emission, masturbation, sexual excess, and virility. Exposure to hearsay and/or witnessing a Koro case was found to be an important predeterminant for the spread of epidemics in this country.

Possession state: Hysterical possession or spirit possession, a culturally sanctioned, heavily institutionalized and symbolically invested means of expression in action for various ego-dystonic impulses and thoughts (*Kiev* 1961) has been reported from various cultures. From India, *Teja, Khanna and Subrahmanyam* (1970) described 15 patients with possession syndrome. *Varma, Srivastave and Sahay* (1970) reported an »epidemic« of possession syndrome at the time of a small pox epidemic. Typically, in this condition, the person feels that his personality has been taken over or possessed by a deity or by a spirit of a dead person. True identity is not totally lost or disowned during possession. This state may last for few hours to a few weeks and may be episodic. There is an element of social sanction associated with this disturbance and the behaviour has an easily understandable relation to life situation of the person. *Varma, Bouri and Wig* (1981) postulated that the documented high incidence of hysterical possession in India was related to the religious beliefs of polytheism and reincarnation.

Dhat syndrome: A clinical syndrome reported exclusively from Indian setting (*Wig* 1960), Dhat syndrome is a clinical condition in which a patient is preoccupied with increase loss of semen by nocturnal emission which leads to anxiety, hypochondriasis, lack of concentration, bodily weakness and is often associated with sexual impotency. The term *Dhat* originates from the sanskrit word *dhatu* meaning elixir. Semen is considered one of the most important elixirs in human body, the loss of which is related to illness. Several authors have reported this phenomenon from India (*Joshi* 1965; *Bagadia et al.* 1972; *Neki* 1973; *Hooda* 1975; *Malhotra, Wig* 1975; *Behere* 1989; *Singh* 1985). It is usually found in young adults, half of whom are unmarried and is heavily influenced by socio-cultural factors.

Socio-demographic correlates

The role of sociodemographic factors in psychiatric disorders have been highlighted repeatedly (*Hollingsheed, Redlich* 1958; *Srole et al.* 1962) and a considerable bulk of research has been carried out by many Indian investigators (*Dutta Ray* 1962; *Neki, Kapoor* 1963; *Davis et al.* 1967; *Sethi, Gupta* 1972; *Marfatia* 1973; *Khanna et al.* 1974; *Sethi, Manchanda* 1978; *Nandi et al.* 1980; *Varma*

et al. 1979, 1980, 1992). In addition to the total clinical profile of a disease, these factors also indicate prevalence and type of psychiatric morbidity, utilization rates of psychiatric services, may have etiological implications and also provide a clue to the role of social and cultural factors in psychiatric illnesses. The figures quoted in the above mentioned studies vary depending upon the nature and type of facility (general hospital versus mental hospital, out-patient versus in-patient, government teaching hospital versus private nursing home, hospital survey versus fields survey etc.) which caters for the patient population. However, an attempt would be made in the following section to summarize the data on socio-demographic factors that affect mental morbidity in India.

Age: Most of the Indian studies (*Neki, Kapoor* 1963; *Sethi et al.* 1967, 1972, 1974; *Dube* 1968, 1970; *Verghese, Beig* 1974; *Mahendru et al.* 1979; *Varma et al.* 1979; *Kala et al.* 1981) have reported a steady decrease in mental morbidity with increasing age, with a maximum number of cases falling in the age range of 15–35 years. This is in sharp contrast to Western figures, where mental illness increases proportionately with age. Two possible reasons have been cited for this difference. First, the proportion of older age-groups is comparatively less in our population because of the low life expectancy. Secondly, Indian family records greater respect to and accepts greater responsibility for its aged members. Hence, it is likely that many of the older people requiring psychiatric care are taken care of at home itself rather than being brought into a clinic or hospital.

Sex: Although hospital based studies have consistently reported a preponderance of males over females (*Neki, Kapoor* 1963; *Mohan* 1970; *Sethi, Gupta* 1972; *Kala et al.* 1981), field surveys however have reported a higher psychiatric morbidity among females (*Dube* 1962; *Sethi* 1967; *Verghese et al.* 1973; *Shah et al.* 1980). This possibly reflects the male dominant role and pattern of treatment seeking in our culture and lack of education, superstitions, social stigma and bleak chances of matrimonial placement for females and is by no means indicative of a higher morbidity in males. A higher morbidity field surveys in females is consistent with the result summarized by *Gove Tudor* (1973) in the West and may indicate the increasing stress among women in this century with their changing social role.

Birth order: Another important feature noticed consistently in Indian settings is the higher premium on eldest sibs (irrespective of sex). They have been consistently overrepresented in most psychiatric groups in several studies (*Rao* 1964; *Teja* 1967; *Sethi, Gupta* 1973; *Marfatia* 1973; etc.).

Marital status: Most of the studies in India (*Sethi et al.* 1974; *Verghese, Beig* 1974; *Varma et al.* 1979; etc.) have reported a higher mental morbidity in married people compared to single patients. Of the married, the housewives are more prone to develop neuroses and depression. Marriage at an early age (at times under social pressure, prevailing custom and norms) is common in India and carries the additional risk of an early pregnancy, responsibilities of child

rearing and economical non-viability which may be responsible for the higher figures in married patients.

Education: There is a preponderance of less educated among psychiatric population attending hospitals (general hospitals and mental hospitals) as reported by several workers (*Dutta Ray 1962; Singh 1977; Varma et al. 1979; etc.*). However, a higher percentage of literates have been observed in samples from private psychiatric facilities (*Davis et al. 1967; Sethi et al. 1972*) and this is probably a function of a higher socio-economic status in this population.

Social class: The relationship of social class and mental illness has attracted the attention of many investigators (*Dutta Ray 1962; Neki, Kapoor 1963; Mohan 1970; Thacore et al. 1971; Sethi, Gupta 1972; Varma et al. 1979*) but due to the absence of a suitable and uniform system of classification, a precise relationship between these two important variables has not been reported. Overall, hospital based studies have reported a higher representation of people from lower socio-economic class while the reverse is seen to be true in a private psychiatric set up.

Domicile/locality: As already quoted, several studies have shown a higher psychiatric morbidity in urban compared to rural population. This has been speculated to arise out of stress of urbanization, industrialization, technological and social dislocation and is commensurate with findings from the Western setting (*Dobrenwend, Dobrenwend 1974*). However, this might reflect the greater utilization of treatment facilities by urbanites (*Sethi, Gupta 1972; Mahendra et al. 1979; Varma et al. 1979*). Studies conducted on migrant population in India also show a significantly higher mental morbidity than non-migrant population (*Dube 1970; Bhaskaran et al. 1970; Sethi et al. 1972; Nandi et al. 1978*).

Religion: The findings across various studies on religion in Indian patients seem to reflect the predominant religious faiths of the population around the centres.

Caste: Several studies (*Nandi et al. 1980; Shah et al. 1980; Varma et al. 1992*) have reported greater morbidity in high castes. Controversy still remains as to whether this represents a greater utilization of health care services or an actual increase in morbidity in the higher castes. *Varma et al. (1980)*, on the basis of an analysis of clinical data, hypothesized that there could be a relation between affective disorder and *Jatg Caste*.

Family structure: The family is the universal primary social unit and therefore occupies a central position in any consideration of social psychiatry. Various investigators differ in respect to their impression relating to issues of family system and mental health. *Sethi and Gupta (1978)* in their review of relationship of family structure to mental illness reported a greater vulnerability amongst those belonging to a unitary family structure. Hysteria, however, was more prevalent in joint families. It is possible that the joint family system itself provides several built-in safety measures which are usually missing in unitary families and thus reduce mental morbidity.

Thus this brief review indicates that socio-economic and cultural factors play a fairly consistent, crucial and significant role in manifestations of various

psychiatric disorders in India. The importance of these factors and their relationship with dynamic psychiatry will be discussed at the end of this review.

Transcultural Psychiatry

Influenced by the social philosophy of *Rousseau*, primitive man was believed to be free of the anguish and discontents of mental illness. This drove *Emil Kraepelin* (1904) to Java to ascertain whether mental illness was at all to be found there and thus began the branch of transcultural psychiatry as a pursuit of psychiatrists. Several decades of world-wide research has now firmly established that culture plays both a pathogenic and pathoplastic role in a great majority of psychiatric conditions and affects the epidemiology, phenomenology, course, and outcome of mental illness across different cultures.

Epidemiological differences in mental illness between India and the developed world has already been alluded to in the previous section. In the following section, a brief outline will be drawn regarding the transcultural differences in phenomenology and natural history of mental illness between India and the Western nations.

In India, major work in the area of cross-cultural differences in mental illness between India and the West has been done by *Dube* (1978), *Varma* (1982, 1983), *Venkoba Rao* (1973), *Teja et al.* (1971) and *Gurmeet Singh* (1979).

Schizophrenia

The incidence of schizophrenia has been shown to be universal. But there is a good deal of evidence to suggest that the phenomenology, course and outcome vary in different settings. *Wittkower* and *Rin* (1965) reported that catatonic rigidity, negativism and stereotypes are more common in India than in other countries. *Varma* (1983) found that in developing nations, schizophrenia is often characterized by withdrawal, perplexity, confusion, hypochondriasis, catatonic features, and less systematization of paranoid formation. An excellent review on phenomenology of schizophrenia and affective disorders in India by *Kulhara* and *Varma* (1985) showed that while rural population has more magical and religious delusions, the content of delusions of urbanites is influenced by themes governing science and technology. The monumental International Pilot Study on Schizophrenia (IPSS) by the WHO (1973) has also pointed out the differences in phenomenology, course and outcome of schizophrenia between the developing and developed countries. Results showed that there is a higher incidence of catatonic schizophrenia and schizophrenia NOS, increased incidence of flatness of affect but a reduced incidence of IFRS. Follow-up studies have shown consistent differences in outcome with patients in developing countries having a more favourable course and outcome (best outcome 40% versus 15% in developed versus developing countries). The reasons cited by WHO for such favourable results were agricultural economy,

little vertical mobility, extended families, psychiatric services which include the active participation of family and absence of specific community stereotypes of the mentally ill (WHO 1979).

Manic-Depressive Psychosis

Depression was thought to occur rarely in non-Western cultures. However several cross-cultural studies (especially one conducted by *Murphy, Leighton* 1965) showed that occurrence of depression was almost universal across cultures. Many initial studies in Africa (*Lambo* 1956; *Yap* 1958) and in India (*V. Rao* 1966) showed a paucity of guilt in depressives in these countries compared to Western ones. This view however has been successfully challenged and demolished in later studies (*Teja et al.* 1971; *Singh* 1979; *Rao* 1978). However, the nature of guilt appears different and may be coloured by cultural and religious beliefs. In contrast to Western patients, guilt in Indian depressives appears to be of a more impersonal character due to frequent use of denial, externalization and projection. A phenomenological review of depression (*Kulhara, Varma* 1985) also shows an increased proportion of somatic symptoms, agitation, hypochondriac preoccupation and decreased incidence of completed suicide in Indian depressives. The manifestation of mania also differs significantly in the sense that pure elation is not as well manifest as irritability and aggression.

Neuroses

Amongst the neurotic illnesses, hysteria has been described to be disappearing in the Western countries but Indian studies continue to report it. It also appears that neurotic problems find expression rather in somatic than psychological complaints (*Chakraborty* 1983) in the Indian setting. Perfectionistic and ritualized behaviour of various types is common in day-to-day life of an Indian and in many places it has a strong socio-cultural sanction and is regarded as norm. This probably leads to a lower proportion of obsessional neurosis in India (*Chakraborty* 1975). A predominant domestic orientation and more religious inclination may partly explain the excess of preoccupation with themes of dirt and contamination seen in female obsessional neurotics (*Kulhara, Rao* 1985; *Akhtar et al.* 1978).

Culture-bound syndromes

Apart from cultural variations in symptomatology of common psychiatric disorders, certain atypical psychiatric symptomatology has been reported in the Non-Western cultures. A number of so-called culture-bound syndromes have been identified and described in the Indian setting. However, it has now been realised that these do not represent any specific entities but illustrate the influence of cultural factors in modifying the manifestations of psychiatric symptoms.

Treatment-seeking behaviour

Cultural beliefs play a significant role in the manner of treatment seeking. No wonder, traditional healing practices which in the eyes of Western medical knowledge may appear misdirected and irrelevant, find frequent acceptance in India (Singh 1973; Kapur 1973; Sethi, Trivedi 1977). It is not uncommon to attribute mental illness to *evil spirits*, casting of an *evil eye* or even to *sexual starvation* on *excessive heat* which leads to recommendations like marriage, cooling of mind by shaving of head, elaborate prayers, consumption of curd, restriction of meat and spices, and avoidance of sun from the traditional healers.

Integration of Dynamic and Social Psychiatry in India

Varma (1982) has tried to evolve a model by integrating the social and dynamic approaches to explain the transcultural differences in mental illness and its course and outcome. This needs to be explained and understood on the basis of a number of psychodynamic factors which include the nature of the basic, ethnic, social personality, especially the relative proportion of dependence and autonomy, cognitive styles and linguistic competence, psychological sophistication, material culture, social support and expressed emotions.

A. Dependence versus Autonomy

Dependence as an important transcultural personality variable has been pointed out by earlier workers in India (Neki 1975, 1976; Varma 1982, 1985). The Indian is more dependent on others than his Western counterpart. As children we depend on parents, as youth on peer groups, as husbands on spouses and as older people on children, thus completing a circle. This is reflected in colloquial language, idioms and folklore. All such forms revolve around a theme of giving and receiving, a sense of piety, sacrifice, submission and gratitude. The Indian variant of dependence is also more a unilateral one and more one-sided. This concept of autonomy and dependence is similar to the Eriksonian one and is related to the issue of self-control, in terms of feelings, emotions and actions. Accordingly, the autonomous person develops a sense of control and responsibility over himself and expects the same from others whereas in contrast, a dependent individual has a strong sense of identity with the primary filial group and much of his life seems to evolve around this group. This is reflected in the pattern of Indian hospitality which is extended only to members of the primary group. Thus the Indian can be strongly callous and rude to a stranger and the Western value of according respect and consideration to somebody simply because he is human, is relatively lacking. The concept of dependence or autonomy governs one's interpersonal and social relationships. A number of related traits of dependence have been described.

1. *Concept of ego-boundaries*: Developed by Marriot (1976), this concept again emphasizes a sense of personal identity. In contrast to the more closed homogenous mental integrations of the Western adult, Hindus are posited as persons who are more open, necessarily changing and vulnerable to a cosmos of interpersonal flow. Thus individuals in Indian and Asian cultures consider themselves as an integral part of the social system with ongoing interactions without differentiating *me* from *not me*.

2. *Empathy versus rules*: Dependence gives rise to empathy which governs much of the social interrelationship. This in turn leads to considerable relaxation on rules and regulations which is in contrast to an autonomy-oriented society which abounds in specific and wrong rules.

3. *Friendship versus fairplay*: The role of friendship is very important and has been much eulogized in Indian literature and art forms. In contrast to the very limited concept of friendship in an autonomy-oriented Western society which also leads to the concept of fairplay, friendship has no such restraints in a dependence-oriented society and is viewed as an overall kind of relationship.

4. *Autonomy and self-reliance*: The key attribute of autonomy is self-reliance. An autonomous individual is self-reliant, responsible for his action and expects others to be self-reliant like him. However, neither total autonomy nor total dependency is possible in any society. The former breeds fear of dependence and leads to insecurity while the latter results in total submission and converts the person into a non-entity. However, autonomy is not without other dangers. In the quest of autonomy, one relinquishes the pleasures of childhood, doesn't have the opportunity to share a confiding relationship as an adult and this leads to loneliness and frequent break-down of unitary family systems. In a dependence-oriented society on the other hand the dependent individual, on account of the richness of social interrelationships, feels more secure in the sanctity and security of social network.

5. *Impersonalization of friendship and foeship*: Because of the limited concept of friendship in the West, this relationship often becomes impersonal and is manifest in the West as egalitarianism. Similarly foeship also becomes impersonal and this certainly does not reduce the ruthlessness or hatred.

6. *Basic needs*: In a larger sense, the transcultural difference in personality configurations can be understood in terms of the basic needs. They are:

a) *Biological needs*: All men are born with certain undeniable basic biological needs, such as nutritional, eliminative and sexual needs. Denial, projection, reaction formation, ready acceptance or sublimation may characterize the attitude towards these needs. The Eastern and Western culture does not appear to differ much in the manner of handling these basic biological needs.

b) *Social relationships needs*: One aspect of the social relations is the nature and configuration of the superego, since it reflects internationalization. In an autonomous society, group dominance is more, independence is emphasized and internalization leads to a guilt-orientation. Interdependence, on the other

hand, leads to control of behaviour in the form of interpersonal surveillance leading to shame-orientation.

c) *Cosmic, existential and religious needs*: Societies vary in term of these needs. Cosmology seems to be the only true universal need, whereas religious concepts vary in their level of abstraction in different cultures.

B. Linguistic Competence

Language, despite being a species-specific attribute of homo sapiens, differs widely across cultures. Based on transcultural differences in phenomenology and outcome of mental illness and language as well, *Varma* (1982) proposed that both are interrelated. It was proposed that a high level of linguistic competence leads to binding of intense anxiety found in initial stages of schizophrenia, leading to elaborate delusions which are less amendable to treatment. A low level of competence leaves the anxiety unbound and results in catatonic and somatic symptoms. A study using a specially structured linguistic competence scale found that paranoid schizophrenics and obsessional neurotics had a higher level than chronic schizophrenics and manics (*Varma et al.* 1985). So, it suggested that the above illnesses may be phenomenological correlates of high and low linguistic competence, thus supporting the theory that linguistic competence may determine manifestations of psychopathology.

C. Cognitive Style

Cognitive styles represent the ways in which the mind perceives the environment, interprets and draws conclusions about it. Cognitive styles can be *analytic*, which is typical of Western mind or *synthetic*, which is characteristic of the Indian mind. While the former approaches are preponderant in autonomy-oriented societies, the latter may be related to dependence-oriented societies.

D. Material Culture

Since definitions of cultures include artefacts as well as subjective beliefs, norms etc., it can be safely assumed that material culture will influence psychopathology. Thus we have possession by ghosts and evil spirits in a developing society whereas the same is attributed to UFOS and Martians in a technologically advanced one.

E. Social Support and Expressed Emotions

With increasing transcultural research, the differences across cultures in social support systems have been correlated with the course and outcome of illness. Studies have shown that traditional, developing societies are richer in social support networks and have a better prognosis for severe mental illness (*WHO* 1979).

Another very fruitful area of research in the area of social networks has been that of expressed emotions. Relatives' expressed emotions, especially critical comments and hostility have been correlated with adverse prognosis and is postulated to be one of the factors for a better outcome of schizophrenics in the developing countries like India (*Leff, Wig, Ghosh 1987*).

F. Psychological Sophistication

Varma (1982, 1985) has analysed and pointed out a number of variables which might be important in mediating cultural differences between Western and Indian models of psychotherapy and one important variable amongst them is psychological sophistication. This can be perceived as the ability to see conflicts in intrapsychic terms as required in psychotherapy and involves introspection and the ability to translate one's emotions into words. Since these have been shown to differ widely across cultures, they need to be taken into account during psychotherapy.

Conclusion

In the preceding sections, an attempt has been made to trace the history and development of dynamic, social and transcultural psychiatry in India and to bring forth the major differences in mental illness between India and the West. An attempt has been made to understand the transcultural differences in mental illness on the basis of a few basic psycho-dynamic factors. However, with the developing world galloping away with its technological advancements and sophistications and in their pursuit to match their developed counterparts, it would definitely leave its mark on the psyche of its inhabitants and hence further research needs to be done in this tremendously interesting field of transcultural psychiatry in the years to come.

Die Beziehung zwischen dynamischer und sozialer Psychiatrie in Indien

Vijoy K. Varma, Sudip Sikdayr (Chandigarh)

Die jüngere Geschichte der dynamischen Psychiatrie in Indien (damit meinen die Autoren die Psychoanalyse und analytisch orientierte Psychotherapie) geht zurück auf die *Freud/Bose*-Korrespondenz in den zwanziger Jahren unseres Jahrhunderts. *Girindra Shekhar Bose* war der erste praktizierende Psychoanalytiker in Indien. 1921 gründete er die Indische Psychoanalytische Gesellschaft mit Sitz in Calcutta. Das Organ der Indischen Psychoanalytischen Gesellschaft ist die Zeitschrift »Samiksha«. Vor allem in den Städten Calcutta und Bombay fanden die Psychoanalyse und die analytisch orientierte Psychotherapie ihre größte Verbreitung.

Die Veröffentlichungen auf den Gebieten Psychoanalyse und Psychotherapie konzentrieren sich auf sehr spezifizierte Bereiche wie z.B. die Analyse von Bräuchen und Ritualen in bestimmten Bevölkerungsgruppen und deren Niederschlag in ethnischen Prototypen. So untersuchten z.B. *Chakraborty* und *Banerji* (1975) ein kulturell generiertes Verhaltensmuster ritueller Natur, das nur bei älteren bengalischen Frauen, insbesondere bei Witwen, auftritt und eine Überbesorgtheit beim Thema Reinheit bzw. Unreinheit betrifft. *Varma* (1982) entwickelte das Konzept der kulturellen Abwehr analog dem psychoanalytischen Konzept der Abwehrmechanismen. Kulturelle Abwehrformen zeigen sich in Bräuchen, Traditionen, Sanktionen, Institutionen etc. und dienen als Wahrnehmungs- und Bewußtseinsfilter zur Reduktion von Angst, die durch Konflikte in bestimmten Lebenssituationen generiert wird.

Aufgrund der Tatsache, daß die indische Kultur mit ihrer jahrtausendealten Geschichte und den in dieser Zeit gewachsenen spirituellen und moralischen Werten, ihrer immensen geographischen Größe, ihrer Verschiedenartigkeit in Bezug auf Sprache, Bräuche und Rituale eine ganz eigene kulturelle Spezifität entwickelte, liegt es auf der Hand, daß sich auch im Bereich psychischer Erkrankungen diese Vielfalt widerspiegelt. In den letzten Jahren wurden in Indien verstärkt Forschungen im Bereich sozialpsychologischer Fragestellungen durchgeführt, die von den Autoren detailliert referiert werden. Die wichtigsten Ergebnisse sind:

Psychische Krankheit ist in Entwicklungsländern genauso verbreitet wie in westlichen Ländern. Städtische Gebiete weisen höhere Anteile an Erkrankten auf. Ungefähr 10% aller Fälle, die in Indien von Allgemeinmedizineren gesehen werden, leiden unter psychiatrischen Störungen. Ungefähr 36% der Patienten einer ambulanten allgemeinmedizinischen Behandlungseinheit sind psychisch krank. In westlichen Ländern liegen die Zahlen zwischen 14% und 44%. Das Vorkommen von Psychosen ist in Indien ungefähr gleich dem in Industrienationen, das Vorkommen von Neurosen jedoch variabler und niedriger sowie das Auftreten von Persönlichkeitsstörungen, sexuellen Abweichungen und Drogenabhängigkeit deutlich niedriger in Indien. Kurze reaktive psychotische Störungen treten in Indien jedoch häufiger auf. Schizophrenie geht häufiger einher mit Verwirrungszuständen, Fassungslosigkeit und katatoner Symptomatik. Depressionen stehen weniger in Verbindung mit Schuld und Schuldgefühlen. Schizophrenie nimmt insgesamt einen günstigeren Verlauf in Ländern der dritten Welt verglichen mit dem Westen.

An kulturgebundenen Syndromen treten in Indien vorwiegend auf:

Das *Amok-Syndrom*, bei welchem die betroffene Person plötzlich unvorhergesehene Ausbrüche massiver Aggression zeigt, wild herumrennt, andere Menschen anfällt und auch Menschen oder Tiere tötet, die sich ihm in den Weg stellen. Die Attacke dauert einige Stunden und wird gefolgt von Erschöpfungszuständen, Amnesie und häufig auch von Selbstmord.

Das *Koro-Syndrom*, charakterisiert durch eine akute Angstreaktion mit partiellen Depersonalisationserscheinungen aufgrund der Furcht der Patienten, der

Penis würde schrumpfen und sich auflösen. Bei Frauen bezieht sich dementsprechend die Furcht auf die weiblichen Sexualorgane Vulva und Brust.

Besessenheitszustände, zum einen kulturell sanktioniert sowie institutionalisiert, werden auch mit hysterischer Besessenheit oder spiritueller Besessenheit bezeichnet. In diesem Zustand fühlt die Person, daß von ihrer Persönlichkeit Besitz ergriffen wurde durch eine Gottheit, von einem Geist oder von einer toten Person. Dieser Zustand dauert einige Stunden bis Wochen.

Das *Dhat-Syndrom* ist ein klinischer Zustand, bei dem der Patient vollständig in Anspruch genommen ist von der Vorstellung eines zunehmenden Verlustes an Samen durch nächtliche Ergüsse. Dieser Zustand führt zu Angst, Hypochondrie, Mangel an Konzentration, körperlicher Schwäche und tritt häufig in Verbindung mit sexueller Impotenz auf.

Im Hinblick auf soziokulturelle und demographische Faktoren wurden in den indischen Studien untersucht: Alter, Geschlecht, Reihenfolge in der Geschwisterreihe, Familienstand, Erziehung, soziale Klasse, Wohnort und Religion sowie Kastenzugehörigkeit und Familienstruktur. Interessanterweise zeigen die Studien eine größere Anfälligkeit für psychische Störungen bei Personen aus höheren Kasten. Nach wie vor ist es nicht geklärt, ob dieses Ergebnis eine höhere Nutzung von Gesundheitseinrichtungen repräsentiert oder ein reales Anwachsen der Anfälligkeit in höheren Kasten.

Abschließend stellen die Autoren die von *Varma* (1982) entwickelten grundlegenden Persönlichkeitsfaktoren vor, die durch Berücksichtigung dynamischer, sozialer und kultureller Aspekte transkulturelle Unterschiede psychischer Erkrankungen erklären helfen. Dieses Modell beinhaltet sechs Variablen, wobei die zentrale Variable Abhängigkeit versus Autonomie darstellt. Sog. Entwicklungsländer oder traditionelle Gesellschaften stellen abhängigkeitsorientierte Gesellschaften dar, demgegenüber westliche Industrieländer autonomieorientierte Gesellschaften. Die Variable Abhängigkeit versus Autonomie wird bestimmt von sechs Unterkategorien: Ich-Grenzen, Empathie versus Regeln, Freundschaft versus Fairplay, Autonomie und Selbstvertrauen, Unpersönlichkeit und Feindschaft sowie menschliche Grundbedürfnisse biologischer, sozialer, kosmischer, existentieller und religiöser Art. Die wesentlichen Unterschiede zwischen West und Ost betreffen die vorrangige Rolle emotionaler, menschlicher Beziehungen, die Bedeutung der Familie, Freundschaft und Empathie in den östlichen Gesellschaften. In Industriegesellschaften stellt das wichtigste Attribut das Selbstvertrauen dar, Werte von Freundschaft werden aufgegeben zugunsten eines lockeren und unpersönlichen Fairplay.

Weitere zentrale Variablen für eine genaue Einschätzung der unterschiedlichen Faktoren sind in *Varmas* Modell: Linguistische Kompetenz, Denkstil, materielle Faktoren, soziale Unterstützung und Expressed Emotions sowie psychologisches Einfühlungsvermögen. Diese verschiedenen Aspekte sind von grundsätzlicher Bedeutung im Bereich der transkulturellen Psychiatrie. Die Autoren gelangen zu dem Schluß, daß gerade in dem Bereich transkultureller Psychiatrie in den nächsten Jahren noch vieles an Forschungsarbeit geleistet werden muß.

Literature

- Bose, G.S. (1956): The Bose-Freud Correspondance. In: *Samiksha* (10) 155—166
- Carstairs, G.M., Kapur, R.L. (1976): *The Great Universe of Kota, Stress, Change and Mental Disorder in an Indian Village* (London: The Hogarth Press)
- Chakraborty, A. (1971): Cargo Cult in Calcutta — Reappearance of a myth: A phenomenological interpretation of myths. In: *Indian Journal of Psychiatry* (13) 222—228
- Chakraborty, A., Banerji, G. (1975): Rituals, a culture-specific neurosis and obsessional states in Bengali culture. In: *Indian Journal of Psychiatry* (17) 211—216
- Dohrenwend, B.P., Dohrenwend, B.S. (1974): Psychiatric disorders in urban settings. In: *American Handbook of Psychiatry*, IInd edition (New York: Basic Books Inc.)
- Dube, K.C. (1970): A study of prevalence and biosocial variables in mental illness in a rural and an urban community in Uttar Pradesh. In: *Acta Psychiatrica Scandinavica* (46) 327—332
- Khanna, B.C., Wig, N.N., Varma, V.K. (1974): General hospital and psychiatric clinic: An epidemiological study. In: *Indian Journal of Psychiatry* (16) 211—220
- Kiev, A. (1961): Spirit possession in Haiti. In: *American Journal of Psychiatry* (118) 133—136
- Malhotra, H.K., Wig, N.N. (1975): Dhat Syndrome — a entire bound neurosis of the orient. In: *Archives of Sexual behaviour* (4) 519—524
- Marfatia, J.C. (1973): A survey of 2000 private adult mental patients. In: *Indian Journal of Psychiatry* (15) 279—289
- Murphy, J.M., Leighton, A.H. (1965): *Approaches to cross-cultural psychiatry* (Ithaca: Cornell University Press)
- Nandi, D.N., Ajmani, S., Ganguli, H. et al. (1975): Psychiatric disorders in a rural community in West Bengal — an epidemiological study. In: *Indian Journal of Psychiatry* (17) 87—99
- Sethi, B.B., Manchanda, R. (1978): Socio-economic, demographic and cultural correlates of psychiatric disorders with special reference to India: Review article. In: *Indian Journal of Psychiatry* (20) 199—211
- Singh, G. (1979): Depression in India — a cross cultural perspective. In: *Indian Journal of Psychiatry* (22) 235—239
- Srole, L., Langner, T.S., Michael, S.T. et al. (1962): *Mental health in the Metropolis: The Mid-town Manhattan study*. Vol. I (New York: McGraw Hill)
- Teja, J.S., Khanna, B.C., Subrahmanyam, T.B. (1970): Possession States in Indian Patients. In: *Indian Journal of Psychiatry* (12) 71—75
- Varma, V.K. (1982a): Towards a theory of cultural defence. In: Kiev, A., Venkoba Rao, A. (Eds.): *Readings in Transcultural Psychiatry* (Madras: Higginbothams)
- (1982b): Present state of psychotherapy in India. In: *Indian Journal of Psychiatry* (24) 209—226
- (1985): Psychosocial and cultural variables relevant to psychotherapy in developing countries. In: *Psychiatry: The state of art*. No 14 (New York)
- Varma, V.K., Ghosh, A., Khanna, B.C. et al. (1979): General hospital psychiatric adult out-patients clinic: Socio-demographic correlates. In: *Indian Journal of Psychiatry* (21) 348—354
- Varma, V.K., Bouri, M., Wig, N.N. (1981): Multiple personality in India: Comparison with hysterical possession state. In: *American Journal of Psychotherapy* (35) 113—120
- Varma, V.K., Das, K., Jiloha, R.C. (1985): Correlation of linguistic competence with psychopathology. In: *Indian Journal of Psychiatry* (27) 193—199
- Varma, V.K., Avasthi, A., Matto, S.K. et al. (1992): Diagnostic and sociodemographic data of psychiatric patients at the national level. In: *Indian Journal of Social Psychiatry* (8) 22—34
- Venkoba Rao, A. (1966): Depression — psychiatric analysis of 30 cases. In: *Indian Journal of Psychiatry* (8) 143—154
- Wig, N.N., Singh, G. (1967): A proposed classification of psychiatric disorders for use in India. In: *Indian Journal of Psychiatry* (9) 158—171
- Wig, N.N., Varma, V.K., Khanna, B.C. (1978): Diagnostic characteristics of a general hospital psychiatric adult out-patients clinic. In: *Indian Journal of Psychiatry* (20) 262—266
- World Health Organization (1973): *International pilot study of schizophrenia* (Geneva: WHO)
- World Health Organization (1979): *Schizophrenia: An International Follow-up study* (Toronto: John Wiley)

Address of the authors:

Prof. Dr. Vijoy K. Varma, Dr. Sudip Sikdar
 Postgraduate Institute of Medical Education and Research
 Chandigarh 160 012
 India

Forensic Dynamic Psychiatry**

Thomas Hessel (Munich)*

In the field of criminal responsibility the two sciences criminology and psychiatry coincide. Those two disciplines are based on a positivistic understanding of science. By developing a psychoanalytically oriented criminology the single person has become the focus of criminal research. The Freudian image of man, however, in which the archaic evil is to be found within each single man pretends the delinquent from being responsible for his doing. A Dynamic Criminology based on Günter Ammon's Humanstructurology returns the criminal responsibility to the single person by stressing groupdynamic and personality specific aspects. Guilt is no longer the measure for punishment but is regarded as a basis for the treatment of an offender.

Criminology deals with questions of the origin of criminal behaviour and society's reaction to it. Guilt and criminal responsibility are central terms in connection with the examination of the question, why a single person commits a criminal act, as well as the evaluation of this criminal act and the way of reacting to it, e. g. which punishment should be imposed or which treatment or measure should be taken.

In Europe, from the natural right theory — originating in the Greek philosophy and adopted through Roman law — there developed in connection with the constitutional law theories, *Kant's* theory on punishment, which is still valid today and which adds an ethic dimension to the problem of guilt. Merely having done an offence demands appropriate punishment, for the free decision of the human being defines him as a social being and antisocial behaviour negates this free decision. In a time nexus, the so-called purposes of punishment of the general prevention develop, the deterrence of the general public (*Feuerbach*) und special prevention, the approach dealing with the single criminal (*Liszt*).

Criminal law is based on the postulate of the freedom of will. Whoever has a free will is responsible for his offence and consequently is being punished. However, if the free will is missing, criminal responsibility is excluded or reduced, there is no punishment, a treatment is ordered. Because of their professional training judges, lawyers and prosecutors are not able to judge, whether the freedom of guilt and will are excluding or reducing factors for the accused. Now medical experts enter the court stage.

Together with the realisation of *Darwin's* theory of evolution the theory of degeneration developed in psychiatry. The further development of psychiatric nosology leads via *Kraepelin* to *Schneider*. They perform a differentiation of psychiatrically experienced results into a variety of nosologic unities and subunities. The method of description is symptomatological, psychopathological, phenomenological and descriptive. At the latest since *Virchow's* cellular-pathology medicine has been understood as natural science. Consequently, the psychiatric

* Lawyer

** Paper presented at the 9th World Congress of the World Psychiatric Association (WPA), Rio de Janeiro/Brazil, June 6—12, 1993

clinical term was reduced to be exclusively applied for pathological changes of the body (*Kurt Schneider* 1966). It is a characteristic of this clinical term to acknowledge as a psychic disease only the disorders originating in detectable or at least postulated organic processes. Merely those physically well-founded and endogenic psychoses are considered pathological which are presumed to be an organic process based on symptoms. In contrast to them there are those different in quality, not physically caused and therefore non-pathological disorders of neuroses, psychopathies and disturbances of the instinct, described by *Kurt Schneider* as varieties of human existence. So referred *Schmidts* (1980) to the obvious parallelism between the nosological system of the German classical psychiatry on the one hand and the definition of criminal responsibility as to the Criminal Code.

Analogous to the development of the theory of psychiatric pathology at the beginning of the 20th century there an extensive psycho-analytic criminological science developed striving for an understanding of the single delinquent. The basis of this science is an image of man drawn in *Freud's* work (see *Hessel* 1989). In this concept man is seen as evil by nature, and the evil is a potential of instincts stored in the subconscious (*Freud* 1915). In the ontogenesis of man the phylogenesis of mankind is repeated, everybody participates in the archaic heritage determined by the prime crime, incest and paricide (*Freud* 1912). Only awakening of the conscience from guilty conscience and repentance brought culture to early mankind in the form of tabus, laws, moral principles, religion and ethics. According to the 'psychogenetic basic law' the Oedipus complex is the ontological analogy and recapitulation of the prime crime (*Freud* 1912).

However, the process of cultivation is also embodied in the unconscious of mankind. In the sense of the principle of reality education is social adaptation. The civilized man remains a 'potential criminal', because he has got the aggressive criminal tendencies of instinct as natural disposition in common with the real criminal. In specific situations, e.g. psychic disinhibition, panic and others, the evil breaks up defensiveness and manifests itself in real offences or cultivation fails at all. The conception of a fundamentally anthropological evil in man transferred to criminal assessment means exculpation. Supposing that every human being is evil by nature and only the process of cultivation fails or the subliminally existent criminal potential erupts in certain situations of pressure, then the single person is not responsible for his criminal act.

Freedom, Guilt and Punishment as Abstraction

Criminal legislation is based on idealistic philosophical conceptions setting the possibility of freedom a priori. The vain formulas of positivistic standardization legitimized through transcendental thinking, however, demand — when applied to a single case — as compensation the picture of a genuine and concrete human being in his real relations and leave the concretization of this

picture to medicine and psychology. The indeterminism based on *Kant's* interpretation of crime (criminal thinking) corresponds to the medical-psychiatric determinism (endogeneity theory), as well as with the explicitness expressed 'biologistic' determinism of the psychoanalysis.

In any science of this kind the interdependency of human behaviour remains unconsidered at least in a group-dynamic sense, i.e. in the sense of mutual experience. In the theory of criminal law man becomes the delinquent, in criminal psychiatry he becomes the patient and in psycho-analytic criminology he becomes the victim of his instinct, though possibly treatable and treated. The absolute definition and use of the term 'freedom' causes social isolation and dependency for the person concerned, that is: the destiny of prison or mental asylum.

Dynamic Criminology

Dynamic criminology is the term for the understanding of criminology as deduced from *Günter Ammon's* dynamic psychiatry. Dynamic criminology has got an empiristic-realistically scientific approach and sees criminality as an expression of disturbed human functions. According to this an offence is, just like an orthodox psycho-analysis, a symptom or a symptomatic event within a relevant conflict situation. A crime is caused by increased demands for reality and identity. It causes the eruption of the deep narcissistic deficit of a delinquent; in a specific interaction with the genuine person of reference, with the victim, with the imaginary person of reference or with society in general, the offence compensates for the narcissistic deficit. The deficitary primary group dynamic is then scenically reactualized and thereby, through the offence, the individual concerned is protected from severe anxieties about isolation and destruction, as described by *Ammon* (1979) in his research on offences of children maltreatment. Thereby acting in principle manifests itself in a realistic and relevant group context.

That means, dynamic psychiatry is an approach understanding acting-out as an immediate expression of the interaction of man's human structure with his human functions in the relevant group. So dynamic criminology also represents a psychology of acting, other than the psycho-analysis, which is blamed for being able to explain motivation, however, not the step from motivation to criminal acting. This view of criminality has, of course, other consequences. The offender remains responsible for his offence. Responsibility is not taken away, as in the theory of psychoanalytic criminology. This responsibility takes over the place of the term 'guilt'. The meaning of dynamic criminology can profoundly be explained with the example of the borderline-criminality, as earlier described basing on *Günter Ammon's* borderline-concept (see *Hessel* 1989).

Finally, the change in the opinion on the origin of criminality and guilt can be summarized as follows: Criminality is not created through a failure in education or cultural efforts, however, it is the expression of disturbed human

functions. It is not based on the image of a human being with natural aggressive-criminal tendencies of instinct, but on the image of a human being without natural instincts developed as an individual in groups.

The criminal act is seen in group dynamic relations, understandable and explainable. As there is an empiristic-realistically scientific approach, research interest does not consequently point at the origin of a criminal action and the individual assignment of guilt, but rather than resulting from this, at questions of compensation — a compensation including the victim as well as the offender and society. This in return leads to the reestablishment of legal peace.

We confirm an expansion of the criminological research fields. There are strategies to be mentioned of the offender-victim-compensation; this way reconciliation between offender and victim is attempted. An essential research approach focuses on the treatment of the offender; for it are the offenders who often were victims of others in their early childhood and turned criminal because of later deformed human structures. So a treatment of offenders represents a compensation for them as a performance of society.

These research approaches again result in the next approach, namely to reimpose the solution of conflicts through abstract institutions like official courts, on more original models of conflict solution, that may be called 'Recommitment of society for conflicts'. Finally guilt is deprived of its labelling function as 'criminal culprit' in the philosophical legal sense or as 'a sick innocent person' in the medical and also in the psychoanalytical sense. Then guilt is not anymore the measure for punishment or non-punishment, but is regarded as a basis for the treatment of the offender. From our point of view, the offender is not retrieved from his responsibility for his offence. It becomes a concrete element and does not remain an abstract attribution.

Forensische Dynamische Psychiatrie

Thomas Hessel (München)

Kriminologie handelt von den Fragen nach dem Ursprung kriminellen Verhaltens und der gesellschaftlichen Reaktion darauf. Dabei sind insbesondere Schuld und kriminelle Verantwortung zentrale Begriffe. Die europäische Rechtstradition basiert in unserer heutigen Zeit auf der Kantschen Bestrafungstheorie, die dem Problem der Schuld eine ethische Komponente hinzufügt. Die Möglichkeit einer freien Entscheidung definiert den Menschen als soziales Wesen; antisoziales Verhalten negiert die freie Entscheidung. Sinn und Zweck von Bestrafung ist die Generalprävention, die Abschreckung der Allgemeinheit (*Feuerbach*) und die Spezialprävention (*Liszt*), die den einzelnen Täter in den Mittelpunkt stellt. Das Strafrecht geht vom Postulat der Willensfreiheit aus. Wer einen freien Willen besitzt ist schuldfähig und wird bestraft. Fehlt der freie Wille, ist die Schuldfähigkeit ausgeschlossen oder vermindert; es gibt

keine Bestrafung mehr, eine Behandlung wird angeordnet. In der Frage der Schuldfähigkeit treten nun die medizinischen Experten in den Gerichtssaal.

Bereits 1980 hat *Schmidts* auf die Parallelität zwischen nosologischer Systematik der deutschen Schulpsychiatrie einerseits und der Definition strafrechtlicher Verantwortlichkeit in der Fassung des Strafgesetzbuches andererseits hingewiesen. Seit Anfang des 20. Jahrhunderts hat sich nun im Bemühen um ein Verständnis des einzelnen Täters eine psychoanalytische Kriminologie entwickelt auf der Grundlage des *Freudschen* Menschenbildes. Darin wird der Mensch von Natur aus als böse angesehen, wobei das Böse ein im Unbewußten des Menschen gelagertes Triebpotential darstellt (*Freud* 1915). Durch die Wiederholung der Phylogenese in der Ontogenese hat jeder Mensch Anteil an dem archaischen Erbe von Verbrechen, Inzest und Vaternord. Der Ödipuskomplex stellt hierbei die ontogenetische Entsprechung und Rekapitulation des Urverbrechens dar (*Freud* 1912). Der Kulturmensch bleibt ein »potentieller Verbrecher«, weil er die aggressiv-kriminellen Triebtendenzen als Naturgrundlage mit dem wirklichen Verbrecher gemeinsam hat. Die Konzeption dieses grundsätzlich Bösen im Menschen bedeutet, übertragen auf den Bereich des Strafrechtes, Schuldbefreiung. Denn, wenn jeder Mensch von Natur aus böse ist und lediglich der Prozeß der Enkulturation mißglückt, dann ist der Einzelne strafrechtlich nicht verantwortlich zu machen für seine Tat.

Dynamische Kriminologie ist eine aus dem Verständnis der von *Günter Ammon* entwickelten Dynamischen Psychiatrie abgeleitete Kriminologie. Sie basiert auf dem Konzept der Humanstrukturologie. Eine kriminelle Handlung wird hierbei als gruppenspezifisches Geschehen verstanden, als Symptomgeschehen innerhalb einer aktuellen Konfliktsituation. Eine Straftat steht immer im Zusammenhang mit erhöhten Realitäts- und Identitätsanforderungen und bewahrt den Täter vor massiven Verlassenheits- und Vernichtungängsten. Mit der Tat wird sozusagen das narzißtische Defizit in der Persönlichkeitsstruktur (Humanstruktur) des Täters kompensiert. Auf einer anderen Ebene wird im Tatgeschehen die frühe Primärgruppendynamik des Täters reaktualisiert in dem realen aktuellen Gruppenkontext.

Die Dynamische Kriminologie stellt im Gegensatz zur orthodoxen psychoanalytischen Kriminologie eine Psychologie des Handelns dar. Der Täter bleibt verantwortlich für seine Tat; Verantwortung tritt an die Stelle des Schuldbegriffes. Das Forschungsinteresse einer Dynamischen Kriminologie richtet sich auf Fragen der Täter-Opfer-Dynamik, auf Fragen der Wiedergutmachung, die sowohl das Opfer, den Täter als auch die Gesellschaft miteinschließen. Desweiteren wird die Frage nach der Behandlung des Täters zur zentralen Thematik: denn gerade Täter waren in der eigenen Kindheit häufig selbst Opfer anderer, wie bereits 1979 von *Ammon* beschrieben. Die Behandlung des Täters stellt somit auch eine Wiedergutmachung an diesem als Gesellschaftsleistung dar. In diesem Sinne verliert die Frage nach der Schuld ihre Etikettierungsfunktion. Schuld bleibt nicht länger der Maßstab für die Bestrafung oder Nicht-Bestrafung, sondern wird als Anknüpfungspunkt gesehen für die Behandlung des Täters.

Literature

- Ammon, G.* (1979): Kindesmißhandlung (München: Kindler)
- Freud, S.* (1912): Totem und Tabu. Ges. Werke Bd. IX. (Frankfurt: Fischer)
- (1915): Zeitgemäßes über Krieg und Tod. Ges. Werke Bd. X. (Frankfurt: Fischer)
- Hessel, T.* (1989): Beurteilung der Schuldfähigkeit in Strafprozessen anhand des Borderline-Konzeptes von Günter Ammon. In: *Dyn. Psychiat.* (22) 330—342
- (1991): Colpa e criminologia psicoanalitica. In: Lambertino A. (Hrsg.): *Al di là del senso di colpa?* (Roma: Citta Nuova)
- Schmidts, R.* (1980): Psychodynamische Aspekte in der forensischen Psychiatrie. Vortrag gehalten auf dem XII. Internat. Symposium der DAP 11.—16.11.1980, Berlin

Address of the author:

Thomas Hessel, Rechtsanwalt
Arcisstraße 59
D 80799 München

Living Communities in the Spectrum of Treatment of Günter Ammon's Dynamic Psychiatry**

Gertraud Reitz (Munich)*

The living communities represent an integrated part of dynamic psychiatric treatment. They are based on the concept of the group and the person's identity, developed by Günter Ammon. The therapeutic living community is seen as a transitory situation enabling its members to find a life style of their own. Weekly group-dynamic sessions and milieu-therapeutic projects with all members intensify social life. The members are obliged to participate in an out-patient psychotherapy, held in a different therapeutic setting. In the author's opinion the therapeutic living communities can contribute to drop the hospital costs and to improve psychiatric aftercare by shortening in-patient treatment.

The living communities are part of the treatment spectrum of Dynamic Psychiatry ranging from prevention in the psychoanalytic kindergartens, over Balint groups — conceived for all professions occupied with human beings, group-dynamic groups, psychotherapeutic counselling centres, care in out-patient practices, up to the inpatient treatment in our Dynamic-Psychiatric Hospital Mengerschwai in Munich.

The object of the living communities is to search for and develop new ways and perspectives of life and to widen the treatment spectrum of Dynamic Psychiatry in terms of prevention of psychic diseases; furthermore, the living communities serve to intensify and to enlarge the out-patients' therapeutic situation including the aftercare following in-patient therapy. The living communities can be seen in a spectrum ranging from an intensive therapeutic care as practised in the »Hamburger Straße« over a community with self-government and group-dynamic care, as it is true for the living community called »La Casa«, to the »free living communities«, which call for a group-dynamic session on their own initiative, if there are arresting processes which cannot be solved by the group alone and which make living together difficult. In the following statements I always refer to the therapeutic living communities.

The term »therapeutic living communities« is a collective name in Germany covering a wide spectrum of possible offers of support. Generally speaking, the therapeutic living communities present an alternative to the Psychiatric Hospital and they are to counteract the injuries of hospitalism and peoples' gradually becoming isolated. Furthermore, it is the object of the therapeutic living communities of Dynamic Psychiatry to test new styles of life and then to find a life style of one's own (Reitz, Schibalski, Zohner 1985). They promote the relation of the group members among one another. Staying in a therapeutic living community is only a transient life situation, in which the strong

* Ph. D., Training Analyst at the Munich Training and Research Institute of the Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP)

** Paper presented at the 9th World Congress of the World Psychiatric Association (WPA), Rio de Janeiro/Brazil, June 6–12, 1993

sides of a human being's character and his/her constructive qualities can be displayed and developed. Arising difficulties and deficits are to be worked through.

In order to coordinate the activities, foundations and care for the dynamic psychiatric living communities, a non-profit-corporation was founded. This corporation signs leases with the owners of houses, employs colleagues, finances the institution, carries out negotiations with the authorities, draws up concepts and cares about all organizational matters. To have the people of the living communities participate in all activities of the corporation, it is desirable to be a member thereof. The groups living there elect representatives protecting their interests at the corporation's board of trustees. Care has again and again to be taken that the healthy and creative parts of the patients should be promoted and supported in every possible way.

The theoretical basis for the life in a living community is the group concept of *Günter Ammon* identifying man as a social being with a true need for identity, and according to *Ammon*, identity development means »that there is an interaction between the individual and the group.« At the border of conflicts between the individual and the group, there is identity growth (*Ammon* 1986). A group can either cause a human development to be healthy, or it can cause illness, or parts of a person to be arrested in development, resulting in the so-called deficits of the personality. In this context the exchange of social energy, which can either be constructive, destructive or deficitary, is of decisive importance. Social energy is the energy which is passed from one human being to another in terms of interest, affection, of making claims to a person and of arguing with one another. Social energy is of vital interest for the development of a child and finds expression in the personality structure of a human being. The interdependence of identity, group and social energy causes the »social energetic feedback-mechanism« as *Ammon* (1986) calls it. A clearly defined concept of man's nature and of human development which is derived from this concept, is necessary for the work in living communities.

This type of living community has been developed for those persons which upon dismissal from the hospital are not yet in a position to establish groups of their own; therefore, a group is placed at their disposal continuing the work of the hospital by developing and consolidating the thoughts and attitudes acquired in the therapy. The people living in these living communities therefore require an out-patient therapy situation, enabling them to work through transferences and anxieties of identity; on the other hand they require a milieu-therapeutic field at the place they are living. Here are of importance the level of reality and the level of relations, discussion and exchange with other group members of the living community. This situation of living can be considered to be a field of learning and acting, where unconscious conflicts become visible and where new ways of solution can be tried out. For this reason a basic prerequisite for the accommodation in a living community is on out-patient therapy, as well as a daily structure, as for example going to school or having an employment, and a secured financing (*Römischesch, Pressel, Stichel* 1990).

The team of caretakers consists of psychologists, social-pedagogues and honorary manpower being experienced in milieu-therapeutic work. This team regularly receives supervision. It should be composed so as to be able to set against the destructive and deficient personality structures, constructive and activating properties. For welfare work has, above all, the object of creating a constructive social-energetic, group-dynamic field in which living together is vivid and offers a pre-requisite for human development. To enable or promote this, there are the group-dynamic sessions. They take place once a week. To participate regularly at these sessions is obligatory. They have the aim of solving the patients' conflicts that prevent them from living together in harmony. Another object is coming to terms with the team of caretakers. Therapeutic requirements emerging again and again are included in the respective therapies. Therefore, cooperation with the therapists is necessary.

Regular milieu-therapeutic work in the group at a self-chosen project enables the people of the living community to bring in their knowledge and skills in a constructive way and to frame their own time. This work stimulates contact of the inmates among one another and counteracts existing work disturbances. Milieu-therapy takes place at least twice a month on weekends. Participation is obligatory, too. Besides the project work a further object of the milieu-therapy is the promotion and development of mental and cultural interests. This is frequently expressed by the people of the community, and they often initiate such things as a visit of the opera or theatre, bicycle-tours and excursions.

The principle of the milieu-therapy employed by us in the therapeutic living communities is based on the concept of *Günter Ammon* and was developed by him during his work at the Menninger Foundation (*Ammon* 1959). Today milieu-therapy is a central part of the treatment of the Dynamic-Psychiatric Hospital Mengerschwaige. Especially for patients with archaic ego diseases it is of vital importance. Whereas the Hospital as a whole establishes a milieu-therapeutic field, it is of great importance for the living communities that psychologists, social pedagogues and milieu-therapists closely work together with the psychotherapists of the single members to thus create an extended social energetic field.

Cooperation with the Dynamic-Psychiatric Hospital Mengerschwaige is very important. If a community member requires an in-patient treatment, because he shows symptoms of an acute crisis, his place in the living community will be kept free for him over several months, so that the relations formed there should be kept and he can return to his home environment.

Since the costs in the Public Health Sector have increased considerably in Germany, it is the intention of the politicians to drop the hospital costs. This makes itself felt by the fact that in-patient hospitalisation — especially in the of psychiatry — is shortened; therefore, if a patient requires a longer in-patient treatment, this cannot be carried through because the health insurances do not grant the necessary funds. Partial in-patient institutions, as for example half-

way houses, day and night hospitals, and out-patient institutions of supply, such as the therapeutic living communities, will play an ever increasing role in the preventive health care in Germany.

As a result the living communities of Dynamic Psychiatry working in accordance with the previously described concept, are an important factor in terms of prevention and aftercare. The living communities of Dynamic Psychiatry are not planned and conceived as lifelong living groups, but represent, however, an important step towards personality development within a given time. They are conceived to support the people living there in developing their own identity and in finding their own life-style.

Die Bedeutung der Wohngemeinschaften im Behandlungsspektrum der Dynamischen Psychiatrie Günter Ammons

Gertraud Reitz (München)

Wohngemeinschaften gehören zum Behandlungsspektrum der Dynamischen Psychiatrie, welches die Prävention psychischer Krankheiten ebenso umfaßt wie die Selbsterfahrung für sog. Gesunde und die ambulante oder stationäre Psychotherapie. Die Wohngemeinschaften dienen dabei der Suche und der Verwirklichung möglicher Formen menschlichen Zusammenlebens; sie beinhalten für die Bewohner entweder intensive therapeutische Unterstützung oder regelmäßige gruppenspezifische Betreuung oder nur gelegentliche Supervision. Bei allen therapeutischen Wohngemeinschaften innerhalb der Dynamischen Psychiatrie sind die Bewohner verpflichtet, begleitend an einer ambulanten Psychotherapie teilzunehmen. Theoretische Basis für das Leben in Wohngemeinschaften ist das Gruppen- und Identitätskonzept *Günter Ammons*, das menschliche Entwicklung zur Identität an sozialenergetischen Austausch in lebendigen Gruppen gebunden sieht.

Für die therapeutische Wohngemeinschaft im engeren Sinne besteht ein eigener Trägerverein, der alle organisatorischen Aufgaben übernimmt wie z.B. den Umgang mit Behörden oder die Einstellung der betreuenden Therapeuten. Die Interessen der Bewohner werden durch aus ihrer Mitte gewählte Beiräte beim Vorstand des Vereins vertreten. Die therapeutischen Wohngemeinschaften dienen der Nachsorge im Anschluß an eine stationäre Behandlung. Sie geben den Bewohnern, die noch nicht in der Lage sind, eigene Gruppen um sich zu bilden, die Möglichkeit, das in der Klinik erfahrene intensive Zusammenleben mit anderen Menschen auch nach ihrer Entlassung fortzusetzen und zu vertiefen. In Erweiterung der ambulanten Psychotherapie stellen die Wohngemeinschaften ein milieutherapeutisches Feld dar, in dem unbewußte Psychodynamiken im geschützten Rahmen inszeniert und auf der Ebene des realen Zusammenlebens bearbeitet werden können.

Neben der Teilnahme an einer ambulanten Psychotherapie sind weitere Voraussetzungen bei der Aufnahme in eine therapeutische Wohngemeinschaft eine gesicherte Finanzierung der Betreuung und eine feste Tagesstruktur wie der Besuch von Arbeit oder Schule. Die Tätigkeit der Betreuer — fest angestellte Psychologen und Sozialarbeiter ergänzt durch Honorarkräfte — zielt darauf ab, ein konstruktives sozialenergetisches Feld für ein entwicklungsförderndes Zusammenleben aufzubauen. Dafür finden einmal wöchentlich gruppendynamische Sitzungen zur Klärung von Konflikten der Bewohner untereinander und mit den Betreuern statt; zum anderen arbeitet die Gruppe an zwei Wochenenden im Monat an selbst gewählten Projekten entsprechend der psychoanalytischen Milieuthherapie. Wichtig ist außerdem die enge Zusammenarbeit der Wohngemeinschaftsbetreuer mit den jeweiligen Psychotherapeuten der Bewohner.

Angesichts der steigenden Kosten im Gesundheitswesen kommt nach Ansicht der Autorin den therapeutischen Wohngemeinschaften große Bedeutung zu, da sie die stationären Behandlungszeiten verkürzen können. Den Bewohnern können sie dazu verhelfen, im Zusammenleben mit anderen Menschen einen eigenen Lebensstil zu entwickeln. Therapeutische Wohngemeinschaften vermögen so dazu beizutragen, die psychiatrische Nachsorge zu verbessern.

Literature

- Ammon, G.* (1959): Theoretical Aspects of Milieu Therapy. Menn. School Psychiat., Topeka/Kansas
 — (1986): Der mehrdimensionale Mensch (München: Pinel)
Reitz, G.; Schibalski, W.; Zohner, C.: (1985): Freie und Therapeutische Wohngemeinschaften der Deutschen Akademie für Psychoanalyse. In: Wild und verschlafen, Jugend nach 1960 (Weingarten: Drumlin)
Römis, S.; Pressel, R.; Stichel, S. (1990): Möglichkeiten der Entwicklung für psychotisch reagierende Patienten in einer Therapeutischen Wohngemeinschaft. Vortrag gehalten auf dem 8. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatrie WADP / XXI. Internationalem Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 5.—8. Oktober 1990 an der Hochschule der Künste Berlin

Address of the author:

Dr. phil. Gertraud Reitz
 Arcisstraße 59
 D-80799 München

Prevention and Work with Parents in the Psychoanalytical Kindergarten***

Gertraud Reitz*, Dorothee Doldinger** (Munich)

The authors describe the way in which, in a psychoanalytical kindergarten, the preconditions can be created for the prevention of psychic and somatic illnesses and the healthy development of children. They relate essentially to the Dynamic Psychiatry of Günter Ammon's and to Gisela Ammon psychoanalytical pedagogics. The possibilities and boundaries of prevention are shown. The emphasis is to describe the work with the parents in the regular meetings of the parents. Special difficulties of working with the parents are also discussed, which can result from the concept of psychoanalytical pedagogics. The authors regard the psychoanalytical kindergarten as an enlargement of the primary group and explain its preventive effect with the concept of social energy of Günter Ammon showing an increase of the social energetic exchange processes between the participating groups and persons.

Prevention as a special task of Dynamic Psychiatry is formulated by *Günter Ammon* in the editorial of his own publication »Dynamic Psychiatry«. Modern Dynamic Psychiatry is not only a treatment-orientated discipline but has also a task for the healthy person and his family: it should be preventive, advisory and change-bringing to the whole society. One of its areas is the so-called preventive psychiatry« (*Ammon* 1968).

The Psychoanalytical Kindergarten offers a special field of research in the area of prevention. Here group processes can be observed directly. The relationship of the parents with each other becomes transparent, the way of behaving to the children is reflected in the groups of children and parents. We were able to observe psychogenetic, human structural and group dynamic processes directly and realize their effects. Therefore it is possible to prevent retardation and shortcomings in the development of the child, which is the special concern of the Psychoanalytical Kindergarten.

Without a concept in which the preconditions for healthy development in family and kindergarten are supported, therapeutic and pedagogic work is not possible. With *Ammon* we consider the human being as a group being. »Man is determined by this existence, he grows up in a group, he develops in a group, and in doing so he defines the groups in which he lives. He has a genuine need to realize himself in life, in work and in his actions.« (*Ammon* 1982). In order to form a group it is essential that there is a central figure around which discussions can develop and who represents the goals of the group, so that the group is capable of following this goal. According to the personalities of the group members, the structure of the group is moulded. In this way the

* Ph. D., Training Analyst at the Munich Training and Research Institute of the Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP)

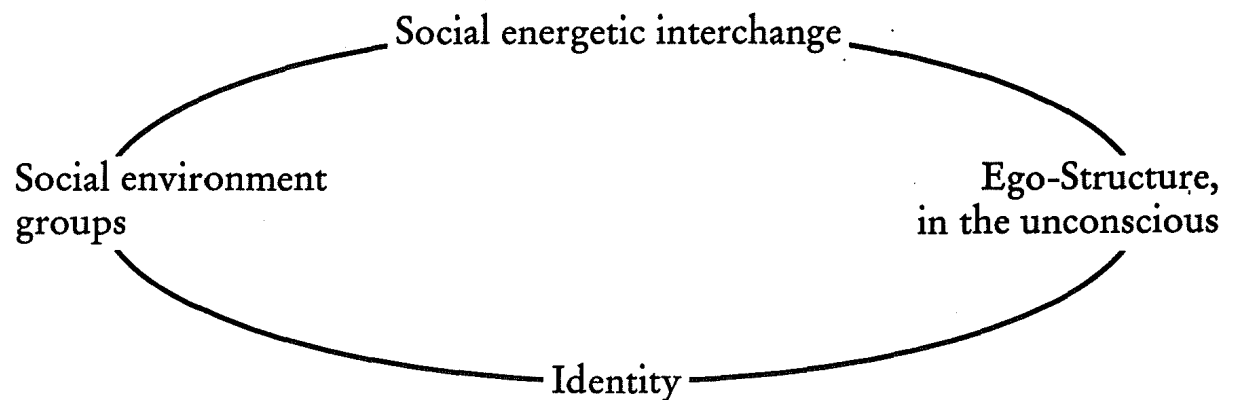
** M.D., Pediatrician, President of the Deutsche Gruppenpsychotherapeutische Gesellschaft (DGG)

*** Paper presented at the 9th World Congress of the World Psychiatric Association (WAP), Rio de Janeiro/Brazil, June 6–12, 1993

group can be seen as constructive, that is, supportive of life and development, which allows a flexible handling of the unconscious. Mental health is described by *Ammon* (1982) as a synergistic relationship between conscious and unconscious. A group can facilitate a healthy development or an unhealthy development, or aspects of the personality are inhibited in their development so that so-called deficits are formed in the personality. The impulse for it is the interchange of social energy which can be constructive, destructive or deficient.

Social energy is the energy which people give to each other in the form of interest, attachment, support and criticism. It is crucial for the development of the child and is reflected in the personality structure of that person. »In the first life-group the group dynamics form a social energetic field for the child, whose ego structure develops accordingly. The ego structure as a whole, on the ground on which it has grown, with its potential future perspectives, defines the identity of the child and is directive for its further development through all his life« (*Ammon* 1982).

The interdependence of identity, group, and social energy forms the social diagram as described by *Ammon*:



Using examples from the daily work at the kindergarten, we have tried to show how this constructive social energetic field can be brought about (*Reitz, Doldinger* 1993).

The Concept of the Psychoanalytical Kindergarten of the German Group Psychotherapeutic Association (DGG)

The psychoanalytical kindergartens of the DGG are based on the findings of the psychoanalytic pedagogics which since the time of *Freud* belong to the realms of psychoanalysis. *Anna Freud*, the pioneer in this field already used this in the 1920's. She held courses for social-workers and kindergarten teachers in Vienna. In her book »Psychoanalysis for Teachers and Educators«, published in 1929, she demanded that all teachers should learn to appreciate and deal with their own conflicts before they begin pedagogic work.

In the 1930's *Nelly Wolfheim* led a psychoanalytically oriented kindergarten in Berlin, where she offered courses for kindergarten nurses and parents. *Nelly*

Wolfheim also saw disturbed behaviour in a child, one cause being the mental problems of parents and educators. Therefore she demanded a psychoanalytic training of the educators, if possible. *Siegfried Bernfeld* and *August Aichhorn* made similar demands.

In the fascist years these significant beginnings in Germany were lost. Firstly because they were forbidden and secondly because many of these educators and psychoanalysts were forced to emigrate to England and the USA:

In 1968 *Gisela Ammon* picked up the concept of psychoanalytic pedagogics again as an alternative to the traditional kindergarten and the anti-authoritarian child-rearing movement, where the emphasis was laid on the healthy development of the child on the one hand and on the prevention of mental and physical illnesses on the other hand. The preventive moment in the psychoanalytical kindergartens lies in the early recognition of deficient or destructive development, which, with the help of the kindergarten and parents group can be worked on — in terms of the early rectification of personality development.

The development of a child is not determined but is »an interpersonal, creative and social energetic process of interchange« (*Ammon* 1986). Development means growth and expansion of human structures, not only the primary neurophysiological structures, but also the central unconscious and secondary structures, of behavior and capabilities which together build the identity of a person.

This dynamic is specific to each family, either in a constructive, destructive or deficient manner. Their relationships of the family members and the experiences the child makes in its family form the human functions of the child and therefore its identity. With this internalized family dynamics the child enters the kindergarten which is the second group of its life.

The group experience in the kindergarten is of great importance for the further growth of the child's personality, and extends the possibilities of the child's experience beyond the framework of his family. The groups of parents, which correspond to the respective groups of children are the centre of our work. At the meetings with the group of parents all the informations from the different group dynamic fields flow together and are reflected. At this stage of the 20 years work of the Psychoanalytical Kindergarten, five levels can be identified, which *Gisela Ammon* has described with her co-workers as follows (1979):

- a) The level of reality and the social environment of the family,
- b) the level of direct help with upbringing,
- c) the Balint-group level oriented towards the child,
- d) the group dynamic level »here and now«,
- e) the therapeutic level.

These five levels are simultaneously present in the process of the parent group. A high level of understanding of unconscious processes particularly dealing with transference and counter-transference, and an understanding of

separation processes is particularly demanded from the parent group leaders. The specific dynamics of a family group are reflected in the »here and now« of the kindergarten situation and in this way can be made accessible to an understanding and can be worked through. If conflicts between parents can be solved, the children get free from beginning symptoms. It is evident from what has been said up to now that the educators need a special training and supervision for their work in Psychoanalytic Kindergarten.

As a rule, supervision is carried out under the direction of a psychoanalyst who, as a matter of course, is also trained in psychoanalytical pedagogics and group dynamics. In the supervision group which takes place once a week, all educators, assistants and staff members of the kindergarten come together. They work on the basis of Balint-work extended by the dimension of group dynamics and social energy. In this group all members can talk about their work and their problems with the children, the parents or other staff members. Unconscious processes and dynamics such as transference and counter-transference are made conscious and are worked through, if they remain unrecognized, they handicap the work in the kindergarten. The needs of the children can only be understood by people who themselves live and work in an understanding environment.

The entire group dynamic setting of the kindergarten is integrated via the group dynamic supervisory group of psychoanalysts and psychoanalytic trainees in the Educational and Research Institute of the German Academy for Psychoanalysis (DAP), which represents a further extension of the social energetic field. As a rule, in this group the leaders of the group of parents, the supervisors of the educator group and the educators in advanced training are present. This supervisory group works according to the principles of a Balint-group, with processes of reflection, transference and counter-transference and with the phenomenon of resistance. It helps the group leaders to realize and possibly solve conflicts of rivalry and actual human overstrain.

Possibilities and Limits of Preventive Working

Every theoretical concept is as good as man is able to transpose it into practice. In order to find out whether the particular intent of preventive work in our kindergarten has been experienced and understood by parents, children and educators, we have developed a questionnaire for the parents. In this questionnaire we proceed on some basic assumptions, to each of which we put specific questions. In addition reports of the group of parents and of the supervised group of the kindergarten staff are evaluated. Further direct observation of the groups of children and parents, written reports of the educators as well as video records of the groups of children are employed. In addition the development of a child is described which came to the kindergarten with strong anxieties of contact, depressive irritations and speech disorders (Reitz, Doldinger 1993).

Our investigations are based on the following assumptions:

Assumption A: The Psychoanalytical Kindergarten provides for space in which the family can extend and change their group boundaries.

Assumption B: Working in the Psychoanalytical Kindergarten, particularly working with the parents, allows for prevention and avoidance of psychic and physical disease with regard to children and parents.

Assumption C: The Psychoanalytic Kindergarten offers parents, children and staff members the opportunity to learn and practice group ability.

Assumption D: By working in the various group dynamic social energetic fields (groups of children, parents, educators and the supervisory group of the institute), the dynamics of the individual members of the primary group is reflected and can be worked through.

Assumption E: For unassisted child-rearing mothers, who constitute 43% of our kindergarten, the Psychoanalytic Kindergarten is of particular relevance with regard to the 4 assumptions just mentioned.

The results, which confirm our assumptions and which have been presented in detail in a previous paper (Reitz, Doldinger 1993), had shown that despite all limitations and problems which now and then appear in the Psychoanalytical Kindergarten, it nevertheless had essentially contributed to provide for a creative field for children, parents and staff members.

Precondition for such a field is curiosity, the healthy »ad gredi« of all persons involved. Precondition for this is also the fact that social energetic interchange can take place between the groups involved, as there are the family, the groups of children, parents and educators and the supervisory group at the Training and Research Institute of the German Academy for Psychoanalysis (DAP).

Prävention und Elternarbeit im Psychoanalytischen Kindergarten

Gertraud Reitz, Dorothee Doldinger (München)

Der Psychoanalytische Kindergarten bietet ein besonderes Feld für den Bereich der Prävention. Er wurde 1968 von *Gisela Ammon* gegründet, basierend auf dem Konzept der psychoanalytischen Pädagogik *Anna Freuds* einerseits und dem Konzept der Dynamischen Psychiatrie *Günter Ammons* andererseits. Ein wichtiger Aspekt der Arbeit des Psychoanalytischen Kindergartens ist die Prävention körperlicher und seelischer Erkrankung und die Ermöglichung einer gesunden Entwicklung des Kindes. Die Konzeption des Kindergartens stellt dafür optimale Bedingungen zur Verfügung. Vom Standpunkt der Dynamischen Psychiatrie ist kindliche Entwicklung genauso abhängig von interpersonellen, kreativen und sozialenergetischen Prozessen wie menschliches Sein überhaupt. Entwicklung bedeutet eine zunehmende Differenzierung von Humanfunktionen und die Integration derselben. Diese Ent-

wicklung hat ihren Ursprung in der Primärgruppe, die konstruktive, destruktive oder defizitäre Dynamiken aufweisen kann und die das Kind internalisiert. Für die meisten Kinder ist die Kindergruppe des Kindergartens die zweite wichtige Gruppe in ihrem Leben.

Der Psychoanalytische Kindergarten ist wie folgt organisiert: die Gruppe der Eltern entspricht der jeweiligen Kindergruppe und trifft sich regelmäßig zum Elternabend. Geleitet wird die Elterngruppe von einem Gruppendynamiker oder Psychoanalytiker des Lehr- und Forschungsinstitutes der DAP. Er muß einen hohen Grad an Sensibilität für unbewußte Prozesse entwickeln, da in einer Elterngruppe fünf verschiedene Ebenen unterschieden werden, die jederzeit präsent sind. Es handelt sich um die Realitätsebene, die Ebene der direkten Erziehungshilfe, der Balintebene am Kind orientiert, der gruppendynamischen Ebene im Hier und Jetzt und der therapeutischen Ebene. Die Erzieher brauchen ebenso eine kontinuierliche Supervision ihrer Arbeit im Kindergarten. Die Leiter der Supervision und der Elterngruppen sind Mitglieder der gruppendynamischen Kontrollgruppe des Lehr- und Forschungsinstitutes der DAP, wodurch die Möglichkeit einer Integration des gesamten gruppendynamischen Geflechtes des Kindergartens gegeben ist. Das bedeutet eine Erweiterung des sozialenergetischen Feldes über den Kindergarten hinaus. Gruppenübergreifende sozialenergetische Austauschprozesse ermöglichen eine weitgehend gesunde Entwicklung und sind verantwortlich für die Prävention körperlicher und seelischer Krankheiten. Eine Schwierigkeit des Konzeptes besteht darin, daß während der Arbeit mit den Eltern therapeutische Wünsche ausgelöst werden. Da jedoch nach dem Konzept die Grenzen einer therapeutischen Gruppe nicht gegeben sind, werden gelegentlich unbewußte Prozesse, die deshalb nicht genügend bearbeitet werden können, ausagiert.

Die Autoren überprüften in einer Untersuchung, ob der Kindergarten die Grenzen der Familiengruppe verändern und auf diesem Wege prophylaktische Arbeit leisten kann (Reitz, Doldinger 1993). Sie konnten zeigen, daß bei allen Schwierigkeiten und Grenzen der Arbeit durch den psychoanalytischen Kindergarten ein wesentlicher Beitrag geleistet werden kann, den Kindern, Eltern und Mitarbeitern »ein kreatives Feld zur Verfügung zu stellen.«

Literature

- Aichborn, A. (1957): Verwaehrte Jugend. 4. Aufl. (Stuttgart, Bern, Wien: Hans Huber)
- Ammon, Günter (1968/69): Dynamische Psychiatrie. In: Dyn. Psychiat. (1/2) 6–18
- (Hrsg.) (1979): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 1 (München: Ernst Reinhardt)
- (Hrsg.) (1982): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 2 (München: Ernst Reinhardt)
- (1986): Der mehrdimensionale Mensch (München: Pöhl)
- Ammon, Gisela: (Hrsg.) (1973): Psychoanalytische Pädagogik (Hamburg: Hoffmann & Campe)
- (1976a): Gruppendynamik und Selbsterfahrung im Kindergarten. In: Ammon, Günter (Hrsg.): Analytische Gruppendynamik (Hamburg: Hoffmann & Campe)
- (1979b): Psychoanalytische Kindergärten und Psychoanalytische Pädagogik. In: Ammon, Günter (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 1 (München: Ernst Reinhardt)

- (1981): Präventive Kindergartenarbeit — Zur Diagnostik schizophrener machender Aspekte in Familiengruppen. In: *Dyn. Psychiat.* (14) 163—178
- Bernfeld, S.* (1971): Antiautoritäre Erziehung und Psychoanalyse. In: *v. Werder, L.; Wolff, R.* (Hrsg.): *Ausgewählte Schriften*, Bd. 1—3 (Frankfurt/Main: März)
- Freud, Anna* (1971): *Psychoanalyse für Pädagogen* (Bern, Stuttgart, Wien: Hans Huber)
- Peters, U.H.* (1979): *Ein Leben für das Kind* (München: Kindler)
- Reitz, G.; Doldinger, D.* (1993): Prävention und Elternarbeit im Psychoanalytischen Kindergarten. In: *Dyn. Psychiat.* (26) 108—128
- Reitz, G.; Hessel, T.* (1990): Das Konzept der Familientherapie in der Dynamischen Psychiatrie Günter Ammons. In: *Dyn. Psychiat.* (24) 160—175
- Wolffheim, N.* (1975): *Psychoanalyse und Kinder* (München: Kindler)

Addresses of the authors:

Dr. phil. Gertraud Reitz
Arcisstraße 59
D-80799 München

Dr. med. Dorothee Doldinger
Barerstraße 62
D-80799 München

Kinderzeichnungen und Symbolsprache in der fokalen kinderzentrierten Familientherapie – »Die Familie als Hölle«**

Györgyi Körmendy (Budapest)*

Die Autorin, die in Ungarn ihre Konzeption der fokalen kinderzentrierten Familientherapie entwickelte, stellt in der vorliegenden Arbeit anhand der Kasuistik eines vierzehnjährigen, suizidgefährdeten Jungen und seiner Familie die Bedeutung der kindlichen Symbolsprache, ausgehend vom Test »Die verzauberte Familie«, dar. Als wesentlich für die fokale kinderzentrierte Behandlung betont sie die flexible therapeutische Arbeit mit mehreren Familienmitgliedern, wobei sie psychoanalytische Theorieelemente und Ammons erweiterte gruppendynamische und humanstrukturelle Behandlungskonzeption in ihre Methodik integriert. Nach Ammon versteht sie das Symptomverhalten des Kindes als Ausdruck einer gestörten, destruktiven Familiendynamik und folgert daraus, daß die Familie in ihrer Gesamtheit in die Behandlung einbezogen werden muß. Im geschilderten Fallbeispiel ist der Wendepunkt in der Kindertherapie ein Besuch des Therapeuten in der Familienwohnung, wodurch ödipale und symbiotische Aspekte des Konflikts aufgedeckt und bearbeitet werden können.

Wie ich schon in einer früher erschienenen Studie dargestellt habe (Körmendy 1989) besteht das Wesen der Methodik einer intensiven fokalen kinderbezogenen Familientherapie darin, die kindliche Symbolsprache zu verstehen. Das Kind kann den Familienkonflikt durch Symbole viel besser ausdrücken, als es die Erwachsenen mit Worten könnten. Die symbolischen Mitteilungen von Kindern zeigen einen einzigartigen Weg auf, um das familiäre Unbewußte zu erkennen. Im Zusammenleben einer Familie gibt es Mythen und Geheimnisse, häufig auch Wahnsysteme, welche eine freie und authentische Kommunikation verhindern. (Richter 1970).

Die Zeichnungen von Kindern, vor allem die Zeichnungen der Familie, haben einen ganz besonderen kommunikativen Wert. Die Familienzeichnungen in Form der »verzauberten Familie« wurde von Kos und Biermann (1973) als Test erarbeitet. Mit Hilfe dieses Tests kann man nicht nur die familiären Verhältnisse diagnostisch erfassen, sondern auch unmittelbar die Therapie beginnen und durchführen. Die Autoren dieses Tests weisen darauf hin, daß das Kind in den Zeichnungen entweder eigene Konflikte oder die Familienkonflikte symbolisiert. Ammon (1979) machte deutlich, daß »das anscheinend rein Intrapsychische unmittelbar Ausdruck der Interpersonalität ist«. Meinen Beobachtungen nach ist das aber erst ab der Pubertät so. Kleinere Kinder zeigen die Familiendynamik ohne daß sie integrierter Bestandteil ihrer Persönlichkeit geworden ist. Daher rührt vermutlich die scharfe Sichtweise, die wir in diesen Zeichnungen vorfinden. Die Verinnerlichung familiärer Dynamik beginnt erst in der Pubertät, wenn

* Dr. phil., Psychotherapeutin und klinische Kinderpsychologin

** Vortrag gehalten auf dem 8. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP / XXI. Internationales Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 5.-8. Oktober 1990 in der Hochschule der Künste, Berlin

auch die Abwehrmechanismen gegenüber der Familiendynamik wirksamer werden. Die Verinnerlichung selbst bedeutet also eine Wende im Seelenleben. Wenn die Familiendynamik defizitär oder destruktiv ist oder die Abwehr – wegen des Fehlens von positiven Beziehungen zu anderen Gruppen – nicht gelingt, können schwere Krisenzustände auftreten. Unser Patient, der 14-jährige Andreas kam in einem solchen Krisenzustand zu uns.

Andreas zeichnete im Test der »verzauberten Familie« (*Kos und Biermann* 1973) seine Eltern, seine Großeltern und sich selbst – Mitglieder einer sogenannten »guten Familie« – als Teufel aus der Hölle, während er in seinen Träumen, im Gedankenablauf (*Fast* 1979), im Sprechen und in seinen Bewegungen vollkommen gehemmt war und sich nur mit Selbstmordgedanken beschäftigte. Immer wieder floh er von Zuhause, weil er bei seinen Eltern nur panische Angst empfand.

Freud weist in der »Traumdeutung« auf die Alpträume eines Kindes in der Pubertät hin, deren Inhalt Teufelsgestalten waren und die er als Ausdruck von Masturbationsphantasien und deren Abwehr beim Erscheinen des Ödipus-Komplexes in der Pubertät verstand. Der ungarischen Psychoanalytiker *Vikar* (1980) stellt fest, daß diese Problematik jungen Menschen eigen ist, wenn sich die ödipale Problematik nur auf die eigene Person bezieht. Der Fall von Andreas zeigt uns, daß der Ödipus-Komplex in engem Zusammenhang mit dem Symbiosekomplex steht und daß dahinter eine destruktive Familiendynamik aufgedeckt werden kann (*Ammon* 1979). In diesem Fall wurde nicht nur in einer therapeutischen Praxis mit der Familie gearbeitet, sondern der therapeutische Raum ausgeweitet auf das Zuhause der Familie. Dadurch konnten wir nicht nur unserem Patienten sondern gleichzeitig der ganzen Familie helfen.

Die Abschnitte der Behandlung des 14-jährigen Andreas

1. Die Großmutter suchte den therapeutischen Kontakt. Sie erzählte verzweifelt:

Großmutter: Mein Enkel, Andreas, besucht jetzt die erste Klasse einer Fachmittelschule. In der achtklassigen Grundschule lernte er gut, ohne irgendein Problem. Jetzt wurden seine Schulergebnisse plötzlich schlecht, er selbst war im Verhalten, im Sprechen und in den Bewegungen voller Hemmungen. Er veränderte sich in allem. Zu Hause macht er jetzt nichts, er sitzt nur traurig da. Jeden Tag, vor allem in den Abendstunden bekommt er Angstanfälle. Deswegen muß er weglaufen und fliehen. Er kommt immer zu uns – die Entfernung der zwei Wohnungen macht zwei Straßenbahnhaltstellen aus – und er kann auch nur bei uns einschlafen. Wir haben eine ganz kleine Zweizimmerwohnung. Im kleineren Zimmer schlafe ich. Wenn Andreas kommt, schläft er auch dort. Wir sind vollkommen überlastet. Der Fernseher steht im größeren Zimmer, aber man kann nicht fernsehen, weil das Kind das nicht erträgt. Wenn er den Ton des Fernsehers hört, gerät er

in Panik. Die Eltern sind an allem schuld, hauptsächlich sein Vater, mein Sohn. Leider habe ich ihn erzogen. Er ist sehr streng zu seinem Sohn, und beide Eltern kümmern sich nicht genug um das Kind. Die Eltern sind sehr beschäftigt. Mein Sohn ist 37 Jahre alt und Maschinenbautechniker, meine Schwiegertochter ist 35 Jahre alt und Kontrolleurin bei einem Unternehmen. Ich bitte Sie, sie als Eltern zu rügen. Glauben Sie mir, daß es für die jungen Leute richtig wäre. Leider werden sie nicht zu Ihnen kommen, wenn sie, besonders mein Sohn, hören, daß in der Erziehung des Sohnes etwas nicht stimmt.

Therapeut: Ich kann mich mit dem Kind nur dann beschäftigen, wenn die Eltern mit mir Kontakt aufnehmen.

2. Nach einer Woche meldete sich die Mutter und kam mit ihrem Sohn in meine Praxis.

Mutter: Ich habe ungefähr seit einem halben Jahr Schwierigkeiten mit meinem Kind. Bisher war er ein braves Kind, ohne Probleme. In der Grundschule lernte er gut, er hatte Schulkameraden, die Lehrer waren zufrieden mit ihm. Er war fleißig und nahm auch verschiedene Sonderaufgaben auf sich. Jetzt hat er keinen Freund, manchmal spielt er mit einem achtjährigen Kind aus dem Hause. Abends kann er nicht einschlafen, plötzlich, als hätte man ihn erschreckt, wird er blaß, dann beginnt er hin und her zu laufen, sofort danach nimmt er seine Schultasche, die Bücher und Hefte für den folgenden Tag und läuft zu den Großeltern. Wenn er zufällig zu Hause bleibt, schläft er sehr schlecht ein und am Morgen klagt er über schlechte Träume.

Der Junge sitzt währenddessen bewegungslos und mit gesenktem Kopf da. Auch sein Gesicht ist ohne Mimik. Auf die Fragen des Therapeuten antwortet er mit zwei-drei Worten:

Kind: Bei Oma ist es gut. – Dort werde ich ruhig. – Ich habe schlechte Träume.

Der Therapeut bittet ihn jetzt, die Familie zu zeichnen. Er macht das gerne.

Therapeut: Es ist gut, Andreas. Jetzt sollst Du Dir vorstellen, daß ein Zauberer kommt und die ganze Familie verzaubert. Du sollst Deine Familie im verzauberten Zustand zeichnen.

Während das Kind zeichnet, befragt der Therapeut im Nachbarzimmer die Mutter über die Verhältnisse innerhalb der Familie.

Mutter: Wir arbeiten sehr viel. Mein Mann kommt immer sehr spät nach Hause. Er hat auch verschiedene zusätzliche Arbeiten auf sich genommen. Ich fühle mich in der Hausarbeit vollkommen mir selbst überlassen. Wir haben einen kleinen Schrebergarten. an freien Tagen besuchen wir diesen Garten. Anderes unternehmen wir sehr selten, eventuell Zusammenkünfte zu Geburts- und Namenstagen mit einigen guten Bekannten. Meine Eltern haben mich so erzogen, daß die Arbeit und der Fleiß das Wichtigste seien, nur so könne man vorwärtskommen. Wir schufteten uns ab, seit wir zusammen sind. Jetzt haben wir im Schrebergarten auch ein kleines Haus. Auch

das Kind wurde von mir nur bis zum siebten Lebensmonat gestillt, danach gab ich es zu den Großeltern, wo er bis zum dritten Jahr erzogen wurde, ich nahm ihn nur an den Wochenenden nach Hause. Dann konnte ich ihn schon in den Kindergarten geben. Es kam auch später vor, daß Andreas bei meiner Schwiegermutter schlief, aber was jetzt geschieht, ist etwas vollständig Neues. Jetzt kann er nur noch bei den Großeltern schlafen. Es ist auch vollkommen verständlich, daß er vor dem Fernseher Angst hat, wenn dieser eingeschaltet wird, bekommt er sofort eine panische Angst.

Die Zeichnung von Andreas ist fertig.

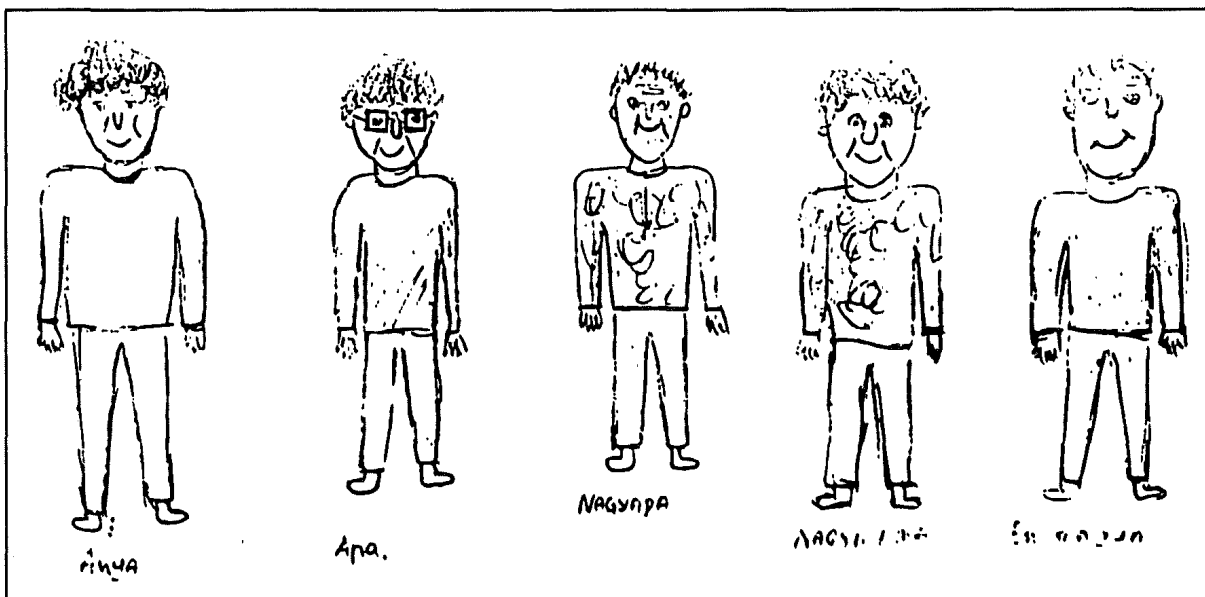


Abb. 1: Die Zeichnung der Familie von Andreas, 14 Jahre alt. V.l.n.r. Mutter - Vater - Großvater - Großmutter - Patient

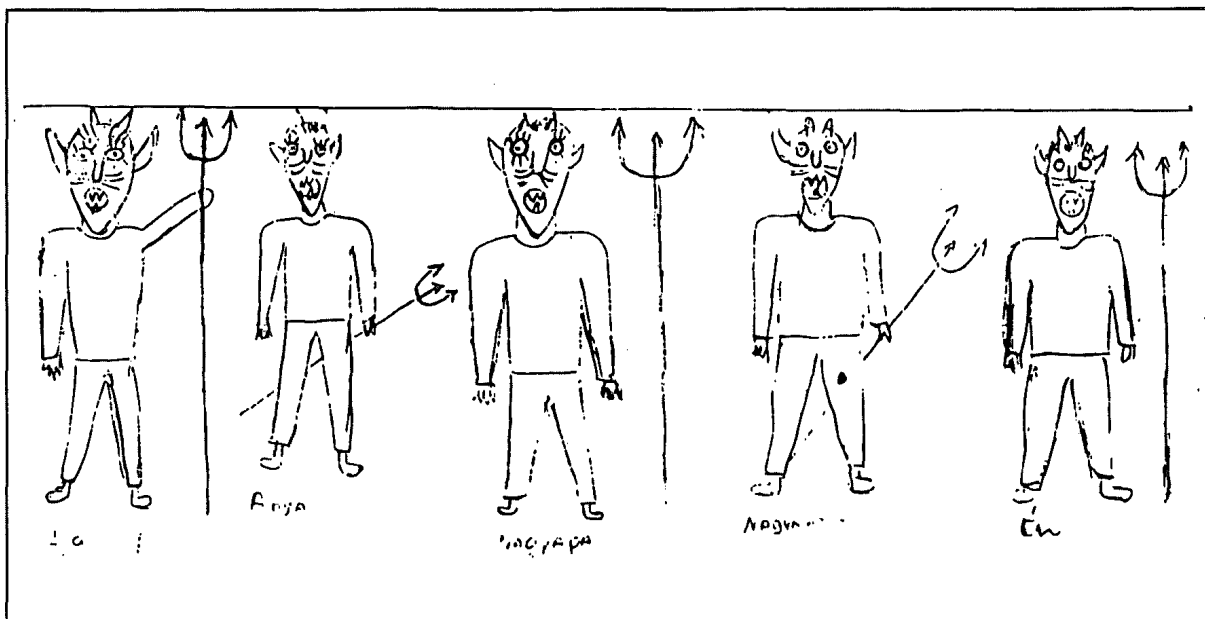


Abb. 2: Die Zeichnung der »verzauberten Familie« von Andreas, 14 Jahre alt. V.l.n.r. Vater - Mutter - Großvater - Großmutter - Patient

Therapeut: Du hast eine merkwürdige und interessante Zeichnung gemacht. Aber warum sind alle zum Teufel geworden?

Kind: Weil der Zauberer sie verzaubert hat.

Therapeut: Und sind das vielleicht Märchenfiguren, oder aus der Literatur, oder solche, die in der Hölle wohnen?

Kind: Sie sind echte Teufel aus der Hölle.

Die einfache Familienzeichnung ist noch diszipliniert und anständig, aber in der Darstellung der verzauberten Familie ist die Hölle los. Die Zeichnung ist erschreckend. Die Reihenfolge verändert sich, der Vater steht vorne, es scheint, er ist das wichtigste Objekt der Angst. Sonst sind die Figuren gleichförmig, nur in der Stellung der Eisengabel zeigen sie Eigentümlichkeiten. Die Gabel des Vaters ist ziemlich groß und befindet sich im »kampfbereiten Zustand«. Die Gabel der Mutter und der Großmutter sind in Ruhe, die zwei Gabeln, die zum Großvater und zum Kind gehören, sind bloße Symbole, sie stehen neben ihnen.

Das Bild zeigt uns, wie sich die Identität unseres Patienten im aggressiven und gefangenhaltenden Milieu der Familie auflöst. Auch die sich aus dem Identitätsverlust ergebende Angst wird vom Kind auf die Familie projiziert: Alle sind Teufel aus der Hölle. Auch die Gegenaggression der Familie ist in der Gabelsymbolik ausgedrückt. Zuletzt sieht man die Introjektion der Aggression in sich selbst, denn auch er ist zum Teufel geworden.

Das ist die Konstellation der »Identifizierung mit dem Angreifer« (*Anna Freud* 1984), wo die Introjektion und die Projektion gleichzeitig wirken, und aus der es, wie aus der Hölle, keinen Ausweg gibt. Als einzige Möglichkeit bleibt die Regression zum Kleinkindzustand, wo das Baby noch die sorglose Ruhe genießen kann – im Schoße der Großmutter. Dieser Anspruch wird aber immer wieder frustriert, wodurch auch die Angst immer größer wird. Auf die Angst kommt aus der Außenwelt nur eine Antwort, nämlich immer mehr gesteigerte Aggression in Form der negativen Wertung der Eltern, der schlechten Zensuren in der Schule und der offenen Ablehnung durch die Großmutter. Die Kontakte in der Familie sind abgebrochen – auch die Mutter beschäftigt sich nur mit ihren eigenen Pflichten – der Junge hat keinen Freund, mit dem er sprechen kann, die Suizidgefahr ist direkt und real.

Das Ziel der Therapie ist es, die im Fokus stehende Abwehr des Patienten durch »Zähmen« des Angreifers zu lösen. Das bedeutet, daß sich das Kind aus der familiären Symbiose befreien muß und gleichzeitig aus der ödipalen Konstellation austritt. Dann kann sich ein Zustand entwickeln, den ich »Zugehörigkeit« – eine zentrale Ich-Funktion – nenne, in dem das Kind ein von der Familie akzeptiertes »gutes« Kind werden und gleichzeitig zum Erwachsenwerden genügend Unterstützung erhalten kann.

Therapeut: Ich denke, daß die ganze Familie von Andreas an der Therapie beteiligt sein sollte. – Das Problem von Andreas ist allen bekannt.

Mutter: Ja, ich werde mit den anderen sprechen.

3. Ein Telefonanruf

Mutter: Mein Mann und mein Schwiegervater wollen nicht kommen. Mein Schwiegervater sagt, er kenne das Kind gut, er habe mit ihm über die Probleme im Pubertätsalter gesprochen und er sei sich sicher, daß das Kind von selbst in Ordnung kommen wird.

Damit hörte die Kommunikation mit der Familie zuerst einmal für fünf Wochen auf. In der Zeit hat der Therapeut den Großvater angerufen, wie er den Zustand von Andreas sehe. Der Großvater sagte, er habe wegen des Kindes keine Angst.

4. Nach fünf Wochen rief mich die Mutter an und teilte mir mit gedämpfter Stimme mit:

Mutter: Stellen Sie sich vor, wir sind in großer Sorge. Mein Sohn will Selbstmord begehen. Er sagt immer: Ich werde mich umbringen. Manchmal sagt er ein bißchen mehr: Wenn meine Angstanfälle bleiben, kann ich nicht weiterleben.

Therapeut: Er sagt schon ein bißchen mehr? Das ist ein gutes Zeichen! Bevor ich die Therapie fortsetze, bitte ich Sie, das Kind zu einem Kinderpsychiater, der auch Fachmann für EEG ist, zu bringen.

Man mußte die Mutter beruhigen, um dem Panikzustand in der Familie abzuhelfen. Der ärztliche Befund war vollkommen negativ. Der Junge bekam beruhigende Medikamente.

5. Der Vater, die Mutter und der Junge kamen zur Therapiesitzung. Das Schweigen wurde durch die Klage der Mutter gebrochen.

Mutter: Unsere Sorge ist, daß mein Sohn nicht fleißig lernt. Er hat hauptsächlich in Physik Schwierigkeiten. Ich habe einen Lehrer aus einer anderen Schule gebeten, Andreas private Stunden zu geben, aber das Problem ist, daß er die Stunden nicht besucht.

Der Junge fällt der Mutter ins Wort.

Kind: Ja, weshalb muß ich in eine andere Schule gehen, wo mich der Portier aufhält und fragt, wohin ich gehe? Mutti, weißt du nicht, daß ein Kind in eine fremde Schule nicht ohne Weiteres eingelassen wird?

Therapeut: Man sollte den Jungen beim ersten Mal vielleicht begleiten.

Die Mutter wird steif und zieht sich innerlich zurück.

Mutter: Ich muß in diesen Mittagsstunden arbeiten. Es reicht schon, daß ich die Lehrstunde bereits bezahlt hatte. Es ist ganz überflüssig, ihn zu begleiten.

Therapeut: Und die Großmutter?

Mutter: Glauben Sie mir, er kann auch allein gehen. Überhaupt ist dieses Theater von ihm schon schrecklich genug. Neulich abends entschloß er sich kurzerhand und lief zu den Großeltern. Das Schlimmste daran ist, daß er schon das Bett gemacht und die Medikamente eingenommen hatte – plötzlich rannte er in die dunkle Nacht. Zum Glück gibt es bei den Großeltern Telefon, und sie riefen uns sofort an, als er dort ankam. Eine weitere Tatsache ist, daß mein Mann seinetwegen – wenn sich der Sohn zu Hause befindet – den Fernseher nicht einschalten kann. Wenn Andreas den Ton des Fernsehers hört, beginnt er zu toben. Und er stellt verschiedene

Forderungen, wie z.B. daß wir für ihn unbedingt ein Instrument zum technischen Zeichnen kaufen oder daß wir ihm 2 000 Forint geben sollen, weil er für seine Cousins und die Großeltern Weihnachtsgeschenke kaufen will.

Der Therapeut faßt zusammen und stellt der Mutter folgende Frage:

Therapeut: Also Andreas lernt nicht, abends läuft er von zu Hause weg, er tritt präventiös auf, er besucht die vorbezahlten Lehrstunden nicht – das sind seine schlechten Eigenschaften – und welches sind die guten?

Die Mutter wird betroffen. Der Vater war bisher vollkommen passiv, jetzt beginnt er aber aufmerksam zu werden.

Mutter: Ja, es gibt auch gute Eigenschaften – aber ich kann diese jetzt nicht zusammenfassen.

Das Gesicht von Andreas heitert sich immer mehr auf. Der Therapeut fragt jetzt den Vater.

Vater: Ja, ja, zweifellos hat er welche, aber ich kann sie jetzt nicht auführen.

Therapeut: Ich möchte Sie bitten, bis zur nächsten Begegnung die guten Eigenschaften des Kindes zusammenzustellen und aufzuzählen.

Die Eltern sind damit einverstanden.

6. Bei der folgenden Begegnung begann die Mutter wieder zu klagen.

Mutter: Er besucht die bezahlten Privatstunden nicht, dabei drohen ihm Schwierigkeiten in Physik.

Therapeut: Ich muß auf das Besprochene bestehen, wir sollten nun über die guten Eigenschaften sprechen.

Mutter: Ja, ja, eigentlich ist er ein braver Junge. Er ist sehr bereitwillig, wenn er einkaufen gehen oder bei der Hausarbeit helfen soll. Kleine Kinder und seine Cousins mag er sehr. Er hält seine Sachen in Ordnung. Man sagt, daß er höflich und bescheiden ist.

Vater: Er ist nicht fleißig im Lernen.

Der Therapeut läßt die Worte des Vaters außer acht und wendet sich an die Mutter:

Therapeut: Hat Andreas eventuell ein Hobby? Spielt er Fußball? Schwimmt er?

Mutter: Er mag nur Bücherlesen und nichts Anderes. Wir haben schon mehrmals an Schwimmen gedacht,, aber er geht nicht ins Schwimmbad.

Sie wendet sich an ihren Mann:

Mutter: Möchtest du, daß wir zusammen schwimmen gehen?

Der Vater nickt.

Vater: Ja, wenn er mit dem Lernen klarkommt, gehen wir zusammen ins Schwimmbad.

Therapeut: Vielleicht wäre es schön, wenn wir – die ganze Familie und ich – zu Weihnachten etwas zusammen machen würden, damit die Geschenke nicht so viel kosten.

Kind: Ich kenne meinen Stundenplan für die folgende Woche noch nicht. Ein Lehrer war krank und es ist möglich, daß er zurückkommt und mehrere Lehrstunden hält.

Der Therapeut und die Familie bleiben dabei, daß sich die Mutter wegen des Zeitpunktes melden wird.

7. Vor der Mutter meldete sich die Großmutter. Sie wollte unbedingt und dringend mit dem Therapeuten sprechen.

Großmutter: Andreas spricht nicht mehr über Selbstmordpläne, aber er läuft jeden Abend zu uns. Er hat sich in dieser Hinsicht nicht verändert. Für mich wird es immer schwieriger. Ich lebe mit meinem Mann so ruhig zu zweit. Ja, als das Kind noch klein war, war es auf mich angewiesen, aber jetzt? Ich gehe mit meinem Mann zusammen, wenn der Winter kommt, in unsern Garten, wir lesen beide dasselbe Buch und danach besprechen wir das Thema. Für mich ist es eine Überlastung, wenn das Kind hierherkommt und ich mich mit ihm beschäftigen soll. Jetzt ist es besonders schwer, da meine Tochter und mein Schwiegersohn aus Amerika kommen. Sie bleiben drei Wochen lang bei uns, und ich muß alles vorbereiten, um sie versorgen zu können. Das Kind wird dann keinesfalls bei uns schlafen können.

8. Im Telefongespräch mit der Mutter hatte ich den Vorschlag gemacht, die Familie zu besuchen. Ich hatte das Gefühl, daß etwas in der Wohnung nicht stimmt und daß die Klagen von Andreas auch eine objektive Ursache haben. Der Besuch bei der Familie war ein sehr wichtiger Schritt in dieser Therapie.

Die Mutter und der Sohn sind zu Hause, der Vater kommt später dazu.

Mutter: Bitte treten Sie ein. Wie Sie sehen, haben wir eine Zweizimmerwohnung mit einem größeren und einem kleineren Zimmer. Die zwei Zimmer sind nur mit einer Holzbretterwand getrennt. Im kleineren Zimmer wohnt Andreas, hier, im größeren wohnen mein Mann und ich. Hier ist die Tür ins Zimmer von Andreas.

Therapeut: Ist sie neben Ihrem Bett?

Kind: Bitte kommen Sie in mein Zimmer. Ich möchte Ihnen die Garnitur zum technischen Zeichnen zeigen, die ich von meinem Vater bekommen habe! Bitte, ich möchte Ihnen zeigen, was man mit diesem Instrument machen kann. Ja, wir Schüler sind nicht verpflichtet, es zu kaufen, aber es ist viel einfacher, wenn ich es habe, damit kann ich leichter und erfolgreicher arbeiten. Bitte, hier stehen meine Spielsachen.

Therapeut: Warum hast Du sie so hochgetan?

Kind: Jetzt brauche ich sie nicht mehr. Ihr Platz war immer schon dort. Wie Sie sehen, gibt es hier wenig Platz.

Therapeut: Wir wäre es, wenn Du Dein Bett an die andere Wand stellen würdest? Vielleicht bliebe in der Mitte mehr Platz. Nehmen wir ein Meterband und probieren wir es aus. Was macht Deine Mutter? Wir sollten sie fragen. Ich gehe in die Küche zu ihr.

Mutter: Ich habe die zwei Betten – das von Andreas und unseres – deshalb fast nebeneinander gestellt, weil ich, als er noch klein war, oft seinen Weg aufstehen und ihn hätscheln mußte.

Therapeut: Sagen Sie mir, ist es wahr, daß Sie – wenn Sie sich intim miteinander zu beschäftigen wünschten – den Fernseher eingeschaltet haben?

Die Mutter nickt. In diesem Augenblick sind wir auf derselben Wellenlänge. Da ist der Vater eingetreten. Mutter und Sohn empfangen ihn lieb.

9. Einige Tage danach folgte die letzte Begegnung mit der Familie. Das Kind kam etwas später dazu.

Vater: Ich habe meinem Sohn 1 000 Forint gegeben, damit er den Cousins Weihnachtsgeschenke kaufen kann. Natürlich wird Mutti beim Einkaufen helfen. Wir besuchen das Schwimmbad einmal in der Woche gemeinsam, Andreas geht aber jeden Tag. Jetzt schläft er noch bei den Großeltern, aber er wird in zehn Tagen – wenn die Verwandten kommen – nach Hause zurückkehren.

Mutter: Wir haben das größere Zimmer wie besprochen umgeordnet.

Vater: Es ist so sogar noch besser, mit unserem Bett in der anderen Ecke, dort sehe ich viel besser fern.

Da tritt Andreas ein.

Therapeut: Weißt du Andreas, daß deine Eltern bis jetzt nur Schönes und Nettes über Dich gesagt haben?

Andreas »quittiert« die Mitteilung mit einem ruhigen Lächeln.

10. Nach einem Monat rief mich die Mutter an.

Mutter: Alles in Ordnung. Mein Sohn hält sich schon zu Hause auf, seine Angstzustände haben aufgehört. Wir sehen ohne Probleme fern, mein Sohn hat nichts mehr dagegen.

11. Ungefähr nach einem halben Jahr kam mir auf der Straße ein langer Junge entgegen und begrüßte mich heiter:

Kind: Guten Tag, Frau Psychologin! Ich bin Andreas!

Therapeut: Ich freue mich Dich zu treffen! Wie geht es Dir?

Kind: Alles in Ordnung, in der Schule und auch mit meinen Eltern. Stellen Sie sich vor, wir gehen regelmäßig schwimmen!

Den letzten Satz sagt er, als ob er mir ein Geschenk geben würde.

Schlussfolgerungen

Der Begriff Hölle ist kein psychotherapeutisches Kunstwort, sondern hat vielmehr religiöse und künstlerische Dimensionen. Trotzdem verwendet *Peseschkian* (1982) dieses Wort in seiner »Positiven Familientherapie«. Er macht es zum Titel eines der Kapitel: »Familie als Hölle«. In dieser Arbeit geht es hauptsächlich um die soziale Problematik in den Familien, nämlich um Alkoholismus, Kriminalität, materielle Not.

Diese gesellschaftlichen Erscheinungen waren mit schweren Persönlichkeitsstörungen verbunden, welche in der Familie als destruktive Sozialenergie wirkten (*Ammon* 1981). So kann die Familie, der »Ort der Liebe« zur »Hölle« werden.

Ich kann mit *Ammon* (1979) sagen: »Dieses Beispiel steht hier für viele andere. Es zeigt uns, wie eine Familiengruppe ihrem schwächsten Mitglied mit einer als Fürsorge verstandenen Aggression begegnet, ohne daß es die sem möglich wäre, seinen Protest anzumelden und durchzusetzen bzw.

sich der Aggression zu entziehen.« Und ich kann noch hinzufügen, daß es uns zeigt, daß die ganze Familie – und nicht bloß das schwächste Mitglied – bei Pubertätskrisen (und auch bei den Symptomen der Kinder) behandelt werden soll. Die Verstümmelung des Kommunikationsprozesses in dieser Familie wurde hier durch die Zeichnung des Kindes beendet. Sie öffneten einen adäquaten Kommunikationskanal, nämlich die Symbolsprache (Fromm 1987).

In der therapeutischen Symbolik können wir folgende wesentliche Momente festhalten:

– »Das Instrument zum Zeichnen« – mit diesem Kauf hat der Vater das Recht des Sohnes auf eigene Identität anerkannt.

– »Der Lehrer in Physik« – ein Symbol –, um aus der Depression mittels der Verwirklichung eines realen Wunsches der Eltern auszubrechen.

– »Weihnachtsgeschenke kaufen für die Cousins« – die Eltern haben das persönliche Recht des Kindes, mit den Verwandten eigene Kontakte zu haben, akzeptiert.

– »Schwimmbad« – Die Familiengruppe hat sich eine gemeinsame Aufgabe und eine gemeinsame Regelmäßigkeit geschaffen. Für das Kind in der Pubertät ist es auch eine für die Körper-Ich-Entwicklung wesentliche Körpertherapie.

– »Der Großvater« – ein ruhiger Punkt in dieser aufgeregten Familie. Er hat eine unbewußte Rolle die eines »Co-Therapeuten« übernommen.

– »Der Besuch bei der Familie« – war der Höhepunkt der Therapie, wobei die Wende fast ohne Verbalität, nur durch Hinweise und Aufgaben-Geben erreicht wurde.

– »Die Umordnung der Möbel« – als Folge des Besuchs. Das Ehebett der Eltern ist danach weit von der Tür des Kinderzimmers und auch vom Bett des Kindes entfernt. Das Kind wurde in seinem eigenem kleinen Zimmer unabhängiger.

Die symbolische Übersteigerung der Symbiose und die zugleich bestehende ödipale Situation wurde dadurch beendet und eine eigene Identitätsentwicklung für das Kind ermöglicht.

In der Therapie ging es fortlaufend um die Lösung aus der Symbiose und um die sich aus der Symbiose konstruktiv entwickelnde Zugehörigkeit. Die Großmutter, die bisher mit ihrem Sohn, dem Vater, symbiotisch verbunden war und ihn steuerte, will sich aus der Familie zurückziehen und die Rollen neu verteilen, damit sich nun die Eltern mehr mit dem Kind beschäftigen. Dieses Verhalten verursachte den Eltern neue Ängste und Abwehrhaltungen. Durch die Therapie entspannte sich die Situation, und es gab eine andere Rollenverteilung als die, welche die Großmutter sich vorgestellt hatte. Die Therapie brachte eine korrigierende emotionale Erfahrung für die Eltern, hauptsächlich für den Vater. Er konnte sich von seiner Mutter trennen, wie es auch sein Sohn von der eigenen Mutter tun konnte. Die Identität der beiden wurde gestärkt. Gleichzeitig wurde auch ihr Kontakt zueinander besser. Die Angst der Großmutter vor Überlastung

wurde verringert, so daß sie sich in die von ihr entdeckte Zweisamkeit mit dem Großvater zurückziehen konnte. Man kann hoffen, daß auch für den Großvater eine ruhigere und friedlichere Zeit beginnt.

Children's Drawings and Symbolic Speech in Focal Child-Centered Family Therapy – »Family Viewed as Hell«

Györgyi Körmendy (Budapest)

The author states that in her experience children's symbolic speech gives a clearer expression to family conflicts than adults' verbal speech. Above all, children's drawings, as used in the psychological test »The Enchanted Family«, may be of diagnostic and therapeutic value. In the author's opinion, however, children begin to integrate family conflicts into their personality not earlier than in puberty, a fact which would explain the perceptive clarity of family conflicts in younger children. In the case of deficient or destructive family dynamics, severe crises may occur in puberty, as the following case history of the fourteen-year-old Andrew illustrates.

Andrew drew the members of his family as devils, while in reality brooding over suicide and fleeing from home because of anxiety. At this point, the author quotes *Freud's* »Interpretation of Dreams«, in which devils stand for masturbation phantasies and manifestations of the Oedipus-complex in puberty. According to *Ammon's* concept, however, the symbiosis-complex and the destructive family dynamics should be worked through, as well.

The phases of Andrew's therapy are discussed in detail: Andrew's grandmother reports about school difficulties of her grandson and about his coming to sleep to her house every evening, owing to the parents' neglect. At this point, the parents' participation in the therapeutic process becomes unavoidable. The mother reports, just as the grandmother did, about the anxiety and hypersensibility of the son, especially on evenings, while the television is running. Andrew sits expressionless near his mother and answers the questions of the therapist but briefly. Later, while Andrew draws his »enchanted family«, the mother complains about too much work and very little time devoted to the family. In Andrew's drawing, all family members appear as devils, including himself – a fact which the author explains as »identification with the aggressor«.

Working through this defense mechanism is seen as a primary goal of psychotherapy, thus freeing the child from his symbiotic and oedipal constellation. In the course of the family therapy, symbiosis is gradually replaced by the feeling of appurtenance, i.e. the child can now enjoy more acceptance and support.

A few weeks later, however, the mother calls on the therapist, anxious about the son's renewed suicidal thoughts. In the following session, the

parents and the son come together. Responding to the parent's complaints about the child, the therapist asks them to name his positive traits. Andrew's face lightens up. Subsequently, the therapist pays a visit to the family home, searching for the causes of the child's anxiety attacks in his own environment.

During this visit, which proves to be crucial for the therapy, the therapist finds out that Andrew's bed is separated from the bed of his parents only by a paravent, whereby the mother confirms that the television set is on every time the parents engage in sexual intercourse. Thereupon, the therapist's recommendation, that the parents' bed be removed to the opposite wall, is carried through. In the following weeks, Andrew is again able to sleep at home, while his bouts of anxiety discontinue and his school problems diminish.

Concluding her paper, the author summarizes the therapeutic process, emphasizing the importance of symbolic speech. It was the test drawings of the child which enabled him to express and communicate the destructive family dynamics.

At the outcome of the therapeutic process, the child could be relieved from the extreme symbiotic and oedipal situation within his family, thus enabling him to continue developing his own personality.

Literatur

- Ammon, G.* (1972): Gruppendynamik der Kreativität. (München: Pinel)
 – (1979): Kindesmißhandlung. (München: Kindler)
 – (1981): Gruppendynamik der Aggression. (München: Kindler)
 – (1986): Der mehrdimensionale Mensch. (München: Pinel)
Bettelheim, B. (1976): The Uses of Echantment. (New York: Alfred A. Knoff) Hungarian Translation 1985
Fast, J. (1979): Körpersprache. (Reinbek: Rowohlt)
Freud, A. (1984): Das Ich und die Abwehrmechanismen. (Frankfurt a.M.: Fischer Taschenbuch)
Fromm, E. (1987): Märchen, Mythen, Träume. (Reinbek: Rowohlt)
Kos, M.; Biermann, G. (1973): Die verzauberte Familie. (München: Ernst Reinhardt)
Körmendy, G. (1989): Fokale Kurztherapie bei einem psychosomatisch erkrankten Kind. In: *Dyn. Psychiat.* (22) 59–73
Peseschkian, N. (1982): Positive Familientherapie. (Frankfurt a.M.: Fischer)
Piaget, J. (1970): La formation du symbole chez l'enfant (Neuchatel: Delachaux et Nistlé Neuchatel) Hungarian Translation 1978
Richter, H.E. (1970): Patient Familie. (Reinbek: Rowohlt)
Vikár, G. (1980): Az ifjúkor válságai (Krisen des Jugendalters). (Budapest: Gondolat)

Adresse der Autorin:

Dr. phil. Györgyi Körmendy
 Ugro Gyula u. 17
 H-1046 Budapest
 Ungarn

Private Heilanstalten für Geisteskranke im System der psychiatrischen Hilfeleistungen in Rußland im 19. und zu Beginn des 20. Jahrhunderts

August M. Schereschewski*, I. I. Stschigolew** (St. Petersburg)

Im 19. Jahrhundert spielten private Heilanstalten für Geisteskranke eine wichtige und positive Rolle in Rußland. Seit 1917 fand jedoch ihre Tätigkeit in den Veröffentlichungen russischer Wissenschaftler kaum Widerhall, da unter den in der Sowjetunion herrschenden gesellschaftlichen Bedingungen Privateinrichtungen schlechthin verpönt waren. Anliegen der Autoren ist es, die Arbeit dieser Privatanstalten und ihre Entwicklung darzustellen und zu würdigen. Sie schildern den menschenfreundlichen, nichtrestriktiven und teilweise häuslichen Stil dieser Sanatorien, beschreiben Bedingungen ihrer Entstehung – zunächst in St. Petersburg und Moskau, später auch in vielen anderen, zumeist universitären Städten Rußlands, sowie ihre Spezialisierung. Es zeigt sich, daß in diesen Einrichtungen für Ärzte und Pflegepersonal günstigere Arbeits- und Lebensbedingungen herrschten als in vergleichbaren staatlichen Anstalten. Sie wurden zu Ausbildungsstätten für Studenten, Ärzte und das Pflegepersonal. Viele berühmt gewordene Wissenschaftler waren hier tätig. Sie trugen die Erfahrungen, die sie im »System der offenen Türen« dieser Anstalten gesammelt hatten weit über Rußlands Grenzen hinaus nach Westeuropa.

Mit der Einrichtung von psychiatrischen Privatanstalten in Rußland wurde in den ersten Jahrzehnten des vorigen Jahrhunderts begonnen. Sie wurden geschaffen, um die Hilfeleistungen für psychisch Kranke zu verbessern. Die Zahl solcher Heilanstalten in Rußland, die sowohl intra-, als auch extramuralen Charakter hatten, betrug durchschnittlich 150. Sie verfügten insgesamt über 3 437 Krankenbetten (*Schultz* 1865). Seit dem Jahre 1917, also seit nunmehr über 70 Jahren, fanden diese Fakten keine Widerspiegelung mehr in den Werken russischer Forscher, da im gesellschaftlichen System jener Zeit eine negative Haltung gegenüber Privateinrichtungen bestand. Deshalb finden sich Angaben über die Tätigkeit von Anstalten für Geisteskranke lediglich in den Archiven.

Die Schaffung der psychiatrischen Privatanstalten, die am Anfang die Arbeit des staatlichen und gemeinschaftlichen Systems zur stationären und ambulanten Hilfe für den geisteskranken Patienten unterstützen sollten und die später eine eigenständige Bedeutung erlangten, wurde durch gesetzliche Bestimmungen geregelt (*Stschigolew* 1902). Sie trugen einen humanen Charakter, der dem Arbeitsstil der psychiatrischen Privatanstalten in ganz Europa entsprach. Eine ähnliche Tendenz zeigte sich auch in den Statuten dieser Anstalten, die in Rußland von höheren, nämlich staatlich-medizinischen Instanzen in Kraft gesetzt wurden. In den psychiatrischen Privatanstalten, die auf Empfehlung der Regierung in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts geschaffen wurden und die unter der Leitung der Chefärzte der staatlichen und später gemeinschaftlichen Heilanstalten

* Prof. Dr. med., Abteilungsleiter am W. M. Bechterew Institut, St. Petersburg, Rußland

** Dr. med., Chefarzt des psychiatrischen Krankenhauses für das Brjansker Gebiet, St. Petersburg, Rußland

standen, welche in den Privatanstalten gleichzeitig arbeiteten, führte man ein äußerst menschenfreundliches, manchmal geradezu »häusliches« Regime ein (*Drosnes* 1897).

Die Einrichtung psychiatrischer Privatanstalten bereits in den dreißiger Jahren des vorigen Jahrhunderts in Moskau und St. Petersburg wurde durch die Arbeit der großen russischen Psychiater gefördert, von denen einige deutscher Herkunft waren, darunter *F. I. Herzog*, *H. I. Loder* und *M. Leidesdorf*. Später kamen *S. S. Korsakow*, *N. N. Baschenow*, *A. A. Gonarski*, *W. M. Bechterew* und andere hinzu. Die Entstehung der Privatanstalten in den russischen Großstädten Moskau und St. Petersburg hing auch mit der Existenz wohlhabender Schichten zusammen, die Wert auf eine individuelle Unterbringung und Behandlung legten und die bereit waren, sich daran auch finanziell zu beteiligen. Später entstanden ähnliche Heilanstalten in Universitätsstädten, wie z.B. Charkow, Kasan, Kiew, Tomsk u.a. Auch hier gab es zunehmend wohlhabende Bürger.

Am Ende des 19. und zu Beginn des 20. Jahrhunderts begann sich die Anzahl der privaten Heilanstalten für Geisteskranke überall in Rußland zu vermehren. Das hing eng mit der rasanten Entwicklung des Kapitalismus und damit der deutlichen Zunahme der wohlhabenden Bevölkerungsschichten zusammen. Besonders bedeutsam in dieser Zeit war die Gründung von Spezialeinrichtungen für die Behandlung von Kindern, von Alkoholikern sowie für Psychotherapie (*Wyrubow* 1910, *Maljarewski* 1893, *Rybakow* 1902). Bei der Schaffung dieser Institutionen erwarben sich russische Wissenschaftler wie *I. M. Balinski*, *I. P. Merscheewski*, *A. A. Tokarski*, *I. W. Maljarewski*, *W. W. Olgerogge* u. a. besondere Verdienste. Die Entwicklung der Psychotherapie hatte eine große, interdisziplinäre Bedeutung, beispielsweise für die Behandlung von Erkrankungen mit psychosomatischer Beteiligung oder für die Psychoprophylaxe. Die Einrich-

Regionen	Gesamt	Spezialisierung					
		intra- mural	extra- mural	neuro- logisch	psycho- therap.	für Kinder	Schulung
St. Petersburg	20	11		3	2	4	
Moskau	53	22	11	13	3	2	2
Ukraine	32	16	9	3		3	1
Sibirien	4	3			1		
Kaukasus und Nordkaukasus	8	3	1	4			
Baltische Regionen	10	8		1		1	
Zentralrußland	8	7		1			
»Polnisches Zarenreich«	10	7	1	2			
Summe	145	77	22	27	6	10	3

Tab. 1: Struktur der privaten Heilanstalten für psychisch Kranke in Rußland im 19. und zu Beginn des 20. Jahrhunderts

Anmerkung: In den neurologischen Heilanstalten wurde auch der größte Teil von Geisteskranken, doch in getrennten Krankenzimmern oder auf getrennten Abteilungen behandelt.

tung der spezialisierten psychiatrischen Kinderheilanstalten sowie der psychotherapeutischen und Suchtanstalten ging in Rußland der Gründung staatlicher oder gemeinschaftlicher Anstalten voraus. In Tabelle 1 ist die Gesamtzahl der psychiatrischen Privatanstalten in Rußland und deren medizinische Spezialisierung aufgeführt.

Neben den komfortablen Aufenthaltsbedingungen in den Privatanstalten, für die bezahlt werden mußte, fand dort nicht einfach nur Nicht-Restriktion, sondern darüberhinaus das »System der offenen Türen« Anwendung (*Korsakow* 1901). Dieses Milieu wurde auch durch die geringe Anzahl an Patienten ermöglicht; in den Anstalten gab es jeweils zwischen 20 und 40 Krankenbetten. Dadurch konnte die Behandlung und der Tagesablauf durch eine Vielfalt von Formen der Beschäftigungstherapie, der Arbeit und der Unterhaltung ausgestaltet werden (*Herzog* 1836). Die durchschnittlichen Kosten des Aufenthaltes eines Geisteskranken in einer Privatanstalt Ende des vorigen Jahrhunderts betragen 107 Rubel pro Monat. In den staatlichen und gemeinschaftlichen Anstalten betrug dieser Betrag 21 Rubel. Das Gehalt eines Arztes in einer Privatanstalt betrug durchschnittlich 1 200 Rubel, mit einer jährlichen Geldprämie (die in jeder einzelnen Privatanstalt verschieden war) sowie mit Verpflegung und Wohnung. Das Pflegepersonal verdiente dort bis zu 600 Rubel, mit einer jährlichen Prämie, kostenloser Verpflegung, teilweise mit Kleidung und Wohnung. Demgegenüber wurden den Ärzten in den staatlichen Heilanstalten bis zu 1 000 Rubel ohne zusätzliche Vergünstigungen gezahlt, dem Pflegepersonal bis zu 300 Rubel, ebenfalls ohne Vergünstigungen (*Rosenbach* 1890, *Tschetschott* o. J.). Die Unterbringung einer nur geringen Zahl von Patienten auf genügend großen Wohnflächen, gering belegte Krankenzimmer sowie die Auswahl der Patienten nach bestimmten psychiatrisch-psychologischen Zuständen schuf eine dem häuslichen Milieu nahestehende und moralisch-psychologisch förderliche Atmosphäre.

Die Arbeit in den Privatanstalten wurde für viele hochqualifizierte Ärzte einerseits interessant durch die materielle Vergütung, andererseits aber gerade durch die Möglichkeit, ihre professionellen Kenntnisse in der Praxis anzuwenden. Deshalb zogen diese Anstalten – abgesehen von den oben bereits genannten Wissenschaftlern – russische Forscher an wie *I. W. Sikorski*, *P.I. Kowalewski*, *O. A. Tschetschott* u. a. So wurden psychiatrische Privatanstalten zu Vorreitern der organisatorischen und wissenschaftlichen Weiterentwicklung der Psychiatrie, die später wiederum von Rußland ausgehend auf andere Kulturkreise übertragen wurde. Der bekannte russische Psychiater *N. N. Baschenow* hat z. B. in Frankreich und Preußen die Privatheilanstalten unter Nutzung der in Rußland gewonnenen Erfahrungen bei der Behandlung und Betreuung der Patienten organisiert. Zur gleichen Zeit lud der deutsche Psychiater *K. L. Kahlbaum* russische Geisteskranke in die von ihm in Görlitz gegründete Privatklinik ein. Eine ähnliche Einladung wurde im »Prospekt der Pensionsheilanstalten von *W. Kartscheski* für Nerven- und Geisteskranke, Rekonvaleszenten und

Übermüdete«, die sich seit 1901 in Ostpreußen befand, ausgesprochen (*Kartschewski* o. J.).

Psychiater aus den Privatanstalten verschiedener Länder teilten systematisch ihre Erfahrungen bei der Therapie ihrer Patienten in Fachzeitschriften mit. Die Ärzte der Privatsiedlung »Bethel« nahe Bielefeld (Westfalen), die sich auf die Behandlung von Epilepsiekranken spezialisiert hatten, veröffentlichten beispielsweise 1895 eine komplexe therapeutische Methodik zur Behandlung der Epilepsie. Sie umfaßte ein spezielles Behandlungsregime, eine Diät und die medikamentöse Therapie durch Bromkalium, wodurch die Anfälle gemildert und dem Verfall in »Schwachsinn« vorgebeugt werden sollte. Über ihre Ergebnisse berichteten sie im Jahre 1898 vor der St. Petersburger Psychiatervereinigung.

Auf seinen Erfahrungen in der Privatheilstation von Moskau aufbauend, erarbeitete *S. S. Korsakow* die Grundlagen der nichtrestriktiven Maßnahmen des »Systems der offenen Türen« zur Besserung des psychischen Zustands der Patienten. Nicht ohne Schwierigkeiten verbreiteten sich die neuen Methoden von den Privatheilstationen aus in viele Krankenstationen nicht nur Rußlands, sondern auch Westeuropas. Die in den Privatanstalten gewonnenen wissenschaftlichen Auffassungen wurden weiterentwickelt, parallel zum Bestreben, »die medizinische Hilfe auf das Niveau der gegenwärtigen Wissenschaft zu stellen« (*Lachtin* 1906). So kann man konstatieren, daß die in den privaten Heilanstalten geschaffenen, komplexen Behandlungs- und Rehabilitationsmethoden und das damit verbundene, moralische und psychologische Klima maßgeblich zu heutigen Auffassungen über die rehabilitative Tätigkeit solcher Anstalten beigetragen haben.

Angemerkt sei, daß es neben den zu bezahlenden Krankenbetten in den Privatanstalten meistens einige kostenfreie Betten für ärmere Bevölkerungsschichten gab. Ähnlich war es auch in den spezialisierten, psychiatrischen Privatheilstationen für Kinder, Suchtkranke und für Psychotherapie (*Bechterew* 1910). Die Pflicht der Leiter von psychiatrischen Privatanstalten, einige Betten und manchmal sogar ganze Krankenzimmer zur kostenlosen Behandlung ärmerer Bevölkerungsschichten zur Verfügung zu stellen, wurde im allgemeinen durch spezielle Klauseln im Statut der Privatanstalt bestimmt. Es gab sogar »Namensbetten«: In einer Privatanstalt von Odessa gab es ein Bett, das den Namen von *W. M. Bechterew* trug, ebenso in einem Moskauer Privatsanatorium eines mit dem Namen von *A. P. Tschekow*. Schließlich existierten in einer Privatheilstation für geisteskranke Militäroffiziere in Moskau kostenfreie Betten, die den Namen von *S. S. Korsakow* trugen.

Es wird ersichtlich, daß es für die Ärzte und das Pflegepersonal in den privaten Anstalten nicht nur die Möglichkeit eines besseren Verdienstes gab, sondern auch die »Gelegenheit, Gutes zu tun«, also auch denjenigen Patienten Hilfeleistungen zukommen zu lassen, die sie benötigten, aber nicht bezahlen konnten.

Wie schon erwähnt, bildeten die Privatheilanstalten in Rußland immer eine gut ausgestattete Basis für die Ausbildung von Studenten der medizinischen Fakultäten der Universitäten verschiedener Städte. Deshalb wurde hier nicht selten das postgraduierte Studium der Ärzte auf dem Gebiet der Psychiatrie und – was besonders wichtig erscheint – die Vorbereitung hochqualifizierten Pflegepersonals für Geisteskranke durchgeführt (*Platonow* 1890). Gerade dem Pflegepersonal wurde von den Chefärzten der Privatanstalten besondere Aufmerksamkeit geschenkt, da von seiner ständigen guten Schulung und seiner entsprechenden materiellen Versorgung die Stabilität des Personals und die Atmosphäre in jeder der Privatanstalten abhing, ob sie nun intra- oder extramuralen Typs war.

Um die Jahrhundertwende bildeten sich in Rußland zahlreiche intra- und extramurale Anstalten psychiatrisch-neurologischen Profils. Dazu gehörten auch verschiedene Ambulanzen, die nicht nur einen Teil der Heilanstalten bildeten, sondern auch selbständig funktionierten. Man begann die spezialisierten Privatheilstätten teilweise in unmittelbarer Nähe zu den Großstädten, v.a. Moskau und St. Petersburg, sowie im Nordkaukasus zu errichten (*Pewnitzki* 1905 *Rjasnjanski* 1909).

Auch wenn in den Privatheilanstalten nur ein verhältnismäßig kleiner Teil der Bevölkerung Rußlands behandelt wurde, hatten sie durch ihren fortschrittlichen Charakter einen wichtigen Einfluß auf praktischer und wissenschaftlicher Ebene. Sie haben dadurch bei der Versorgung der Bevölkerung mit psychiatrischer Betreuung eine positive Rolle gespielt. Viele Aspekte ihrer Tätigkeit haben bis heute ihre Bedeutung nicht verloren.

Private Mental Homes for Patients with Mental Illness in the System of Psychiatric Aid in Russia in the 19th and at the Beginning of the 20th Century

August M. Shereshevsky, I. I. Stshigolev (St. Petersburg)

In the last century private mental homes played an important role in Russia. But since 1917 hardly anything has been published about them, because of a negative attitude towards private institutions in the socialist society altogether. So the most documents about private mental homes are situated in the public archives.

The first mental homes were founded in the first decades of the 19th century. Until the turn of the century, there were in Russia 150 private mental homes with 3 437 sickbeds. In the first time of their existence the private hospitals should support the public system of psychiatric aid. Their activities based on human rules, similar to those in other European countries. There was a humane, domestic and no restrictive atmosphere in the private mental homes, called the »System of the open doors«. The 20 to 40 patients of such a sanatorium lived in comfortable rooms and had a lot of

possibilities of occupational therapy, work and entertainment. They had to pay 107 Rubels per month, in contrast to the costs of 21 Rubel for a public hospital. But each private mental home had a few sickbeds free of charge as well.

The first private mental homes were founded in Moskow and St. Petersburg. These large Russian cities were populated by many well-off people, who could afford to pay the charges in the private hospitals. Famous Russian psychiatrists promoted the foundation and work of private mental homes, such as *F. I. Herzog*, *H. I. Loder* and *M. Leidesdorf*, later *S. S. Korsakov*, *N. N. Bashenov*, *A. A. Gonarsky*, *W. M. Bechterew* and others. At the end of the 19th century, private mental homes were founded in many Russian university cities, like Kiev, Charkov, Kasan, or Tomsk. Furthermore, in this period some special clinics were founded for children, alcoholics and for psychotherapy. All these private psychiatric hospitals constituted the basis of the education of medical students, of the post-graduate education of the physicians in psychiatry, and of the nurses.

Some famous psychiatrists transferred the Russian experiences to other European countries, such as *Bashenov*. He helped to organize private mental homes in Prussia and in France .

Altogether, the authors summarize, private mental homes in Russia in the 19th and early 20th century provided only a small part of the population with psychiatric aid. Nevertheless, they played a positive role in the science and in the treatment of the psychiatric patients.

Literatur

- Bechterew, W. M.* (1910): Über das Heranziehen der privaten Wohltätigkeit für die Betreuung von Geistes- und Nervenkranken und über Organisation und Aufgabe der Fürsorge für den Geistes- und Nervenkranken. St. Petersburg
- Drosnes, M. J.* (1897): Grundlagen der Bedingungen von Nerven- und Geisteskranken, entwickelt aus den Erfahrungen des Dienstpersonals der Privatanstalt für Nerven- und Geisteskranken von Dr. M. J. Drosnes in Odessa.
- Herzog, F. I.* (1836): Bericht des Krankenhauses »Aller Tauernder« in St. Petersburg für 1833, 1834, 1834, mit den Anzeigen von Grundprinzipien der psychiatrischen Behandlung der Wahnsinnigen. St. Petersburg
- Kartschewski, W.* (1885): Die Übermüdeten und die unheilbar Kranken. Prospekt der Heilanstalt für Nerven- und Geisteskranken. Dr. Kartschewski und Pensionat Rekonvaleszenten. St. Petersburg
- Korsakow, S. S.* (1901): Zur Frage der Einrichtung von Privatheilanstalten. In: *S. S. Korsakow-Zeitschrift für Psychiatrie und Nervenheilkunde* (15) 937–955
- Lachtin, M. J.* (1906) Bericht der Privatheilanstalt für Geisteskranke im Militär in Moskau
- Maljarewski, I. W.* (1893): Ärztliche Erziehungsanstalt begründet von Arzt I. W. Maljarewski im Jahre 1882. (Erste Allrussische Hygiene-Ausstellung). St. Petersburg
- Pewnitzki, A. A.* (1905): Behandlung der Alkoholiker nach Angaben aus zweijähriger Erfahrung im Ambulatorium der Klinik des Akademikers *W. M. Bechterew*. St. Petersburg
- Platonow, I. J.* (1890): Ein Kurzbericht über die Tätigkeit der Privatheilanstalt für Geistes- und Nervenkranken von Dr. I.J. Platonow in der Stadt Charkow. *Archiv der Psychiatrie, Neurologie und gerichtlicher Psychopathologie* (15) 81–82
- Rjasnjanski, M. P.* (1909) Heilanstalt Sanatorium »Grünes Ufer«, Dr. M. P. Rjasnjanski, Charkow

- Rosenbach, F.E.* (1890): Zur Geschichte der Psychiatervereinigung in St. Petersburg. In: Anzeiger der klinischen und gerichtlichen Psychiatrie und Nervenheilkunde (13) 344–348
- Rybakow, F. E.* (1902): Prinzipien der gegenwärtigen Behandlung der Alkoholiker. Schriften des 8. Pirogow-Kongresses in Moskau vom 03.–10.01.1902
- Schereschewski, A. M.* (1970): Einige Fragen zur Geschichte der Psychiatervereinigung in St. Petersburg. In: S. S. Korsakow-Zeitschrift für Nervenheilkunde und Psychiatrie (9) 13891393
- Schultz, A. W.* (1865): Fürsorge für die Wahnsinnigen in Rußland. In: Archiv der geschichtlichen Medizin und gemeinschaftlichen Hygiene (3) 1–47
- Stschigolew, I. I.* (1902): Gesetzgebende Grundlagen für Einrichtung der psychiatrischen Privatheilanstalten in Rußland im 19. Jahrhundert und zu Beginn des 20. Jahrhunderts. In: W. M. Bechterew-Übersicht der Psychiatrie und der medizinischen Psychologie (4) 111–113
- Wyrubow, N. A.* (1910): Psychotherapeutische Aufgaben eines Sanatoriums für den Nervenkranken. In: S. S. Korsakow-Zeitschrift für Psychiatrie und Nervenheilkunde (5) 832
- Wyrubow, N. A.* (1910): Psychotherapeutische Aufgaben eines Sanatoriums für den Nervenkranken. In: S. S. Korsakow-Zeitschrift für Psychiatrie und Nervenheilkunde (5) 832
- Tschetschott, O. A.* (o. J.): Zur Entwicklung der Fürsorge für die Geisteskranken von der gemeinschaftlichen Stadtverwaltung in St. Petersburg (1884–1912), St. Petersburg

Adressen der Autoren:

Prof. Dr. med. August M Schereschewski
Dr. med I. I. Stschigolew
Psychoneurologisches Institut W. M. Bechterew
Ul. Bechterewa 3
193019 St. Petersburg
Rußland

Buchbesprechungen

Mathis Brauchbar, Heinz Heer
Zukunft Alter. Herausforderung und Wagnis

Artemis und Winkler Verlag, München 1993, 368 Seiten

Immer mehr Menschen werden immer älter. Diese Tatsache, die vor allem Europa und Nordamerika betrifft, aber auch in der Dritten Welt zu beobachten ist, ist das Thema des von *Brauchbar* und *Heer* mit Liebe zum Detail geschriebenen Buches. Nachdem sie einleitend die Verschiebung der Altersstruktur am Beispiel Deutschlands dargestellt haben, geben sie die neuesten Forschungsergebnisse zur Biologie des Alterns wieder und beschreiben dessen Folgen für körperliches und seelisches Wohlergehen. Ausführlich behandeln die Autoren die Frage, welche Bedeutung einer immer länger werdenden Lebenszeit für den einzelnen Menschen und die Gesellschaft zukommt.

Zu Recht wenden sie sich gegen eine Pauschalisierung »des Alters« und gegen das damit verbundene Vorurteil von Engstirnigkeit und Hilflosigkeit. Menschen, die mit 65 Jahren früher das Ende der durchschnittlichen Lebenserwartung erreicht hatten, können heute noch Jahre voll Tatkraft und Gesundheit erwarten. Schon *Cicero* klagte darüber, daß die Jugend die Lebenserfahrung älterer Menschen nicht hören will – ein Verhältnis zwischen den Generationen, wie es auch die heutige Gesellschaft bestimmt.

Brauchbar und *Heer* plädieren stattdessen für die Solidarität zwischen den Generationen. Sie entwerfen das Bild einer »alterslosen Gesellschaft«, in der das Zusammenleben der Menschen nicht durch das äußerliche Kennzeichen des biologischen Alters bestimmt wird, sondern durch die jeweiligen Bedürfnisse. In ihre Darstellung eingeflochten sind zahlreiche kurz skizzierte Beispiele, die belegen, daß ihre Vision schon vielfach gelebte Realität ist.

Neben der gesellschaftlichen Dimension des Alterns gehen die Autoren auch auf dessen individuelle Bedeutung ein. Sie fordern dazu auf, daß jeder einzelne die Fragen seines Alterns bedenke und zwar bereits in jungen Jahren. Denn ihrer Ansicht nach wird die Qualität der Lebenszeit im Alter von der vorausgegangenen Lebensführung bestimmt.

Durch das ganze Buch zieht sich wie ein roter Faden die Auffassung der Autoren, daß es angesichts der demographischen Veränderungen mit der Zunahme der Zahl älterer und hochbetagter Menschen notwendig ist, umzudenken und die Beziehungen zwischen den Generationen neu zu ordnen. Äußerer Anlaß mögen die ansonsten nicht mehr bezahlbaren Aufwendungen für das Rentenwesen sein, doch vielmehr geht es darum, den Menschen jeden Alters würdige Bedingungen für ihr Leben und für ihre Entwicklung von der Geburt bis zum Tod zu schaffen. Es ist nach Ansicht der Autoren zum Nachteil aller, wenn aus dem Glauben an ewige Jugend heraus ältere Menschen mit ihren Erfahrungen von der Gestaltung der gesellschaftlichen und individuellen Lebensbedingungen ausgeschlossen werden.

Durch die Überzeugung der Autoren, daß menschliches Leben keine Ausgrenzung duldet, sondern die Ganzheit und Integration all seiner Erscheinungsformen verlangt, die aus jeder Zeile des Buches spricht, ist eine wertvolle Darstellung entstanden. Weit über die Zukunft im Alter hinaus geht es *Brauchbar* und *Heer* um die Zukunft menschlichen Lebens überhaupt.

Bernhard Richarz (München)

Gabriele von Bülow, Irma Schindler
Schöpfung durch Kommunikation. Die Biosemiotik Friedrich S. Rothschilds

Herder-Verlag, Freiburg / Basel / Wien 1993, 182 Seiten

Seit seiner Jugend befaßte sich der aus Deutschland stammende, inzwischen hochbetagt in Jerusalem lebende Psychiater und Neurologe *Friedrich S. Rothschild* mit der Transzendenz materiellen Seins. Bei seiner Suche, das Geheimnis menschlicher Existenz zu begreifen, gab ihm das auf Anatomie und Physiologie begründete Studium der Medizin keine befriedigenden Antworten; seine geistige Heimat fand *Rothschild* in der Ausdrucks- und Erscheinungswissenschaft und insbesondere in der Graphologie *Ludwig Klages*. Eine weitere Wurzel der von ihm begründeten Biosemiotik, der Wissenschaft von der Zeichenhaftigkeit des Lebens, weist auf das Frankfurter Psychoanalytische Institut, wo er in den zwanziger Jahren eine psychoanalytische Ausbildung bei *Erich Fromm* erhielt und – noch bedeutsamer für sein Werk – dem Neurologen *Kurt Goldstein* begegnete. Eine sinnhafte Bedeutung anatomischer Strukturen konzipierte *Rothschild* erstmals 1930 in seiner bahnbrechenden Schrift »Über Links und Rechts«, in der er die Morphologie des Körpers als Ausdruck menschlichen Seins in der Welt verstand. Seine 1935 noch in Deutschland veröffentlichte Schrift »Die Symbolik des Hirnbaus. Erscheinungswissenschaftliche Untersuchungen über den Bau und die Funktionen des Zentralnervensystems der Wirbeltiere und des Menschen« schließlicb begriff die Neuroanatomie als symbolische Darstellung des Erlebens. Damit waren die Grundlagen eines einzigartigen Werkes geschaffen, das seinen Stellenwert durch die Integration von Natur- und Geisteswissenschaft zu einer vertieften Erkenntnis des Lebens erhält und das in seiner weiteren Ausgestaltung eine Brücke zwischen Wissen und Glauben zu schlagen vermag.

Die Lehranalytikerin am Berliner Institut der Deutschen Akademie für Psychoanalyse und Linguistin *Gabriele von Bülow* und die Biologin und Chemikerin *Irma Schindler* unternehmen den Versuch, das komplexe Denken *Friedrich S. Rothschilds* in einer allgemein verständlichen Form zu vermitteln. Im ersten Teil ihres Buches stellen sie die Voraussetzungen der Biosemiotik dar und ermöglichen damit ihre wissenschaftstheoretische Einordnung. Zum einen beschreiben sie den Dualismus von Körper und

Seele, der das europäische Denken der Neuzeit bestimmt und der in *Rothschilds* Theorie überwunden wird, zum anderen geben sie Grundauffassungen der modernen Sprachwissenschaft wieder, da das Werk *Rothschilds* wesentlich auf der Idee beruht, daß alle Prozesse dieser Welt in Analogie zu den kreativen Prozessen der Sprache zu verstehen sind; schließlich gehen sie auf einige Positionen der Metaphysik über die Entstehung des Lebens ein, wobei für *Rothschild* alles Leben als Ausdruck des Geistes, der von ihm so benannten transzendentalen Subjektivität, erscheint, welcher sich über biologische Vorgänge erfahrbar macht.

Anschaulich wird im folgenden das Denken *Friedrich S. Rothschilds* wiedergegeben, wobei die Autorinnen immer wieder Bezüge zu verwandten Theorien in Hirnforschung, Biologie oder Philosophie herstellen. Sie beginnen bei der Auffassung *Rothschilds* über die Entstehung des Lebens und befassen sich dann ausführlich mit der Beziehung von Geist und Gehirn, die das Zentrum des *Rothschildschen* Denkens ausmacht. Der psychologische Vorgang des Erlebens, den *Rothschild* symbolhaft in der Nervenfaserkreuzung im Gehirn dargestellt sieht, ist dabei das Paradigma für die Ganzheitlichkeit des Menschen. Denn so wie die äußere Realität im Gehirn seitenverkehrt wiedergegeben wird, findet im Erlebnsvorgang eine Gegenüberstellung von erlebendem Subjekt und erlebtem Objekt statt. Darüberhinausgehend begreift *Rothschild* die materielle Welt als eine Entäußerung der transzendentalen Subjektivität, wobei die Schöpfung von Körper und Seele, Materie und Geist in der gleichzeitigen Trennung und Beziehungssetzung beider, also in ihrer Kommunikation erfolgt.

Den Autorinnen ist es in ihrem Buch gelungen, dem Leser die Bedeutsamkeit des *Rothschildschen* Denkens nahezubringen. Es ist ihm eine weite Verbreitung zu wünschen, denn indem es sich *Rothschilds* Geist entsprechend das Staunen vor den Wundern des Lebens bewahrt hat, ist es getragen von der unteilbaren Verantwortung des Menschen für alle Erscheinungen des Lebens.

Bernhard Richarz (München)

Béla Buda

Empatia. . . a beleéls lélektana

(Empathie – die Psychologie der Einfühlung)

Ego School Verlag, Budapest, 4. Auflage 1993, 352 Seiten

In der vierten und erweiterten Auflage seines Buches, das zum ersten Mal 1978 erschien, stellt *Buda* ein umfassendes Konzept der Empathie vor – eines Themas, das bisher zu unrecht in der psychotherapeutischen und psychologischen Fachliteratur wenig und in der allgemeinmedizinischen noch weniger Beachtung gefunden hat. Und dies, obwohl »die Empathie eine Grundlage der Psychotherapie schlechthin darstellt und die Wirksam-

keit aller psychotherapeutischen Methoden dadurch bestimmt wird, inwieweit der Psychotherapeut des empathischen Verständnisses fähig ist und er dieses Verständnis dem Patienten gegenüber ausdrücken und widerspiegeln kann«. Die Empathie, so der Autor, ist eine allgemeine menschliche Fähigkeit, die jeder entwickeln kann, um sich in die psychische Welt des anderen zu versetzen und ihn emotional und in seiner besonderen Eigenart zu begreifen. »Empathie ist die in jedem Menschen in unterschiedlichem Maße vorhandene, verfeinerte und applizierbare Fähigkeit der nicht-verbale Kommunikation und des Begreifens und Ausdrückens der Metakommunikation«. Entsprechend richtet sich das Buch nicht nur an Psychologen, Psychotherapeuten oder Pädagogen, sondern auch an den interessierten Laien. Für den Therapeuten stellt die Empathie ein unverzichtbares Instrument dar, um eine nicht-verbale Art des Kontaktes zum Patienten herzustellen, indem er dessen Gedanken, Affekte und Komplexität erlebbar macht.

Nach einer historischen Ableitung des Empathie-Begriffes, dem die bereits in der griechischen Antike von *Aristoteles* in seinen 3 Büchern über »Die Seele« vertretene These der grundsätzlichen Verstehbarkeit des Mitmenschen zugrundeliegt, verfolgt *Buda* die Entwicklung der Auffassung psychischer Einfühlung von *Thomas Lipps* bis *Sigmund Freud*, der dem Begriff die tiefere Bedeutung unbewußter Kommunikation verleiht, ferner bis *Alfred Adler*, *Max Scheler* und *Carl Rogers*. Explizit und kritisch grenzt er die Empathie von der der Psychiatrie eigenen, zielgerichteten Charakterisierung in wissenschaftlichen Begrifflichkeiten ab, die darüberhinaus kein Interesse mehr an der Persönlichkeit des Patienten zeigt. In weiteren Kapiteln über das aktuelle Verständnis des Empathiebegriffes, seine non-verbale Kommunikationsgrundlagen, seine persönlichkeits-theoretischen Aspekte und ihre vielfältige Problematik, setzt sich *Buda* mit dem Wesen der Empathie als komplexem Phänomen auseinander: Sie setzt neben der Fähigkeit und dem Willen, sich in den anderen hineinzufühlen, auch die Offenheit und Flexibilität der eigenen Ich-Grenzen, die eigene Spontaneität, die Identifikationsbereitschaft und das aktive Interesse am anderen Menschen voraus. Sie ist, nach *Buda*, dem Kind in besonderem Maße eigen, nimmt aber in unserer Kultur beim Erwachsenen allmählich ab. Frauen sind nach *Buda* empathiefähiger als Männer. Er diskutiert biologische und kulturelle Determinanten, die die Entwicklung der in der normalen Mutter-Kind-Beziehung wurzelnden Empathiefähigkeit beeinflussen. Dabei vertritt *Buda* die Auffassung, daß Empathie erlernbar, entwickel- und trainierbar ist.

Im zweiten Teil des Buches wird die Bedeutung der Empathie in menschlichen Beziehungen, in der pädagogischen Tätigkeit, der Allgemeinmedizin, der Psychotherapie – insbesondere der Psychoanalyse –, der Interviewtechnik, der Arbeit mit Kriminellen und in der Kunst ausführlich analysiert. Das Buch schließt mit einem Kapitel, das den Möglichkeiten psychometrischer Erfassung und Standardisierung der Empathie – beispielsweise mit Hilfe der Meßskala von *Deutsch* und *Madle* (1975) – gewidmet ist.

Zurecht kritisiert *Buda* die immer eingengtere, unempathisch-formeller werdende Kommunikation zwischen Arzt und Patienten in der heutigen technologisch bestimmten Medizin – und erweist sich darin als ein Nachfolger seines großen Landsmannes und Vorgängers *Michael Balint*. Empathie impliziert das Paradigma eines Menschenbildes, das der Notwendigkeit des »Austritts des Menschen aus der Einsamkeit der Individuation« in unserer Zeit Rechnung trägt. *Budas* Werk steht im Zeichen dieses Paradigmas, das er mit Engagement für alle Bereiche der Arbeit mit Menschen vertritt. Seine Hauptbedeutung besteht in der ausschöpfenden und gleichzeitig persönlichen Behandlung des wichtigen, bisher vernachlässigten Themas, in seiner Zugänglichkeit auch für den Nichttherapeuten und seinem sehr ausführlichen, fast 250 Titel enthaltenden Literaturindex.

Egon Fabian (München)

Edgar Rümmele (Hrsg.)

Spektrum der Bewegungspsychotherapie – Ausgewählte Behandlungsbeispiele

Harri Deutsch Verlag, Frankfurt am Main, Thun 1991, 134 Seiten

Mit Methoden der Bewegungspsychotherapie können verschiedenste Krankheitsbilder behandelt werden; *Edgar Rümmele* stellt in diesem Buch einige, teils außergewöhnliche Ansätze zur Therapie von verhaltensauffälligen Kindern und Erwachsenen mit verschiedenen Ängsten, Diabetes oder Borderline-Störungen vor. Der Herausgeber selbst ist Sportlehrer, Psychotherapeut und Privatdozent für Bewegungspsychologie und Psychophysiologie. Im Einleitungskapitel »Theoretische Implikationen und methodische Integrationen im Spektrum der Bewegungspsychotherapie« unternimmt er es, die verschiedenen Körper- und Bewegungstherapien, die er als innovatives Gebiet einer sich strukturell wandelnden Psychotherapie versteht, in einen Bezugsrahmen einzuordnen und gegenüber den traditionelleren Formen der Psychotherapie einerseits und reinem Sport oder Krankengymnastik andererseits abzugrenzen. Zu den »Bewußtseinstherapien« zählt er u.a. Gestalttherapie, Bioenergetik, Leibtherapie (*Dürckheim*), Alexander-Technik, *Feldenkrais*, Focusing, Psychomotorik (*Kiphard*). Ihnen ist nach *Rümmele* das »Erspüren von Körper- und Geist-Empfindungen gemeinsam«. Davon unterscheidet er »Entspannungstechniken« wie progressive Muskelrelaxation (*Jacobson*), funktionelle Entspannung (*Fuchs*), Eutonie und Atemgymnastik sowie die »mediengebundenen Förderprogramme« wie therapeutisches Reiten, Schwimmtherapie, Psychotanz, die meist aus Behindertensport und Heilpädagogik stammen. Als »Differenzielle Bewegungspsychotherapie« bezeichnet er eine Therapie, die im Überschneidungsbereich der o.g. Ansätze operiert und in einen Therapiekontext eingeordnet ist.

Der sportwissenschaftliche und verhaltenstherapeutische Hintergrund *Rümmeles* wird in seinen eigenen Kapiteln zu »Streß« und »Berufsangst«

besonders deutlich. Er schildert jeweils Fälle, für die er ein patientenspezifisches Therapieprogramm zusammenstellte, in das er auch weniger alltägliche Methoden wie Bogenschießen, Tai Chi und Betriebssport einbezog. Bei einem Feuerwehrmann mit Berufsangst half jedoch all dies wenig. Im Schlußsatz des Kapitels klingt ein Verständnis dafür an, daß eine ungeliebte Arbeit, mit der sich ein Mensch nicht identifizieren kann, ihn psychosomatisch schwer leiden läßt und oft zu Frühberentung und damit aufs soziale Abstellgleis führt, während derselbe Mensch bei einer seinen Interessen entsprechenden Tätigkeit selbst großen Anstrengungen bei psychischem und physischem Wohlbefinden gewachsen sein kann. Es wäre wünschenswert, daß *Rümmele* diesen Aspekt der Selbstfindung im Beruf noch stärker in den Mittelpunkt seiner therapeutischen Arbeit stellte.

Die Suche nach eigener Identität steht im Zentrum des Kapitels »Borderline-Störungen« von *Günter Ammon*, Begründer der Berliner Schule der Dynamischen Psychiatrie. Er beschreibt die von ihm entwickelte Humanstrukturelle Tanztherapie, bei der ein Patient freiwillig und spontan nach selbstgewählter Musik in der Mitte einer Gruppe tanzt, wobei nicht tänzerisches Können, sondern »das unbedingte Sich-der-Gruppe-gegenüber-darstellen« wesentlich ist. Indem keinerlei Thematik oder Struktur vorgegeben ist, können sich die Bewegungen aus dem Unbewußten gestalten. Die Gruppe und der Therapeut geben dem Tanzenden anschließend Feedback. Gerade Borderline-Patienten, deren frühe Störung die zentralen Persönlichkeitsfunktionen der Angst, Aggression, Abgrenzung, Kontakt- und Gruppenfähigkeit etc. beeinträchtigt und die *Ammon* auf eine destruktive und defizitäre Dynamik der Primärgruppe zurückführt, können durch diese Therapieform erreicht werden. Hier ist der Körper in seiner Bildsprache (Gestik, Mimik, Bewegung, Körperlandschaft) selbst Ausdrucksmittel, während den Patienten verbale Einzel- oder Gruppentherapie oft nicht hilft, weil sie ihre innere Leere hinter einem äußerlich angepaßten Verhalten verbergen können. Auf dem Hintergrund seiner umfangreichen Erfahrung in stationärer und ambulanter Psychotherapie betont *Ammon* die Notwendigkeit, die Humanstrukturelle Tanztherapie in ein therapeutisches Gesamtkonzept einzubetten, das immer auch Einzel- oder Gruppenpsychotherapie, bei der stationären Therapie weiters Milieuthherapie und andere nonverbale Methoden umfaßt.

Höhenangst behandeln *G. Huber* vom Sportinstitut der Universität Heidelberg und *R. Axter* vom Psychiatrischen Landeskrankenhaus Weinsberg unter sportpädagogischen, lern- und verhaltenstheoretischen Aspekten, aus denen sie ihre therapeutische Methode ableiten. In einem weiteren Kapitel schreibt *W.-D. Miethling* über Sport auf verhaltenstherapeutischer Grundlage bei Diabetes-Patienten. Besonders für hyperkinetische, verhaltens- und psychomotorisch auffällige Kinder, deren Bewegungsdrang extrem groß ist, scheinen bewegungstherapeutische Verfahren geeignet. Hier stellen Autoren mit sehr unterschiedlicher Ausbildung und Tätigkeiten ihre Herangehensweise an Beispielen dar, so *A. Fritz* und *R. Keller* vom

Schulpsychologischen Dienst Köln, *H. Deimel* vom Institut für Rehabilitation und Behindertensport der Sporthochschule Köln und *G. Hölter*, Professor für Motopädagogik und Mototherapie der Universität Marburg und Mitherausgeber des Handbuchs »Tanztherapie – Theorie und Praxis«.

Das Lesen des Buches wird durch unmäßig viele Fehler – einmal fehlt sogar der Schlußsatz eines Kapitels! – mitunter zum Ärgernis. Insgesamt ist der Band anregend und empfehlenswert für alle, die mit Kindern oder psychisch kranken Menschen arbeiten, gerade weil er auf die Bedeutung der Bewegung und des Körpers aufmerksam macht und Denkanstöße für ein erweitertes Verständnis der beschriebenen Störungen gibt.

Sylvelin Römisch (München)

Otto Kernberg

Aggression in Personality Disorders and Perversions

Yale University Press New Haven and London 1992, 316 Seiten

Kernbergs 1992 erschienenes Buch gibt einen Einblick in seine Auffassung der Aggression und ihrer theoretischen und klinischen Bedeutung für die von ihm als Persönlichkeitsstörungen beschriebenen Krankheitsbilder. Dabei versteht *Kernberg* die Aggression und damit alle »primitiven« Affekte – wie auch die komplexeren Phänomene der Emotionen und Gefühle – als den »psychischen Aspekt« aggressiver und libidinöser Triebe, d.h. als »überbrückende Strukturen zwischen den biologischen Instinkten und den psychischen Trieben«. Damit bleibt *Kernberg*, wie er selber schreibt, der modifizierten Triebtheorie *Freuds* treu, wobei die Modifikation darin besteht, daß *Kernberg* der Rolle der Affekte in der Persönlichkeitsentwicklung zwischen »neuropsychologischen Determinanten und frühen interpersonellen Erfahrungen der Kindheit« Rechnung trägt. Hier wird auf dieselbe duale psychogenetische Erklärung zurückgegriffen, die *Kernberg* bereits in seinem Buch »Borderline Conditions and Pathological Narcissism« von 1975 vertrat und die die Bezeichnung *Kernbergs* als »kreativer Eklektiker« (*Alan A. Stone* im *American Journal of Psychiatry*) berechtigt erscheinen läßt.

Wenn beispielsweise Haß im Kapitel 2 (The Psychopathology of Hatred) entsprechend der Auffassung der Objektschule als Elimination des begehrten Objekts i.S. sadistischer Zerstörungswünsche innerhalb der Pathologie der Mutter-Kind-Beziehung bei »Hoch-Risiko-Kleinkindern« erklärt wird, dann wird gleichzeitig mit diesem nicht näher definierten Begriff eine theoretische Tür offengelassen. Da die Persönlichkeitsorganisation nach *Kernberg* neben dem Biologischen von den internalisierten Objekten – und nicht den internalisierten Beziehungen – geprägt wird, entfällt in der psychischen Entwicklung des Kindes weitgehend die pathogene Rolle der Eltern – beispielsweise in der von *Ammon* betonten, nicht erlaubten schuldfreien Ablösung des Kindes – ebenso wie jeglicher grup-

pendynamischer Einfluß der Primärgruppe. Die Behandlung reduziert sich dann a priori auf das Zweier-Setting Patient-Therapeut, ohne der Gruppenpsychoanalyse therapeutische Relevanz einzuräumen. Und wenn die reale Rolle der Umgebung in der Pathogenese der Aggression – auf die Mutter beschränkt – erwähnt wird, dann lediglich auf der Verhaltensebene (»extrem widersprüchliches, unzuverlässiges Verhalten von Seiten der Mutter«), ohne den unbewußten Dynamiken, wie etwa der double-bind-Dynamik, Rechnung zu tragen. Von den insgesamt 316 Seiten des Buches wird die Bedeutung der therapeutischen Traumarbeit lediglich auf weniger als einer Seite behandelt.

Ein großer Teil des Buches wird der Auseinandersetzung mit den einzelnen Persönlichkeitsstörungen gewidmet, wobei *Kernberg* zwar ein spektrales Kontinuum postuliert, jedoch nur innerhalb der einzelnen Kategorien (wie z.B. der hysterischen Persönlichkeitsstörung) und nicht als konzeptionell begründetes gleitendes Spektrum, das alle Persönlichkeitsstörungen erfaßt. Die meist sehr intellektuell wirkenden und nicht immer transparenten theoretischen Diskussionen der einzelnen Krankheitsbilder werden mit gelegentlichen Fallvignetten illustriert, die aber – wie auch in *Kernbergs* anderen Büchern – ebenfalls intellektuell und unempathisch wirken, mit wenig Einfühlung in die individuelle Eigenart und das individuelle Schicksal seiner Patienten. Nirgendwo taucht der Gedanke auf, der für Verständnis und Therapie des Borderline-Patienten in der Dynamischen Psychiatrie *Günter Ammons* wesentlich ist, daß unter der Aggression des Borderline-Patienten oder des sexuell »Perversen« die tiefe, existentielle Verlassenheitsangst verborgen ist, die der Therapeut empathisch verstehen und annehmen muß. Denn die Beziehung zum Therapeuten verläuft allein auf der Ebene der in Übertragung und Gegenübertragung widerspiegelten Objektbeziehungen, in denen abstrahierte Selbst- und Objektimages projiziert werden. Bei *Kernberg* ist überall das Denken in den Kategorien von Beziehung und Gruppe ausgeschlossen.

Wenn auch *Kernberg* in der Kontroverse über die Veränderbarkeit psychischer Struktur sich der Auffassung *Rapaports* (1960) anschließt, die psychische Strukturen als »langsam veränderbare Strukturen« versteht, ist sein Verständnis der Aggression als grundsätzlich zerstörerische Kraft, die zwischen Instinkten und Trieben vermittelt, von einer implizit pessimistischen therapeutischen Einstellung geprägt. Denn wenn (destruktive) Aggression physiologisch entsteht, dann regeneriert sie sich ständig, so daß Psychotherapie zur Sisyphusarbeit wird und das Leid des Kranken höchstens lindern kann. Die Fallvignetten wirken deshalb unabgeschlossen – denn aus der nach *Kernbergs* Sicht schicksalhaften, konstitutionell bedingten oder mitbedingten Persönlichkeitsorganisation ist letzten Endes kein Entrinnen möglich und die Therapie bleibt im Grunde symptomatisch.

An diesem Punkt ist der Kontrast am spürbarsten zwischen *Kernbergs* pessimistischer Auffassung der grundsätzlichen Unveränderbarkeit der Krankheitsbilder und *Ammons* Konzept der grundsätzlichen und prozeß-

prozeßhaften strukturellen Veränderbarkeit des kranken Menschen. Denn während *Kernbergs* Auffassung auf seinem vom *Freudschen* Todestrieb abgeleiteten Verständnis von Aggression basiert, versteht *Ammon* die Aggression als ursprünglich konstruktiv und durch gruppenspezifisch und sozialenergetisch bestimmte Einzel- und Gruppentherapie wiederherstellbar – und er leitet aus diesem Verständnis einen der Eckpfeiler seines Menschenbildes und seines therapeutischen Credo ab.

Egon Fabian (München)

Sigmund Freud

Massenpsychologie und Ich-Analyse – Die Zukunft einer Illusion

Einleitung von *Reimut Reiche*

Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main 1993, 167 Seiten

»Wir schreiben das Jahr 1921 und durch die Bewegung der Massen sind die Habsburger Monarchie, das zaristische Rußland und das deutsche Kaiserreich gerade eben gestürzt worden oder zerfallen und an die Stelle der alten Ordnungen treten nun höchst beunruhigende und unerprobte neue Institutionen und Ordnungen, die sich auf Massenwellen stützen. ...Wir wissen, daß er (*Freud*) von all dem ebenso aufgewühlt war, wie die Zeitgenossen um ihn.« So skizziert *Reimut Reiche* den geschichtlichen Hintergrund, vor dem *Freud* im Jahre 1921 eine seiner wichtigsten, kulturhistorischen Arbeiten, nämlich »Massenpsychologie und Ich-Analyse« schrieb. Sie ist zusammen mit dem Essay »Die Zukunft einer Illusion« im Sommer 1993 in einem schmalen Fischer-Taschenbüchlein erschienen. Beiden Arbeiten wurde eine Einleitung des Frankfurter Soziologen und Psychoanalytikers *Reimut Reiche* vorangestellt, von dem bereits einige Bücher publiziert worden sind, wie z.B. »Sexualität und Klassenkampf«, »Der gewöhnliche Homosexuelle« und »Geschlechterspannung«.

Für *Freud*, so schreibt *Reiche* weiter in seiner Einleitung, war es immer eine Selbstverständlichkeit, die Erkenntnisse über Aufbau und Funktion des Individuums auf Aufbau und Funktion der Gesellschaft anzuwenden. »Überblickt man das schriftlich niedergelegte Werk *Freuds* in seiner Gesamtheit, so macht man die überraschende Feststellung, daß die Schriften, die Fragen der Gesellschaft, der Kultur, der Kunst und Literatur gewidmet sind, fast die Hälfte des Gesamtwerks ausmachen, und daß diese Fragen ihn während seines gesamten, wissenschaftlich aktiven Lebens bis unmittelbar zu seinem Tode begleiteten.« *Reiche* gelingt es, verschiedene Querverbindungen von den beiden, in diesem Band vorgestellten Essays *Freuds* zu anderen Arbeiten herzustellen, die dieser davor und danach veröffentlicht hat, was die Einleitung gerade für den Neueinsteiger interessant macht. Gleichzeitig versieht er *Freuds* Arbeiten mit einigen kritischen Bemerkungen, die von manch einem Leser nicht ganz ohne Widerspruch rezipiert werden dürften. Schließlich versucht er darzustellen, welche

Früchte das kulturhistorische Projekt *Freuds* insbesondere nach seinem Tod getragen hat. Leider beschränkt er sich in diesem überaus spannenden Punkt weitgehend auf Arbeiten der Frankfurter Schule von *Adorno*, *Mitscherlich* u.a. Und noch etwas sei bemängelt: Der eingangs zitierte Satz aus *Reiches* Einleitung ist einer seiner kürzeren. Phasenweise ist die Einleitung durch ihren langsätzigen und verkomplizierenden Stil nicht gerade flüssig geschrieben. Nichts desto weniger eröffnet sie uns interessante Perspektiven, fordert zu Diskussion und Widerspruch heraus.

Thomas Abel (Berlin)

Anna Freud

Zur Psychoanalyse der Kindheit. Die Harvard-Vorlesungen

Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main 1993, 144 Seiten

Das Bändchen enthält die Tonband-Übertragungen einer Vorlesungsreihe, die *Anna Freud* 1952 als Gastdozentin an der Harvard-Universität gehalten hat. Sie umreißt darin ihre psychoanalytische Entwicklungspsychologie, deren pädagogische Konsequenzen zum Teil mit Beispielen verdeutlicht werden. Sie ist dabei erfreulich undogmatisch, indem sie ihre Auffassungen durch Aufzeigen ihrer Entstehungsgeschichte relativiert. Die Darstellung ist auch für Nicht-Fachleute verstehbar. Sie hat den Charakter einer Einführung und verzichtet bewußt auf die Durcharbeitung theoretischer Schwierigkeiten.

Erwin Leßner (Garmisch-Partenkirchen)

Ludger Lütkehaus

»O Wollust, o Hölle«. *Die Onanie. Stationen einr Inquisition.*

Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main 1992, 282 Seiten

Der Freiburger Literaturwissenschaftler *Ludger Lütkehaus* hat sich eines auch heute noch weithin tabuisierten Themas angenommen, der Onanie. Er publiziert und kommentiert zunächst zentrale Texte aus der Geschichte der Onanie-»Inquisition«, der »sexualmoralischen Ketzer- und Hexenjagd des bürgerlichen Zeitalters«. Hier tritt, neben der »schwarzen Pädagogik«, auch eine »schwarze« Medizin ins Rampenlicht, die die masturbatorische Selbstbefriedigung durch Vorspiegelung verheerender Folgen – bis hin zu geistigem Verfall, Siechtum und Tod – bekämpft, und nicht einmal vor chirurgischen Eingriffen zurückschreckt. Auch Exponenten der Aufklärung, wie *Rousseau* und *Kant*, erweisen sich als erbitterte Kämpfer gegen die Onanie.

Aber *Lütkehaus* denkt auch an die Lust seiner Leser und zitiert deshalb ausgiebig die Satiriker und Humanisten, die sich über die Inquisitoren lustig machen: *Lichtenberg*, *Twain*, *Flaubert* und *Strindberg*, aber auch »onanistische Deckphantasien« (*Lütkehaus*) aus den Werken von *Tolstoj*, *Wedekind*, *Thomas Mann* und *Stefan Zweig*. *Nietzsche* nennt die Verurteilung der Onanie »das Keuschheitsgegrunze der verunglückten Schweine.

Zu guter Letzt kommt noch *Freud* zu Wort, der entscheidend zur Entkrampfung der gesellschaftlichen Einstellung gegenüber der Onanie beigetragen hat, obwohl er sie zeitlebens für schädlich hielt. Dabei wird deutlich, wie schwer es *Freud* in seinem »Schlußwort der Onaniediskussion« fiel, das Thema zu einem befriedigenden Abschluß zu bringen.

Erwin Leßner (Garmisch-Partenkirchen)

Rolf D. Hirsch

Psychotherapie im Alter

Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto 1990, 140 Seiten

Seit den 70er Jahren ist im deutschsprachigen Raum ein zunehmendes Interesse an der Psychotherapie im Alter festzustellen. Im Jahre 1989 fand im Rahmen dieser Bemühungen eine 1. Arbeitstagung »Alter und Psychotherapie« in Erlangen statt, auf der namhafte Forscher und Therapeuten aus der Bundesrepublik Deutschland die derzeitige Situation der Alterspsychotherapie dargestellt haben. Das vorliegende Buch ist eine Sammlung der bemerkenswerten Referate dieser Arbeitstagung. Aus allen Beiträgen ist ersichtlich, wie unbegründet die Behauptung ist, es habe wenig Sinn, Ältere psychotherapeutisch zu behandeln.

Rita Primbas (Berlin)

Eingetroffene Bücher / Books Received

Arnade, Sigrid (1992): Weder Küsse noch Karriere. Erfahrungen behinderter Frauen. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag

Dittmann, V./Dilling, H./Freyberger, H. (Hrsg.) (1992): Psychiatrische Diagnostik nach ICD-10. Klinische Erfahrungen bei der Anwendung. Bern/Göttingen/Toronto: Hans Huber

Doyle, Paddy (1991): Dein Wille geschehe? Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag

Dreifuss-Kattan, Esther (1993): Krebs. Kreativität und Selbstheilung. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag

- Düttmann, Alexander Garcia* (1993): Uneins mit Aids. Wie über einen Virus nachgedacht und geredet wird. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag
- Erdheim, Claudia* (1988): Herzbrüche. Szenen aus der psychotherapeutischen Praxis. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag
- Fay, Beatrix* (1993): Ein paar Wunder bitte. Bericht über eine Risikoschwangerschaft. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag
- Fine, Reuben* (1990): Der vergessene Mann. Männliche Psyche und Sexualität aus psychoanalytischer Sicht. München: Psychologie Verlags Union
- Frances, A.J./Hales, R.E.* (Editors) (1988): Review of Psychiatry, Volume 7. Washington, DC: American Psychiatric Press
- Freud, Sigmund* (1993): Bruchstück einer Hysterie-Analyse. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag
- Gröninger, S./Fürstenau, P.* (Hrsg.) (1994): Weiterbildungsführer Psychotherapeutische Medizin. Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Psychosomatik, stationäre Psychotherapie. München: J. Pfeiffer Verlag
- Günther-Gödde, Verena* (1992): Die Lösung. Befreiung aus einer psychischen Abhängigkeit. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag
- Haag, H./Rüther, E./Hippius, H.* (1992): Tardive Dyskinesia. Seattle/Toronto/Bern/Göttingen: Hogrefe & Huber Publishers
- Heisterkamp, Günter* (1993): Heilsame Berührungen. Praxis leibfundierter analytischer Psychotherapie. München: J. Pfeiffer Verlag
- Hell, Daniel* (Hrsg.) (1993): Ethologie der Depression. Familientherapeutische Möglichkeiten. Stuttgart/Jena: Gustav Fischer
- Janov, Arthur* (1993): Der neue Urschrei. Fortschritte in der Primärtherapie. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag
- Jerneizig, R./Langenmayr, A./Schubert, U.* (1991): Leitfaden zur Trauertherapie und Trauerberatung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Kahn, Sandra S.* (1991): Das Ex-Frau Syndrom. Bindung als Fessel und wie frau sie löst. München/Zürich: Piper Verlag
- Kopp, Sheldon. B.* (1993): Das Ende der Unschuld. Ohne Illusionen leben. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag
- Kruse, Gunther* (1992): Praxisratgeber Sozialpsychiatrie als integraler Bestandteil therapeutischer Konzepte. Stuttgart/Jena/New York: Gustav Fischer Verlag
- Kurlan, Roger* (Editor) (1993): Handbook of Tourette's Syndrome and Related Tic and Behavioral Disorders. New York/Basel/Hong Kong: Marcel Dekker
- Laudowitz, Edith* (1993): Älter werden wir doch alle... Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag
- Lohner, Marlene* (Hrsg.) (1991): Was willst du, du lebst. Trauer und Selbstfindung in Texten von Marie Luise Kaschnitz. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag
- Malecki-Gilys, Kristine* (1992): Diese eine Reise noch. Eine Mutter stirbt. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag

- Matakas, Frank* (1992): Neue Psychiatrie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Millhahn, Ulrike* (1992): Von der Schwierigkeit, eine gute Stiefmutter zu sein. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag
- Münker, Bertram* (1989): Schmerzlose Entwicklung. Ein Krebstagebuch. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag
- Müller, Else* (1989): Du fühlst die Wunder nur in dir. Meditatives Tagebuch zum Entspannen, Besinnen und Träumen. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag
- Neuffer, Martin* (1992): Nein zum Leben. Ein Essay. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag
- Neumann, Erich* (1992): Die Psyche als Ort der Gestaltung. Drei Eranos-Vorträge. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag
- Osorno, Alexander Prieto* (1993): Die Mörder von Medellin. Todeskult und Drogenhandel. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag
- Schafetter, Christian* (1990): Schizophrene Menschen. 3. Auflage. München: Urban & Schwarzenberg
- Schubert, Bettina* (1993): Erziehung als Lebenshilfe. Individualpsychologie und Schule. Ein Modell. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag
- Seligman, Martin E.P.* (1992): Erlernte Hilflosigkeit. 4. Auflage. Weinheim: Psychologie Verlags Union
- Thomas, Hans* (Hrsg.) (1993): Menschlichkeit der Medizin. Herford: Busse Seewald Verlag
- van Leeuwen, Ruth* (1989): Rückkehr zur Öffentlichkeit. Eine Frau lernt ihr Leben wieder lieben. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag
- Wallburg, Hans D.* (1993): Nachtfrost. Tagebuch eines Alkoholrückfalls. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag
- Wiesendanger, Harald* (1992): Die Jagd nach Psi. Über neue Phänomene an den Grenzen unseres Wissens. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag
- Wolters, Franziska* (1989): Abenteuer Adoption. Leben mit verletzten Kindern. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag
- Zupnik, Necha* (1992): Janina ist nicht wie die anderen. Ein Kind mit Handikaps. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag

Nachrichten / News

Körmendy Györgyi dr. 70-edik születésnapjára

Dr. phil. *Körmendy Györgyi* gyermekpszichológus, pszichoterapeuta, kiképző családterapeuta, a dinamikus pszichiátria kiképzője és magyarországi képviselője 1994 április 18-án 70 éves. Gyermekpszichológusként kezdte szakmai pályafutását. Mint haladó felfogású, gondolkozásában és érzelmi világában mélyen humanista terapeuta. évtizedeken keresztül állt szemben az elmúlt politikai rendszer korlátaival – kreativitásában akadályozottan. Egy évtizede áll szoros kapcsolatban a dinamikus pszichiátriával, személyes kapcsolat, mély elismerés és elfogadás fűzi *Günter Ammon*hoz. Hosszabb időt töltött a müncheni Mengerschwaige Klinikán, megismerte és magáévá tette az elméleti és kezelési koncepcióját. Nemcsak munkájában, hanem szívében is a dinamikus pszichiátria híve. Előadá sokkal, publikációkkal terjesztette *G. Ammon* tanítását és megfogalmazta a reláció-analízis fogalmát az interperszonális kapcsolatokban. Magyarországon fő kutatási iránya a gyermekcentrikus családterápia, a destruktív családdinamika vizsgálata. 1992-ben megalapította a Magyar Dinamikus Pszichológiai és Pszichiátriai Egyesületet (DPPE). 60 taggal és nagy érdeklődési körrel. Ő az Egyesület elnöke.

Ma is fiatalos energiával tanítja a humánstruktúrológia tanait. Köszöntjük öt születésnapján, kívánunk további életerőt, egészséget, szociális energiát és ebben a megérdemelt elismerést.

Zum 70. Geburtstag von Frau Dr. Györgyi Körmendy



Dr. phil. *Györgyi Körmendy* Kinderpsychologin, Psychotherapeutin, ausbildende Familientherapeutin und Vertreterin der Dynamischen Psychiatrie in Ungarn wird am 18. April 1994 70 Jahre alt. Ihre berufliche Laufbahn begann Dr. *Körmendy* als Kinderpsychologin. Als fortschrittliche, in ihrem Denken und Fühlen zutiefst humanistische Therapeutin, war sie jahrzehntelang durch das frühere politische System in Ungarn in ihrer Kreativität eingengt. Seit einem Jahrzehnt steht Frau Dr. *Körmendy* in enger Beziehung zur Dynamischen Psychiatrie; mit *Günter Ammon* ist sie in tiefer Treue

und Anerkennung verbunden. Sie verbrachte eine längere Zeit in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige in München, lernte deren theoretische und therapeutische Konzeption kennen und machte sie sich zu eigen. Sie ist eine Verfechterin der Dynamischen Psychiatrie – nicht nur in ihrer Arbeit, sondern auch in ihrem Herzen. Mit ihren Vorträgen und Publikationen hat sie zur Verbreitung der Lehre *G. Ammons* in Ungarn beigetragen. Sie hat den Begriff der Relatio-Analyse in interpersonellen Beziehungen formuliert. Die Hauptrichtung ihrer Forschungsarbeit ist die Untersuchung der destruktiven Familiendynamik im Rahmen der kinderzentrierten Familientherapie. Seit 1992 leitet sie als Vorsitzende die von ihr gegründete Ungarische Dynamisch-Psychologische und -Psychiatrische Gesellschaft (DPPE), die heute 60 Mitglieder und einen großen Interessenkreis zählt.

Auch heute noch lehrt Frau Dr. *Körmendy* die Konzeption der Humanstrukturologie mit jugendlicher Energie. Wir gratulieren ihr vom Herzen zu Ihrem Geburtstag und wünschen Ihr weitere Lebenskraft, Gesundheit und Sozialenergie, die auch die ihr schon lange gebührende Anerkennung beinhalten sollte.

Sandor Bollok (Budapest), *Egon Fabian* (München)

Die 89. Gruppendynamische Tagung der Deutschen Akademie für Psychoanalyse e.V. in Paestum (Südditalien) vom 22.12.93 bis 1.1.94

Die 89. Klausurtagung der Deutschen Akademie für Psychoanalyse, die unter der wissenschaftlichen Leitung von Dr. med. *Günter Ammon* und Dipl. Psych. *Maria Berger* stattfand, war durch ein dichtes sozialenergetisches Feld bestimmt. Nach *Günter Ammon* entstehen sozialenergetische Prozesse dann, wenn sich Menschen um ein gemeinsames, von allen als wichtig empfundenen Projekt zusammenfinden und sich darüber auseinandersetzen. Für die Teilnehmer der Tagung war es ein Anliegen, die Tage um Weihnachten und Silvester nicht alleine, sondern in Kontakt mit anderen Menschen zu erleben und zu feiern. Durch die Festtage, insbesondere durch den Jahreswechsel, tauchten verstärkt Fragen an die eigene Identität auf. Im Verlaufe eines Tages traf sich die aus 27 Erwachsenen und 1 Kind bestehende Gruppe zur gruppendynamischen Selbsterfahrung, zum humanstrukturellen Tanz und zu den wissenschaftlichen Seminaren. Sie stellte sich damit in die Tradition der seit 1969 (beginnend mit dem I. Internationalen Symposium der DAP über Psychoanalytische Gruppenpsychotherapie) regelmäßig stattfindenden menschlichen Begegnungen auf dem Areal der Casa Ammon.

Die Einbeziehung der Casa Ammon und des Tagungsgeschehens in eine Kulturlandschaft (die ersten Ausgrabungen aus der Umgebung von Paestum stammen aus der Steinzeit) führte dazu, daß eine über das Individuelle und Gegenwärtige hinausreichende Dimension in das Gruppen-

geschehen eingebracht wurde. Nach der Führung durch das Tempelgelände (in Paestum finden sich die drei am besten erhaltenen antiken griechischen Tempel) und das benachbarte Museum, bei der Dr. *Ammon* und *Maria Berger* Wurzeln unseres Denkens in der Antike aufzeigten, wurde eine tiefe Verbindung der Gruppenteilnehmer zu den Menschen, der Landschaft und den Kunstwerken dieses Landstriches spürbar. Aber auch die Einbettung der Casa-Tagungen in das gegenwärtige Leben Paestums durch jahrelange freundschaftliche Bindungen zu Bürgern des Ortes spielte eine wichtige Rolle für die Atmosphäre und das Lebensgefühl der Gruppe.

Zur Integration des Gruppenprozesses trug besonders bei, daß die Gruppe aus verschiedenartigen Persönlichkeiten zusammengesetzt war, die sich gegenseitig interessant fanden. Es kam ein intensiver sozialenergetischer Austausch zustande, zu dem gerade auch die Eifersucht, eines der zentralen Themen in der Gruppe, Anteil hatte, indem sie als interpersonelles Geschehen zugelassen und verstehbar gemacht wurde.

In der Mitte der Tagung fand ein Großgruppenausflug nach Capri statt, einer Insel, die durch geschichtliche Hinterlassenschaften zahlreiche Persönlichkeiten aus Politik, Kultur und Wissenschaft eine besondere und exklusive Ausstrahlung hat. Als ein Zeichen der Reife in den Beziehungen war es zu werten, daß es in dieser Phase des Gruppenprozesses einen »fließenden Leiterstab« gab, d.h. daß die Grenzen zwischen Gruppenmitgliedern und Leiterstab flexibel geworden war.

Die Gruppe setzte sich eindringlich mit den Erwartungen und verinnerlichten Erfahrungen in Verbindung mit Weihnachten und Silvester auseinander: Weihnachten als ein Fest, mit dem viele Menschen übergroße Sehnsüchte nach Liebe und Freude verbinden, dem aber oft die realen Erfahrungen von Liebesunfähigkeit und großer Enttäuschung entgegen stehen; Silvester als ein Fest, das im Ablauf der Zeit eine Grenze setzt, Abschluß und Neubeginn kennzeichnet. Daß dem eine lebendige Alternative durch das bunte Weihnachtsfest in der Casa und den stilvollen Silvesterball in einem Hotel am Strand entgegengesetzt werden konnte, lag daran, daß bereits vorab das Ringen um zwischenmenschliche Beziehungen den Boden für gemeinsame Erfahrungen geschaffen hatte.

In den begleitenden Seminarabenden werden vor allem Fragen der Sozialenergie aufgegriffen. *Ammon* spricht 1982 in seiner Arbeit über »Arbeit und menschliche Existenz« darüber, daß die Verstärkerkraft von Gruppen für Verhalten, Arbeit und Persönlichkeitsstruktur des einzelnen Menschen durch Sozialenergie bewirkt wird und sich an ihr zeigt. Die lebendige Arbeit in Gruppen ist es, die den Menschen am Leben, das heißt in einem ständigen Wachstumsprozeß, erhält. Die Verantwortlichkeit jedes lebendigen Menschen, sich sozialenergetischen Prozessen zu stellen, wurde in Beziehung gesetzt zur Frage nach menschlicher Schuld. Von menschlich-ethischer Schuld kann gesprochen werden, wenn ein Mensch nicht alles tut, was für die Entwicklung seiner Persönlichkeit notwendig ist. Die Folgen sozialenergetischer Defizite in der frühen Kindheit wurden aufgezeigt

anhand archaischer Ich-Krankheiten, wie der Psychosomatik, der Schizophrenie und der Borderline-Erkrankung. Ausführlich wurde auch diskutiert, ob Sozialenergie hirnphysiologische Funktionen zu beeinflussen vermag.

Im gesamten Verlauf der Tagung war zu beobachten, daß den Teilnehmern Freude am Beobachten und Studieren des Entstehens und Veränderns menschlicher Beziehungen vermittelt wurde. Wesentlich dazu beigetragen die humanstrukturellen Tanzsitzungen, da im körperlichen Ausdruck des jeweiligen Tänzers Ebenen der Mitteilung erreicht wurden, die durch Worte nicht erfaßt werden konnten. Am Ende der Tagung fiel es schwer, sich aus dem Gruppenprozeß zu trennen. Es hatte sich eine lebendige Gruppe mit vielfältigen Beziehungen entwickelt.



Abb.: Dr. Ammon und Frau Dipl. Psych. Berger mit Teilnehmern der Gruppendynamischen Tagung im Gelände der Casa Ammon

»So würde ich am liebsten immer mit Menschen zusammen leben und arbeiten« war der Konsens der Gruppe – das heißt, daß sich für jeder Teilnehmer im begrenzten zeitlichen Rahmen von 10 Tagen wichtige und neue Erfahrungsbereiche eröffnet haben. Gerade die zeitliche Begrenzung, die eine Forderung darstellt, sich mit Ängsten vor Beziehung und deren Abwehr auseinanderzusetzen, ermöglichte eine ganz besondere menschliche Erfahrung, nämlich das Wesenhafte und Einmalige jedes Menschen und der Gruppe wahrzunehmen.

Bianca Hohl, Monika Braun (Berlin)

*Arbeitskreis Klinisch-Psychologische Diagnostik des Berufsverbandes
Deutscher Psychologen (BDP) tagt in der Klinik Mengerschwaige*

Fachvertreter der klinisch-psychologischen Diagnostik innerhalb der Psychiatrie trafen sich am 15.1.1994 zu ihrem ersten Arbeitstreffen des Jahres 1994 in der Klinik Mengerschwaige in München. Der Arbeitskreis unter Vorsitz von Dipl.-Psych. *Henri Viquerat*, Neuwied, hatte sich zuletzt im Rahmen des »Zweiten Deutschen Psychologentages« in Bonn als Fachgruppe der Sektion Klinische Psychologie innerhalb des Berufsverbandes Deutscher Psychologen (BDP) getroffen.

Als Tagungsordnungspunkte für München waren vorgesehen, die »Psychiatrische Basis-Diagnostik mit MMPI und Gießen-Test«, vorgetragen durch Dipl.-Psych. *Martin Urban*, Esslingen, die Vorstellung des »Ich-Struktur-Tests nach *Ammon* (ISTA)« durch Dipl.-Psych. *Gisela Finke*, München sowie das Thema »Psychophysiologische Diagnostik bei Schizophrenen« durch Dipl.-Psych. *Burkhard Wiebel*, Dortmund.

Begrüßt wurden die 14 Teilnehmer aus ganz Deutschland sowie der Schweiz vom Vorsitzenden *Henri Viquerat* sowie als Gastgeberin von Frau Dipl.-Psych. Dr. phil. *Ilse Burbiel*, Leiterin der Psychologischen Abteilung der Klinik Mengerschwaige, die kurz die Geschichte der Klinik sowie der Dynamischen Psychiatrie darstellte und die Grundlagen der Berliner Schule, wie sie von Dr. *Günter Ammon* gelegt wurden, erläuterte. Schon hier entfaltete sich eine angeregte Diskussion über die spezifischen Erfahrungen in der Psychosentherapie, über die Schichtzugehörigkeit unserer Patienten, über Effizienzstatistiken und die Frage, woher die Patienten überwiesen werden.

Dipl.-Psych. *Martin Urban* referierte sehr ausführlich über seine Erfahrungen mit MMPI und Gießen-Test und den Versuch, eine »Struktur-Diagnose« zu erstellen, wobei er den Gießen-Test nicht nur zur Selbst- und Fremdeinschätzung heranzieht, sondern auch das Selfrating mit dem Wunschbild des Patienten vergleicht. Untermauert wurden diese Darstellungen durch umfangreiches Fallmaterial, was anschaulich diese erweiterten Anwendungsformen explizierte. Auch hier entfaltete sich eine rege Diskussion der Experten, wobei Anregungen für weitere Testentwicklungen, Empfehlungen für Kommissionen, Wünsche für den Ausbau vorhandener Testverfahren gegeben wurden.

Nach einem gemeinsamen Mittagessen und einer Führung durch die Räume und das Gelände der Klinik mit ausführlicher Erläuterung der Bedeutung der Milieuthherapie – was auf großes Interesse stieß – stellte Dipl.-Psych. *Gisela Finke* die Grundzüge des »Ich-Struktur-Tests nach *Ammon*« (ISTA) vor als eines Tests, der sowohl auf psychoanalytischer Basis als auch auf der Grundlage einer explizit formulierten Persönlichkeitstheorie konzipiert wurde. Lebhaftes Interesse fand das besondere Konstruktions-Merkmal der Differenzierung in die Qualitäten »konstruktiver«, »destruktiver« und »defizitärer« Entwicklung und die Aufhebung

des Dualismus von »krank« und »gesund«. Die bisherigen empirischen Untersuchungen mit dem ISTA zur Effizienz, zur Reliabilität und Validität zeigten die Brauchbarkeit des Instrument sowohl in der psychiatrischen als auch Persönlichkeits-Diagnostik, konkrete Falldarstellungen erläuterten die Grenzen und Möglichkeiten der Anwendung des Verfahrens, vor allem in Verbindung mit den anderen gängigen Tests und im Hinblick auf ein integratives diagnostisches Verständnis des Patienten im Rahmen einer Case-Konferenz.

Angesichts der Fülle der vorgetragenen Darstellungen und der Intensität der Diskussionen mußte der Beitrag von Dipl.-Psych. *Burkhard Wiebel* auf das nächste Treffen im Juni in Hildburghausen (Thüringen) vertagt werden.

Gerhard Wolfrum (München)

Ankündigungen / Announcements

1994 Annual Meeting

Organizer: American Psychiatric Association
 Theme: Sesquicentennial Celebration
 Location: Philadelphia, PA, USA
 Date: May, 21–26, 1994

The Family on the Treshold of the 21st Century: Trends and Implications

Location: The Jerusalem Crowne Plaza Holiday Inn and
 Jerusalem Convention Center
 Date: May 29 – June 1, 1994
 Information: ISAS International Seminars, P.O.Box 574,
 Jerusalem 91004, Israel, Tel. 972-2-868-124,
 Fax 972-2-868-165

91. Gruppendynamische Tagung der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V.

Veranstalter: Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V.
 Leitung: Dipl. Psych. Gabriele von Bülow
 Ort: Tagungszentrum der DAP in Paestum (bei Salerno/Süditalien)
 Zeit: 2.–12. Juni 1994
 Information/Anmeldung: Lehr- und Forschungsinstitute der Deutschen Akademie für
 Psychoanalyse (DAP) e.V., LFI Berlin, Kantstraße 120/121,
 10625 Berlin, Tel. 030/313 26 98; LFI München, Goethestr. 54,
 80336 München, Tel. 089/539674, Fax 089/532 88 37

XIV. Weltkongreß für Soziale Psychiatrie

Veranstalter: Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie und
 World Association for Social Psychiatry
 Thema: Abschied von Babylon –
 Verständigung über Grenzen in der Psychiatrie
 Leitung: Prof. Jorge a Costa e Silva, Ursula Plog, Jan Gross
 Ort: Kongreßzentrum und Universität Hamburg, Deutschland
 Zeit: 5.–10. Juni 1994
 Information: Nils-Jens Albrecht, Generalsekretär Weltkongreß für Soziale
 Psychiatrie, Psychiatrische und Nervenlinik Universitäts-
 krankenhaus Eppendorf, Martinistraße 52, 20251 Hamburg;
 Tel. 040/4717-5464, Fax: 040/4717-5455

4th International Conference on Grief and Bereavement in Cotemporary Society

Organizer: Swedish National Association for Mental Health
Location: City Conference Center/Norra Latin Stockholm, Sweden
Date: June 12-16, 1994
Information: Swedish National Association for Mental Health, Box 45246
S-10430 Stockholm, Sweden, Tel. 46-8231925, Fax 46-87917563

International Conference on Biomedical Periodicals

Organizer: Chinese Medical Association
Theme: Quality Control and Future of Biomedical Journals
Location: Beijing, China
Date: June, 16-18, 1994
Information: Dr. Jiang Yongmao, Chinese Medical Association,
42 Dongsi Xidajie, Beijing 100710, China,
Tel. (861) 5133311, Fax (861) 5123754

First International Conference on Bipolar Disorder

Organizer: University of Pittsburgh Medical Center
Location: William Pitt Student Union, University of Pittsburgh
Date: June 23-24, 1994
Information: Sheila Woodland, Mental Health Conference Planning,
Western Psychiatric Institute and Clinic, 3811 O'Hara Street,
Pittsburgh, PA 15213-2593, Tel. (412) 647 8262,
Fax (412) 647 8222

2nd International Congress on Prejudice, Discrimination and Conflict

Organizer: Prof. Yehuda Amir, Prof. Joseph Schwarzwald
Dept. of Psychology, Bar-Ilan University
Location: Jerusalem Hilton Hotel, Jerusalem, Israel
Date: July 4-7, 1994
Information: 2nd International Congress on Prejudice, Discrimination
and Conflict, P.O.B. 50006, Tel Aviv, Israel;
Tel. 972 35140014, Fax 972 35175674, 660325

European Regional Symposium of the World Psychiatric Association (WPA)

Organizer: Association of Portuguese Psychiatric (APP)
Theme: Developmental Issues in Psychiatry. Bio-psycho-social
Advances in Pathogenesis and Therapy
Location: Hotel Estorial Sol, Lisbon Coast
Date: July 10-14, 1994
Information: Miltours Travel, Rua Conde do Redondo 21, 1100 Lisboa,
Portugal, Tel. 01-3524166, Fax 01-3156930

92. Gruppendynamische Tagung der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V.

Veranstalter: Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V.
 Leitung: Dr. med. Günter Ammon
 Ort: Tagungszentrum der DAP in Paestum (bei Salerno/Süditalien)
 Zeit: 15.–25. August 1994
 Information: Lehr- und Forschungsinstitute der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V., LFI Berlin, Kantstraße 120/121, 10625 Berlin, Tel. 030/313 2698, Fax 030/313 2893; LFI München, Goethestraße 54, 80336 München, Tel. 089/53 96 74, Fax 089/532 88 37

6th World Congress of Family Therapy

Organizer: Hungarian Association for Family Therapy
 Chairman: Rátay Csaba, Ph. D.
 Location: Budapest, Hungary
 Date: August 20–24, 1994
 Information: Congress Bureau Motesz, Columbus u. 11, Budapest 1145, Hungary, Tel. 361-183-7918

XVth International Congress of Psychotherapy

Organizer: Dongsick Rhee, M.D.
 Title: Psychotherapy: East & West; Integration of Psychotherapy
 Location: Hotel Lotte, Seoul, Korea
 Date: August 21–25, 1994
 Information: Congress Secretariat 16th Int. Congress of Psychotherapy, 178-23 Songbuk-dong, Songbuk-ku, Seoul 136-020, Korea; Tel. (02)762-0273, Fax (02)765-9776

10th World Congress on Medical Law

Organizer: World Association for Medical Law; World Psychiatric Association, Section on Psychiatry, Law & Ethics
 Location: Ramada Congress Center, Jerusalem, Israel
 Date: August 28 – September 1, 1994
 Information: I.I. Stier Group Ltd., 28, Hayetzira St., Ramat Gan 52521, Israel, Fax 972-3-7516635

Annual Conference of the European Regional Council of the World Federation for Mental Health

Theme: Conflict and Mental Health
 Date: September 1–4, 1994
 Location: Belfast, Northern Ireland
 Information: Project Planning Montalto Estate, Spa Road, Ballynahinch, BT24 8 PT, Northern Ireland
 Tel. 44-238561993, Fax 44-238-565073

Baltic Sea Conference on Training in Medical Psychology, Psychotherapy and Psychosomatics

Location: Faculty of Medicine of Vilnius University
 Date: September 7–10, 1994
 Information: Prof. Eugenijus Laurinaitis, Malonioji Straße 5, Vilnius 2004, Lithuania, Tel. (3702) 75 1209, Fax (3702) 35 35 4825th

Annual Meeting of the American Academy of Psychiatry and the Law

Location: Hyatt Regency Hotel Maui, Hawaii
 Date: October 20–23, 1994
 Information: Roy J. O'Saughnessy, M.D., American Academy of Psychiatry and the Law, P.O. Box 30, Bloomfield, CT 06002, Tel. (203) 242-5450

10th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry WADP/XXII. Internationales Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP)

Organizer: Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP);
 V.M. Bechterev Psychoneurological Institute
 Title: Medicine and Psychology in a Holistic Approach to Health and Illness
 Location: St. Petersburg, Russia
 Date: October 25–29, 1994
 Information: Deutsche Akademie für Psychoanalyse, Goethestraße 54, D-80336 München, Tel. 089/539674, Fax 089/5328837;
 Bechterev Institute, u. Bechtereva 3, St. Petersburg, Russia, Tel. 0078 12 / 567 54 06, Fax 0078 12 / 567 81 27

93. Gruppendynamische Tagung der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V.

Veranstalter: Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V.
 Leitung: Dr. med. Günter Ammon
 Ort: Tagungszentrum der DAP in Paestum (bei Salerno/Süditalien)
 Zeit: 22. Dezember 1994 – 1. Januar 1995
 Information/ Anmeldung: Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V., LFI Berlin, Kantstr. 120/121, 10625 Berlin, Tel. 030/3132698, Fax 030/3132893;
 LFI München, Goethestraße 54. 80336 München, Tel. 089/539674, Fax 089/5328837

Im nächsten Heft erscheint ...

Béla Buda (Budapest)

Learning about Helping Relationships. Some Theoretical Considerations concerning the Balint Method

Jyoti Varma (Patna)

The Indigenous Approach to Understanding Sorrow and its Elimination

Ilse Burbiel / Monika Dworschak / Margit Schmolke (München)

Die Case-Konferenz – ein diagnostisches Instrument in der stationären, psychoanalytisch orientierten Psychotherapie

Helmut Volger (Berlin)

Gesellschaftliche Prozesse und Ideologiebildung

Rolf Schmidts (München)

Musiktherapie in der Dynamischen Psychiatrie

Gabriele von Bülow (Berlin) / *Monika Dworschak* (München)

Der Begriff des Unbewußten bei Ammon

Impressum

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

»Pinel« Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie GmbH München,
Goethestraße 54, 80336 München, Tel. (089) 53 96 74

Verlagsleitung und Hauptgeschäftsstelle/Head Office:

Kantstraße 120/121, 10625 Berlin, Telefon (030) 3 13 28 93

Gesellschafter des Verlages: Dipl. Ing. Werner Schütz, Kantstraße 120/121
10625 Berlin

Druck: Alfa-Druck GmbH, Buch- und Offsetdruckerei, Levinstraße 9a,
37079 Göttingen

Herausgeber/Editor: Dr. med. Günter Ammon, Meierottostraße 1,
10719 Berlin (verantwortlich für den wissenschaftlichen Teil)

Buchbesprechungen/Book reviews: Dr. med. (Univ. Tel Aviv) Egon Fabian,
Asamstraße 18, 81541 München

Nachrichtenteil/News: Verantwortlich Dr. phil. Ilse Burbiel, Presse- und Infor-
mationsreferentin im Executiv Council der World Association for Dynamic
Psychiatry WADP, Schwindstraße 1, 80798 München;

Rechtsanwalt Thomas Hessel, Justitiar und Schatzmeister im Executive Council
der World Association for Dynamic Psychiatry WADP, Arcisstraße 59,
80799 München

Anzeigen/Advertising Manager: Petra Hieber, Schwindstraße 1, 80798 München
(verantwortlich)

Abonnenntenabteilung/Subscription management: Dipl. Ing. Werner Schütz,
Kantstraße 120/121, 10625 Berlin

Manuskripte nehmen entgegen/Manuscripts should be sent to:

Hauptschriftleitung: Dr. med. Günter Ammon, Kantstraße 120/121, 10625 Berlin

Anschrift der Redaktion/Address of the editorial staff:

Kantstraße 120/121, 10625 Berlin

Weitere Mitglieder der Redaktion/Members of the editorial staff:

Dipl. Psych. Maria Ammon, Dr. phil. Ilse Burbiel, Dipl. Psych. Gabriele von Bülow,
Dr. med. Dorothee Doldinger, Dipl. Psych. Monika Dworschak, Dr. med. (Univ.
Tel Aviv) Egon Fabian, Dr. phil. Gertraud Reitz, Dr. med. Bernhard Richarz, Dipl.
Psych. Sylvelin Römisch, Dr. med. Ulrike Schanné, Dipl. Psych. Margit Schmolke,
Dipl. Psych. Astrid Thome, 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 den »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 120,-, ÖS 880,-, SFr 108,- (zzgl. Porto), für alle Mitglieder der DAP, der DGG, der DGPM, der WADP und der DGDP, für Ärzte im Vorbereitungsdienst, Mitarbeiter der Psychoanalytischen Kindergärten gegen Nachweis nur in Deutschland DM 95,-, ÖS 700,-, SFr 86,- (zzgl. Porto). Studenten DM 63,-, ÖS 480,-, SFr 59,- (zzgl. Porto). Einzelheft DM 20,-, ÖS 145,-, SFr 17,-. Das Abonnement verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn es vier Wochen vor Ablauf des Bezugsjahres gekündigt wird. Zahlung des Jahresabonnements bis zum 1.4. d.J. auf das folgende Konto: Commerzbank München (BLZ 700 400 41), Kto.-Nr. 225 295 500.

The authors'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 \$ 78, for WADP-members \$ 62,-, for students 42,- (plus postage charge \$ 8,-), per individual copy \$ 13,-. 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 Commerzbank München (BLZ 700 400 41), Kto.-Nr. 225 295 500.

Rudolf Ekstein und die Psychoanalyse

Schriften. Herausgegeben von

Jörg Wiese

1994. 217 Seiten mit 14 Abbildungen,
kartoniert DM 39,- / öS 304,- / SFr 40,30

ISBN 3-525-45754-5

*Ein Panorama der wichtigsten Schriften
des Psychoanalytikers, Pädagogen
und Kindertherapeuten.*

Rudolf Ekstein und die Psycho- analyse

Schriften
herausgegeben
von Jörg Wiese

Vandenhoeck & Ruprecht

PSYCHOANALYTISCHE BLÄTTER

Band 1: Jörg Wiese (Hg.)

Aggression am Ende des Jahrhunderts

Mit Beiträgen von Ruth Betlheim, Zagreb – Ru-
dolf Blomeyer, Berlin – Jörg Bose, New York –
Helmut Dahmer, Frankfurt/Main – Mathias
Hirsch, Düsseldorf – Gerd und Ulrike Lehm-
kuhl, Köln/Berlin – Rafael Moses, Jerusalem –
Micha Neumann, Tel Aviv – Paul Parin, Zürich
– Jörg Wiese, Nürnberg.

1994. 147 Seiten mit einigen Abbildungen, kartoniert DM 36,- / öS 281,- /
SFr 37,30; Subskriptionspreis DM 32,40 / öS 253,- / SFr 33,70

ISBN 3-525-46000-7

Band 2: Louis Tas / Jörg Wiese (Hg.) · Ererbte Traumata

Band 3: Johannes Cremerius (Hg.) · Die Zukunft der Psychoanalyse

AGGRESSION AM ENDE DES JAHRHUNDERTS

herausgegeben von Jörg Wiese

JÖRG WIESE: Eros und Thanatos

MATHIAS HIRSCH: Aggression und Autoaggression in der Inner-Dynamik

JÖRG BOSE: Hass und gelübt werden

GERD UND ULRIKE LEHMKUHL: Aggressionstheorie und Zärtlichkeitsbeziehung

RAFAEL MOSES: Warum können die Gewalttätigen?

MICHA NEUMANN:

Aggression und Aggressionsvermeidung in der Psychotherapie-Gesellschaft

MICHA NEUMANN: Die Aggression in uns

HELMUT DAHMER: Gesundheits- und Schicksalsmacher

RUTH BETLHEIM: Meine Patienten und der Krieg

FRANZ: Paul Parin an Johannes Cremerius

PSYCHOANALYTISCHE
BLÄTTER

Band 1

Vandenhoeck & Ruprecht in Göttingen und Zürich

V&R Vandenhoeck & Ruprecht · Göttingen / Zürich

Erich Simenauer

Wanderungen zwischen Kontinenten

Gesammelte Schriften zur Psychoanalyse. Herausgegeben und mit einem biographischen Nachwort versehen von LUDGER M. HERMANN. Mit einer Einführung von HERMANN BELAND. 2 Bände. - *Jahrbuch der Psychoanalyse. Beiheft 15 und 16. 1993. Zusammen 720 S. Ln. Je Band DM 88,-.*

Die Ausgabe versammelt, in chronologischer Reihenfolge, sämtliche Schriften des Berliner Psychoanalytikers Erich Simenauer (1901-1988) mit Ausnahme der beiden Monographien über Rilke. Ihre insgesamt 43 Beiträge, die zwischen 1949 und 1985 entstanden sind, umfassen nicht nur die großen späten Aufsätze, in denen Simenauer eine Summe seiner Erfahrungen als Forscher, Theoretiker und Lehrer zog, sondern auch viele schwerer zugängliche Arbeiten, darunter acht englische, die hier erstmals in deutscher Übersetzung vorgelegt werden, und neun bisher unveröffentlichte Texte aus dem Nachlaß.

Howard A. Bacal und Kenneth M. Newman

Objektbeziehungstheorien - Brücken zur Selbstpsychologie

Mit einem Vorwort von ERNEST S. WOLF. Aus dem Amerikanischen von ELISABETH VORSPOHL. - *problemata 132. 1994. 360 S. Ln DM 68,-. Br DM 48,-.*

Die Selbstpsychologie, deren erste systematische Darstellung Heinz Kohut 1977 mit seinem Werk »The Restoration of the Self« vorlegte, stellt das Selbst ins Zentrum des psychischen Universums. Bacal und Newman zeichnen den Paradigmenwechsel von der klassischen Triebtheorie über die Mehr-Personen-Modelle der Objektbeziehungstheorien zu einer Psychologie nach, die Selbst-Entwicklung und Selbst-Kohärenz als motivationale Faktoren der Beziehung begreift. - Die Autoren stellen frühe Objektbeziehungstheoretiker vor, die sich von der klassischen Psychoanalyse lösten (I. Suttie und H.S. Sullivan), geben luzide Darstellungen der Arbeiten M. Kleins, O. Kernbergs, H. Rackers und M. Mahlers, deren Objektbeziehungstheorien den klassischen Ansatz integrieren und auf die Selbstpsychologie vorausweisen, und analysieren den Brückenschlag zwischen Objektbeziehungstheorien und Selbstpsychologie, der durch M. Balint, W.R.D. Fairbairn, H. Guntrip, D.W. Winnicott sowie J. Bowlby erfolgte. Das abschließende Kapitel führt in Kohuts Werk ein und beschreibt die zeitgenössische theoretische und klinische Weiterentwicklung der Psychologie des Selbst zu einer Selbstobjekt-Theorie.

León Grinberg / Dario Sor / Elizabeth Tabak de Bianchedi

W.R. Bion. Eine Einführung

Mit einem Vorwort von W.R. BION. Aus dem Engl. von HEINZ FERSTL und JUTTA WESTPHAL. - *Jahrbuch der Psychoanalyse. Beiheft 17. 1993. 189 S. Ln. DM 93,-.*

Die drei Autoren haben nach jahrelangem Studium der Ideen Bions und nach Gesprächen mit ihm selbst eine Einführung verfaßt, die 1973 zum ersten Mal auf Spanisch erschien (1975 und 1985 in englischer Sprache) und bereits in viele weitere Sprachen übersetzt worden ist. Der Verlag legt nun die revidierte und erweiterte Ausgabe in deutscher Sprache vor. Sie gibt einen Überblick über das Ideengebäude dieses bedeutenden schwierigen Autors und erklärt nach Themen geordnet seine Terminologie in leicht faßlicher Weise.