

Dynamische Psychiatrie

Begründet
von Günter Ammon

Dynamic Psychiatry

Internationale Zeitschrift für
Psychiatrie und Psychoanalyse

Modest M. Kabanov

Rehabilitation of Schizophrenic Patients with Chronic Conditions in the Changing World

Rolf Schmidts

Die Großgruppe in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik

Luiz Miller de Paiva

Neutral Disease (Part II)

Manuel Ruiz Ruiz

Ecological Psychiatry – Dynamic Psychiatry: Convergence and Divergence

Claude Veil / Catherine Veil-Barat

The Psychosocial Construction of Disease and Handicap

Reinhard Hochmuth

Systemtheory in Dynamic Psychiatry – Possibilities and Limits

Egon Fabian

Psychosomatik und Psychose – Strukturelle Überlegungen anhand von Fallstudien

Ingeborg Urspruch

Therapeutic Work with Actors in the Theatre Therapy of the Dynamic Psychiatry and in the Russian Theatre Tradition by Stanislavsky

Gertraud Reitz

Humanstrukturelle Tanztherapie und die Entwicklung von Körperlichkeit und Sexualität

Gabriele von Bülow

Zur Trennungsproblematik von Borderline-Patienten – Eine Fallstudie

Bernhard Richarz

Psychodynamische und gruppenspezifische Aspekte einer Alzheimer Demenz

Helmut Volger

Nationalism and the Protection of Minorities – Group-Dynamic Considerations Concerning the Problems of their

Integration

Buchbesprechungen

Nachrichten

29. Jahrgang
1.–2. Heft 1996

156

157

»Pinel« Verlag für humanistische Psychiatrie
und Philosophie GmbH München

Dynamische Psychiatrie / *Dynamic Psychiatry*

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

29. Jahrgang, 1./2. Heft 1996, Nr. 156/157

Begründet von Günter Ammon,
herausgegeben von Maria 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 – I. Jakob, Pittsburgh – M.M. Kabanow, St. Petersburg –
M. Knobel, Campinas – 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 – V.S. Rotenberg, Tel Aviv – D. Shaskan, Los
Angeles – J.B.P. Sinha, Patna – Y. Tokuda, Tokio – T. Yamaguchi, Tokio – Wu Zheng-
Yi, Shantou

Inhalt/Contents

<i>Modest M. Kabanov</i> (St. Petersburg)	
Rehabilitation of Schizophrenic Patients with Chronic Conditions in the Changing World	1
Die Rehabilitation chronisch schizophrener Patienten in einer sich verändernden Welt	7
<i>Rolf Schmidts</i> (München)	
Die Großgruppe in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik	10
The Plenary Group in the Dynamic Psychiatric Hospital	15
<i>Luiz Miller de Paiva</i> (Sao Paulo)	
Neutral Disease (Part II)	18
Gleichgültigkeit – Ein Krankheitsbild (Zweiter Teil)	26
<i>Manuel Ruiz Ruiz</i> (Malaga)	
Ecological Psychiatry – Dynamic Psychiatry: Convergence and Divergence	31
Ökologische Psychiatrie – Dynamische Psychiatrie: Konvergenz und Divergenz	35
<i>Claude Veil, Catherine Veil-Barat</i> (Paris)	
The Psychosocial Construction of Disease and Handicap	37
Das psychosoziale Konstrukt von Krankheit und Behinderung	43
<i>Reinhard Hochmuth</i> (Berlin)	
Systemtheory in Dynamic Psychiatry – Possibilities and Limits	47
Systemtheorie und Dynamische Psychiatrie – Möglichkeiten und Grenzen	52
<i>Egon Fabian</i> (München)	
Psychosomatik und Psychose – Strukturelle Überlegungen anhand von Fallstudien	55
Psychosomatics and Psychosis – Structural Considerations based on Casuistic Studies	64
<i>Ingeborg Urspruch</i> (Munich)	
Therapeutic Work with Actors at the Theatre Therapy of the Dynamic Psychiatry and in the Russian Theatre	
Tradition by Stanislavsky	69
Die Arbeit am Menschen und Schauspieler in der therapeutischen Theaterarbeit der Dynamischen Psychiatrie	
und in der russischen Theatertradition bei Stanislawski	75
<i>Gertraud Reitz</i> (München)	
Humanstrukturelle Tanztherapie und die Entwicklung von Körperlichkeit und Sexualität	78
Humanstructural Dance Therapy and the Development of Body-Ego-Identity and Sexuality	89
<i>Gabriele von Bülow</i> (Berlin)	
Zur Trennungsproblematik von Borderline-Patienten – Eine Fallstudie	92
The Separation-Process of Borderline-Patients – A Casuistic Study	97
<i>Bernhard Richarz</i> (München)	
Psychodynamische und gruppendynamische Aspekte einer Alzheimer Demenz	101
Psychodynamic and Groupdynamic Aspects in a Case of Alzheimer's Disease	112
<i>Helmut Volger</i> (Berlin)	
Nationalism and the Protection of Minorities – Group-Dynamic Considerations Concerning the Problems	
of their Integration	116
Nationalismus und der Schutz von Minderheiten – Gruppendynamische Betrachtungen zum Problem ihrer Integration	121
Buchbesprechungen / Book Reviews	124
Nachrichten / News	134
Ankündigungen / Announcements	152

Rehabilitation of Schizophrenic Patients with Chronic Conditions in the Changing World**

Modest M. Kabanov (St. Petersburg)*

Since the foundation of Russia's first Research Mental Clinic in the V.M. Bekhterev Institute in 1966, its co-workers have been working on the development of a dynamic concept of rehabilitation of the mentally ill. This concept includes prevention as well as the partnership between doctor and patient, emphasizing the healthy traits of the patient. At the time of the Soviet system this concept as well as systemic approaches in psychiatry were considered as anti-Soviet. As at that time there were ideological interventions in psychiatry, i.e. extended diagnoses in schizophrenia for dissidents, even now this diagnosis is considered as a stigma by some patients, parts of the population and some psychiatrists. In the author's view the following points are important for the rehabilitation of schizophrenic patients: a critical view on the old biological paradigm in psychiatry; international cooperation for the evaluation of diagnosis and treatment, attention to the selection and training of specialists; reorganization of obsolete institutions and new forms of medical-psychological and psychiatric care with the engagement of public and governmental (also international) institutions.

By rehabilitation of the mentally ill we understand a dynamic system of influences and measures directed at reconstruction (maintenance) – full-scaled or partial – of their personal and social status. Biological influences, medication in particular, directed at the human organism, are not opposed to psychosocial ones. They enter as a component into the system of the rehabilitation approach to the patient; their degree of intensity depends on many factors and on the stage (phase) of rehabilitation, and is connected with the clinical characteristics of the particular disease. The main principle of the rehabilitation is partnership between the doctor and the patient, with emphasis on the healthy traits of the patient's personality, in measures carried out, and under consideration of his individual features. In the process of rehabilitation, great importance is attached to the attitude towards the rehabilitated person on the part of his/her closest environment and the society at large – especially at its closing stage (rehabilitation in the direct sense of this word).

Almost 30 years have elapsed since 1966 – the year when the first of Russia's Research Mental Clinic had been founded by us at the V.M. Bekhterev Institute. It should be mentioned that on our way to the development of the conception of rehabilitation and to the foundation of a specialized clinic, we were confronted by unforeseen difficulties which seem improbable today. Above all there were pressing recommendations by high-ranked officials of then Ministry of Public Health not to use the term »rehabilitation« in relation to the mentally ill which seemed to them almost anti-Soviet, i.e. compromising the political regime of our country.

* M.D., Prof., Director of the V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute, St. Petersburg, Russia, Acting-President of the WADP

** Paper presented at the Regional Symposium of the World Psychiatric Association (WPA), Prague/Czechia, September 20-23, 1995

Especially painful to remember are attempts undertaken in the mid 70es to ostracize the so-called systemic approach in the understanding of *von Bertalanffy* and *Anokhin*. Even this instrument of cognition generally accepted nowadays, seemed heretical and nearly an ideological sabotage to some Soviet »theoreticians« of psychiatry, and this not only in relation to the conception of rehabilitation. One of such attempts, though an absortive one, to define the »systemic approach« as a methodology which contradicted to the »correct« Marxist-Leninist teaching, was represented by a special session of the All-Union Society of Neuropathologists and Psychiatrists.

Such examples of the ideological intervention in psychiatry can be supplemented by the fact of extended diagnosis of schiziphrenia, more well-known and till now ambiguously interpreted, which entailed unlawful compulsory »treatment« of differently minded persons (dissidents) who were diagnosed rather often with precisely this diagnosis in its different variations (sluggish schizophrenia, paranoid development of personality, etc.). I knew a Soviet professor who was relieved of his post as head of the department of psychiatry in connection with a number of reasons. Among these, he was charged by a ministerial commission which had inspected his work of insufficiently diagnosing the cases of schiziphrenia at the hospital where he was consulting the patients. A cautious attitude towards diagnosing schizophrenia and a tendency to link its aetiopathogenesis with the psychosocial factors seemed for some reasons to be something odious, blameworthy and a priori wrong to the power structures of the totalitarian regime in the past »times of stagnation« as we put it today.

At the same time, it is generally known that the diagnosis of schizophrenia is interpreted differently till now, depending on the views of particular scientific schools and national traditions in the field of the mental health care. An adequate epidemiological evaluation of this disease, unclear in its genesis (being rather a group of diseases), is extremely difficult for the above-mentioned reasons, as well as due to a tendency of many clinicians to apply another, more »innocent« diagnosis to a patient – even when it almost does not cause any doubt – because of reluctance to subject him/her to labelling and stigmatization. At our Institute Rehabilitation Clinic I apply this diagnosis only in cases being indisputable from my point of view and when I do not perceive any social consequences for the patient due to attaching a psychiatric label (i.e., stigma) to him/her. In this respect, the latest version of the International Classification of Mental Diseases (ICD-10) provides a doctor with a more humane orientation in evaluating the psychiatric diagnosis (therin a concept of »continuous sluggish schizophrenia« in particular has been omitted). It is also necessary to note that the ambiguous interpretation of the borderline syndrome creates a possibility to »conceal« the diagnosis of schizophrenia within this combined concept.

There existes an immense international literature on the methods of rehabilitation of schizophrenic patients and evaluation of their efficacy.

Our monographies »Rehabilitation of the mentally ill« (*Kabanov* 1978 -1st edition, 1985 - 2nd edition) and »Clinical and organizational foundations of rehabilitation of the mentally ill« (*Kabanov* 1980 and 1981, joint authorship with *K. Weise*) contain the detailed analysis of this literature, which has of course increased after our analysis. Both then and today there is no common opinion even on the essence of rehabilitation (which is assumed to consist respectively in employing the remaining work capability or psycho-orthopedy; treatment optimization or restoring various patient's rights to a certain degree). Our point of view is that rehabilitation includes all these components but in a different order of priority. The majority of specialists tend to call rehabilitation all measures undertaken in relation to a patient after completion of treatment – mainly medicamental or surgical ones. In this way the notion of rehabilitation is limited, losing, as a matter of fact, its preventive nature (i.e., preventing the disease chronization, development of the defect and disability). Since schizophrenia as such tends to show a protracted, chronic course with accompanying stigmatization, no matter to which section of the international and national classifications it has been attributed, our concern are precisely these patients – constant dwellers of mental hospitals, objects of diagnostics, expert and curative attention both of specialists and the society at large.

The difficulties of diagnosing schizophrenic patients will further exist on the above-mentioned grounds. Resolving a number of juridical problems, such as the adoption of the very first USSR law on mental patients in 1988 and an analogous law of the Russian Federation in 1992, naturally will contribute to a certain degree to a change of attitudes towards the schizophrenic patients both on the part of professionals and the population. However, in our opinion, the traces of the stigma will never disappear completely, and they can be (and must be) only reduced within the range of possibility. But the legislation does not constitute the main problem. It can be approximated to perfection, yet at the same time be inadequately, if at all, implemented. We know quite a number of corresponding examples. Therefore much more attention should be given to selection and training of the professionals such as psychiatrists, psychotherapists, medical psychologists, and sociologists, in the field of the mental health care. Personal qualities of these specialists – their communication for capability, work motivation, empathic potential – are of great importance. These and other qualities should be supplemented by acquirement of knowledge in the field of diagnostics, as well as remedial and reconstructive measures. Moreover, the above qualities quite often influence the style of work with a patient when contacting him or her (even on the level of medication). The attempts of international cooperation in the area of training and retraining the specialists could be productive. Unfortunately, they are undertaken in a limited manner due to a number of difficulties, financial and linguistic ones in the first place.

When selecting the curative and remedial-reconstructive tactics (we do not differentiate between them, the confines are very relative here) for

schizophrenic patients, one has to be constantly confronted by both problems of labelling and compliance. As a rule, persons suspected to be suffering from some psychosis (mostly schizophrenia, though not only) evade any form of contacts with a psychiatrist. Patients and their relatives in Russia often fear to become registered, i.e. to be constantly kept under observation by a psychoneurological dispensary. This fear is caused both by the lack of sufficient criticism towards their own disease and a dread of stigmatization. In particular the recommendations of doctors, as to taking the necessary medication, are rather often not followed for the same reasons.

In the last years, the former straightline materialistic mentality of psychiatrists in our country is undergoing, not without difficulties, a reconstruction – their understanding of the necessity of psycho- and socio-therapeutic interventions and measures aimed at augmentation of the efficiency of treatment and rehabilitation is growing. It concerns in particular employing medical and social psychology in group and family psychotherapy, milieu therapy, psychodrama, in psychoanalysis and behaviourism. Relative progress of psychopharmacology, awakening interest in psychosurgery have also contributed to an advancement of ideas of rehabilitation in the psychiatric practice. However, at present, this process has slowed down due to the general economic and political crisis. The initial period of euphoria has changed to a more cautious and sometimes even sceptical attitude to the evaluation of the effectiveness of rehabilitation programmes with a number of mental diseases, again schizophrenia in the first place. It can be explained by many causes apart from the economic crisis and political instability.

The theoretical and methodological paradigm of many clinicians is based till now on an organism-centered approach to the patient. Other aspects of human life, such as evolution-ecological or existential ones are alien to them due to their particular education and primitive materialistic up-bringing. The concept of ethics with its deontological and axiological aspects is perceived by them as something unscientific and transcendent. In each disease they try to find the »organic«, including the genetic »basis« of mental disorders. This is not bad in itself, if it is done »in a systemic way«, without any canonization.

It is necessary to say that the scientists of the V.M. Bekhterev Institute (*B.D. Karvasarsky, L.I. Wasserman*) have prepared corresponding recommendations for the Ministry of Public Health of Russia in the field of training the psychotherapists and medical psychologists. The elaboration of the training programme for social workers has begun. However, the realization of these and other similar recommendations will require considerable efforts and much time. And for the time being, there exists in our country (as well as in many other states, according to my observations) only a small number of elitarian psychiatric institutions (the V.M. Bekhterev Institute in that number) employing a rather broad variety of the

psychosocial methods of rehabilitation, including various forms of psychotherapy. The most part of other curative institutions practise so far very unsystematized psychopharmacotherapy, and if they use also psychotherapy, it is predominantly of a suggestive type, as a rule limited to neurotic and alcoholic patientes.

Commercial structures are increasing rapidly where not only doctors or psychologists practise, but usually insufficiently trained professionals, but also representatives of other fields (e.g. biologists or teachers) undertake actions of a very dubious nature – for instance, they »relieve« a patient of alcoholism during only one psychotherapeutic session by means of so-called coding. These people usually avoid treatment of schizophrenic patients with intense, noticeable psychotic manifestations. However, persons with signs of this disease often take refuge with manifold specialists in extrasensorics, parapsychologists, healers, and even...sorcerers. These last-mentioned, in addition to their other services, »use magic to attract the object of love«, »remove spoil caused by bewitchment«, etc. All these people publish a lot of literature. They have high publicity in many organs of mass media and even stand for posts to various bodies of representative power.

The so-called democratization of the Russian public life, which has led not only to glasnost but also to permissiveness, has contributed to the emergence of ideas influencing negatively the realization of the ideas of rehabilitation of mentally ill. By this I mean the accumulation of the increasing number of the mentally ill including chronic schizophrenic patients among the general population with all consequences to follow. The obstacles on the way to intensify the rehabilitation of psychotic patients become especially difficult due to the criminalization of the society and the emergence of various fanatical religious and other sects. Quite a number of people with mental disorders of different degree of intensity including schizophrenic patients get involved in these illicit activities. The world press (the Russian not in the last place) is full of information on cruel murders and other grave offences committed by the mentally ill. They are declared to be insane, and therefore the *Prichard's* conception of »moral insanity« comes involuntarily back to one's memory. The society is getting socially mad, according to the terminology of *Y.I. Golovakha* and *V.V. Panina*, though these Ukrainian social psychologists are defining the »social madness« in their monography recently published in Kiev (1994) not in psychopathological categories, which is, in our opinion, only partially correct.

A way out of the current crisis situation with regard to the problem of rehabilitation of the mentally ill is, apart from changing the paradigm, the way of medical thinking, also the reorganization of the obsolete mental health care system. It should be gradually deprived of the elements of caste and be replaced by a system of special public mental health care institutions with emphasis on prevention of consequences of increasing stress influences

due to manifold socioeconomic and political perturbations, such as pauperization of a considerable part of the population, loss of life prospects, political and economic instability, terrorism and other criminal manifestations, destruction of the natural environment, etc. It is necessary to develop parallel with more rational organization of traditional psychiatric establishments (hospitals, dispensaries, psychiatrists' rooms in somatic polyclinics, day- and night-hospitals, labour-and-treatment workshops, boarding-hostels) essentially new forms of medico-psychological and psychiatric care under broad engagement of public organizations, lawyers, sociologists, teachers, relatives of the mentally ill, and themselves (in the state of remission) in their work. The World Schizophrenia Fellowship – an international organization with the headquarters in Canada and branches in many countries which renders help to schizophrenic patients – can serve as a model. With the help of *Geraldine Marshall*, one of the organizers of this association, in 1993, a society of relatives of schizophrenic patients (headed by *B.S. Lwykina*) was founded in St. Petersburg which gains constantly growing recognition both in our country and abroad. In terms of rehabilitation, the experience gained by the work of such societies is worth of broad support and dissemination. However, they exist mainly thanks to enthusiasm of their members and sponsorship of non-governmental structures. As a rule, municipal and federal authorities do not pay due attention to the work of these organisations.

Apart from the obsolete mentality (paradigm) of doctors and the society, insatisfactory training of psychiatrists, psychotherapists, medical psychologists, and other specialists who must complement each other mutually when carrying out rehabilitation, and dominance of traditional forms of mental health care organisation, there additionally exists a rather important circumstance hampering the progress of the rehabilitation trend in psychiatry. It is very trivial and has direct relation to all forms of public mental health care. This problem consists in lack of funds. And if medicine as a whole is financed according to the lowest priority principle in our country (which makes up a little bit more than 1% of the total state budget) so only some crumbs of this amount are allocated for psychiatry and especially for psychiatric rehabilitation (i.e. training specialists, social workers in particular, structural reorganization of the traditional establishments, construction of the new ones). Even though it is necessary to note that the Ministry of Public Health has adopted the Federal Programme aimed at improvement of public mental health care, yet the methods of its implementation are so far very vague. At the same time, not only the destiny of economic reforms being carried out in our country, is worth reflecting but also political stability of the society where some people's elected representatives (deputies of the State Duma among them) are suspected of being mentally ill. And more then excentric behaviour of some deputies of different levels shown sometimes in telecasts, attracts attention not only of specialists in psychiatry... Specialists of the mental

health care should also muse on the future of the country filled over all limits by lethal weapons of various types capable to exterminate all the population of our planet, where the post-stress »Afghan syndrome« is replaced by the »Chechen syndrome«, and then other syndromes can follow. This is a country where increasing indifference of the most part of its population towards everything except their own egoistic interests called absentecism in scientific terms, is combined with aggressiveness, fanatic nationalism characterized by clear-cut manifestations of enemy-hunt (xenophobia).

Today the well-known saying of *Voltaire* »I hate your views but I am ready to die for your right to speak them out« can be supplemented by a sentence of *Albert Camus*, another, though modern, French thinker and literary man. He said once, addressing to his colleagues: »If you will not occupy yourselves with politics, so politics will occupy itself with you«. Complexity of the response to this appeal to all thinking people of any profession, with regard to psychiatrists, consists in the problem as to which politics the specialists of mental health care should be occupied with, to which extent, and how, in order to not discredit themselves and their own profession some more.

A psychiatrist must strive to achieve a high status and secure for his/her patients new and not solely instrumental and medicamental but also humanstructural, as well as social aspects of correcting deviant and self-destructive behaviour. Rehabilitation is not solely a process possessing its own neurophysiological, psychological and social parameters, not solely the final goal (reconstruction of the status of personality), but first of all it is a method of approach to the ill person or to one with premorbid state. The world is changing together with its philosophy before our eyes, the structure of morbidity inclusive of course the character of endogenous psychoses, is changing too, and we must not approach them with old measures through the prism of organismocentric thinking. We must try still more not to add years to life, but life to years and consider it not merely as a beautiful slogan on the ways of search for the »elixir of life« or the »magic stone« how many intellects of the Middle Ages tried to do it. The traces of these »Middle Ages« are visible up to this time. And as the poet said, the bell tolls for all of us.

Die Rehabilitation chronisch schizophrener Patienten in einer sich verändernden Welt

Modest M. Kabanow (St. Petersburg)

Der Autor und seine Mitarbeiter im Bechterew-Institut verstehen den Begriff der Rehabilitation psychisch Kranker als dynamisches System verschiedener Einflüsse und Maßnahmen, in dem biologische (etwa Medika-

tion) und psychosoziale Faktoren zusammenspielen. Der Hauptgesichtspunkt ist die Partnerschaft zwischen Arzt und Patient unter ganz besonderer Berücksichtigung der Arbeit mit den gesunden Anteilen des Patienten.

Kabanow schildert die Schwierigkeiten, die die erste russische Forschungsklinik für psychisch Kranke, 1966 im Bechterew-Institut gegründet, zur Zeit der Sowjetunion, aber auch heute noch zu bewältigen hat. Vertreter des damaligen Gesundheitsministeriums empfanden die Verwendung des Begriffes Rehabilitation psychisch Kranker als anti-sowjetisch. Auch der sog. systemische Ansatz von *L. von Bertalanffy* und *P.K. Anochin* galt als häretisch und wurde Mitte der 70er Jahre in einer Sondersitzung der Sowjetischen Gesellschaft für Neuropathologie und Psychiatrie als der korrekten marxistisch-leninistischen Lehre widersprechend gebrandmarkt. Eine ideologische Einmischung in die Psychiatrie fand auch darin statt, daß man Dissidenten gern die Diagnose Schizophrenie anhing.

So ist der vorsichtige Umgang mit dieser Diagnose – nach Meinung des Autors ohnehin schwierig und von den unterschiedlichen Schulen abhängig – auch aus dieser Sicht verständlich. Auch heute noch fürchten Patienten und ihre Angehörigen die Stigmatisierung durch diese Diagnose. *Kabanow* sieht die letzte Version des ICD-10 als eine humanere Weise der Diagnostizierung an und hält eine internationale Zusammenarbeit hinsichtlich Evaluierung von Diagnose und Therapie für unerlässlich.

Im neuen Rußland ist ein Schritt einer fortschrittlicheren Betrachtung der Schizophrenie und ihrer Behandlung mit einem Gesetz für die Belange psychisch Kranker erfolgt. Die Anwendung dieses Gesetzes kann jedoch hintertrieben werden, und so ist es viel wichtiger, das Hauptaugenmerk auf die Auswahl und die Ausbildung von Spezialisten wie Psychiatern, Psychotherapeuten, Sozialarbeitern, Klinischen Psychologen und Soziologen zu legen. Von ihnen fordert er Kommunikationsfähigkeit, Motivation, Empathie neben selbstverständlichen Kenntnissen in Diagnostik und therapeutischen Methoden.

Trotz aller Hindernisse ist in Rußland das Verständnis für psycho- und soziotherapeutische Maßnahmen bei psychisch Kranken gewachsen. Dazu gehören Gruppen- und Familientherapie, Milieuthérapie, Psychodrama, Psychoanalyse und Verhaltenstherapie. Hinzu kommen Fortschritte in der Psychopharmakologie und der Psychochirurgie.

Leider wirkt die neue politische Krise, das »Tschetschenien-Trauma«, sowie finanzielle Not (für den gesamten Gesundheitssektor gibt es 1% des nationalen Budgets, wovon die Psychiatrie wiederum nur Bruchstücke erhält) auf die anfängliche Euphorie für Reformen dämpfend. Zudem regiert in vielen Kliniken noch das alte biologisch-genetische Paradigma psychischer Erkrankungen. Ebenso besorgniserregend sind neuentstandene Kliniken mit unqualifizierten Mitarbeitern, sowie die Arbeit von Quacksalbern und unseriösen Wunderheilern, die in den Medien und in der Literatur eine große Rolle spielen und denen auch schizophränen Erkrankte in die Hände fallen.

So fordert *Kabanow* die Schaffung neuer Formen psychiatrischer Institutionen wie Tag- und Nachtkliniken, psychiatrische Betreuung in psychosomatischen Kliniken, Arbeitstherapie usw. und wünscht die Mitwirkung öffentlicher Institutionen und engagierter Bürger, dieses auch auf internationaler Basis. Beispielsweise wurde in St. Petersburg im Jahre 1993 mit Hilfe der World Schizophrenic Fellowship eine Gesellschaft für Angehörige psychisch Kranker gegründet. Der Autor appelliert, trotz aller Hindernisse und Schwierigkeiten wie politischer Instabilität, Geldmangel usw. politisch verantwortlich zu denken. Psychiater sollen nicht nur medizinisch-instrumentalistisch, sondern human denken und wirken. Alte Paradigmen und Methoden sind überholt. *Kabanow* warnt, daß die Zeit dränge, und wir alle von den Problemen, die er darlegte, betroffen seien.

References at the author

Address of the author:

Prof. Modest M. Kabanov, M.D.
V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute
ul. Bekhtereva 3
193019 St. Petersburg
Russia

Die Großgruppe in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik**

Rolf Schmidts (München)*

Als Integrationsforum und Ort des intensivsten Informationsaustausches in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige bezieht die Großgruppe alle Patienten und Mitarbeiter ein. Ihre gruppodynamische Leitung und die Gruppengrenzen ermöglichen es, daß einzelne Patienten und Untergruppen ihre Identität widergespiegelt in der Großgruppe erfahren können. Ebenso sind eine wiedergutmachende Gerechtigkeit, die Vermittlung von Werten (beschrieben am Beispiel von Festen), das Erleben von Raum und Zeit in der Gegenwart der Großgruppe möglich. Dies zeigt der Autor an anschaulichen Beispielen. Struktur und Dynamik der Großgruppe gehen in spezifischer Weise über die verschiedenen verbalen und nonverbalen therapeutischen Gruppen hinaus. Die Großgruppe ist der Ort für Gefühle von Zugehörigkeit, Selbstwert, Perspektive wie für anthropologische und philosophische Themen.

Die Dynamik der regelmäßigen Großgruppensitzungen hat sich als sehr bedeutsam für den gesamten therapeutischen Prozeß in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige herausgestellt. Der umfassende Sinn der Großgruppe ist es, alle täglichen Geschehnisse zu integrieren, insbesondere die der verschiedenen therapeutischen und informellen Gruppen. Sie integriert ebenso die Probleme von Individuen und Gruppen.

Die Großgruppe stellt eine »Großgruppenpsychotherapie« unter Einbeziehung sozialpsychiatrischer Gesichtspunkte dar im Sinne einer »Viel-Körper-Psychologie« (Pines 1977). Da die einzelnen Mitglieder einer Gruppe ebenso wie die Gruppe als Ganzes in der Großgruppe in doppeltem Sinne widergespiegelt werden, stellt sie ein sich selbst regulierendes System dar, durch das nicht nur das soziale Verhalten des einzelnen Individuums erfahren werden kann, sondern auch die soziale Situation, in der wir leben (de Maré 1977). In diesem halboffenen System entfaltet sich ein »sozial-energetisches Netzwerk« (Ammon 1982) von körperlichen, psychischen und geistigen Dimensionen und mit einer Vielzahl von psychologischen, gruppodynamischen, politischen, ökonomischen und soziokulturellen Kontexten, in dem mitunter eine neue geistige Dimension für die Gruppe entsteht.

Seit langen Jahren tagt die Großgruppe fast immer zweimal wöchentlich. An ihr nehmen sämtliche Patienten und die diensthabenden ärztlichen, psychotherapeutischen und milieutherapeutischen Mitarbeiter unter der zentralen Leitung durch den Chefarzt bzw. seine Stellvertreter teil. In ihr werden alle Ebenen des therapeutischen Netzes zusammengeführt und sie

* Dr. med., Arzt für Psychiatrie und Neurologie, Facharzt für psychotherapeutische Medizin, Psychoanalyse; komm. Vizepräsident der WADP, Chefarzt der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige München; Präsident der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin

** Vortrag gehalten auf dem 10. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry (WADP) XXIII. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) in St. Petersburg, Rußland, vom 25. - 29. Oktober 1994.

stellt insofern die höchste Integrationsstufe der Klinik dar. Wie aber läßt sich dieser globale Aspekt der Integration differenzieren?

1. Die Teilnehmer und der Raum der Großgruppe

Schon beim Sich-Versammeln fällt auf, wer, wann und wie den größten Raum der Klinik betritt. Während bereits ein Prozeß wechselseitiger Kontaktaufnahme in Gang ist, wird bewußt, wer (noch) nicht da ist und wer die anfängliche Spannung nicht aushält. Es wird deutlich, welche Mitarbeiter anwesend sind und welche Arbeitsbereiche damit vertreten sind, z.B. inwieweit die Verwaltung oder auch die Küche als Ort ursprünglicher Bedürfnisbefriedigung ihren Platz in der Gruppe einnimmt. Bereits das Zusammenkommen läßt so Kohärenz oder zentrifugale Tendenzen erkennen. Indem man darüber spricht, wird das Bedürfnis, die gemeinsame Sache gemeinsam voranzubringen, bewußt. Das Ergebnis ist eine Zunahme der Kohärenz der Gruppe.

In diesem integrativen Prozeß konstituiert sich die Gruppe als ein Raum. Rundum sitzen die Teilnehmer. Schon visuell vermittelt die Runde eine bestimmte Atmosphäre, etwa diejenige der Lückenhaftigkeit oder der harmonischen Geschlossenheit, eines angstvollen Gedränges oder einer luftigen Weite. Einzelne sitzen z.B. in den Innenraum der Gruppe hineingerückt und zeigen schon so ein Anliegen an, andere sind vorsichtig zurückgenommen, etwa an einem Platz, der eine zweite Reihe bilden könnte. Wieder andere sitzen am Ausgang, sich den Fluchtweg offen haltend. Bereits a verbal entwirft sich so der Einzelne mit seinen spezifischen Bedürfnissen und Ängsten in den Raum der Gruppe.

2. Die Information, die Zeit und das Denken

Die Großgruppe ist integrativ, insofern sie eine Öffentlichkeit darstellt, in der jedermann und jedwedes Thema – Einzelner, der verschiedenen Gruppen oder der Klinik insgesamt – ein Forum finden kann. Sie ist daher eine Gruppenebene intensivsten Informationsaustausches über Angelegenheiten der Einzelnen, über Vorkommnisse im Tagesablauf und Zusammenleben, über Ereignisse in den verschiedenen Gruppen oder auch außerhalb derselben, über Klagen und Beschwerden, über Sorgen von Teammitgliedern hinsichtlich einzelner Patienten oder ihrer Gruppen. Sie informiert über informelle Koalitionen von Widerstandscharakter und über weiterführende Wünsche und Bedürfnisse von Patienten, die neue in die Zukunft weisende Koalitionen schließen lassen. In der Öffentlichkeit der Großgruppe manifestiert sich daher Wandlung und Veränderung. Die Zeit wird erlebbar.

Die Großgruppe ist der Ort, an dem der neu angekommene Patient aufgenommen wird und sich selbst mit seiner Lebensgeschichte vorstellt. Das ihm entgegengebrachte Interesse und Verständnis fördert erste Kon-

takte. Die Großgruppe ist ebenso der Ort, an dem sich Patienten aus der Klinik trennen. Sie ziehen eine Bilanz über ihre Klinikgeschichte, indem sie noch einmal festhalten, was ihnen zu erreichen möglich war und was als künftige Aufgabe noch vor ihnen steht. Sie erinnern sich an die bedeutendsten Ereignisse während ihrer Klinikzeit und verabschieden sich von den ihnen wichtigsten Mitarbeitern und Mitpatienten. Mit einem Tanz, einem Gedicht, einem Bild deuten sie manchmal an, in welchen Medien sie am intensivsten zu kommunizieren vermochten. Ihre mehr oder weniger klare Zukunftsperspektive ermöglicht es umgekehrt der Großgruppe, sie ziehen zu lassen und ihnen gewissermaßen einen Segen mit auf den Weg zu geben. Auf diese Weise verhilft die Großgruppe ihnen noch einmal aus der symbiotischen Verstrickung heraus, die sie bewegungsunfähig gemacht hatte und Grund ihres Kommens war. Die Großgruppe ist auch der Ort, Patienten über Trennungen, z.B. auch den Verlust von Angehörigen, trauern zu helfen. Umgekehrt feiert sie Geburtstage, begeht festliche Projektabschlüsse der Milieugruppen, plant und strukturiert Großgruppenausflüge. Sie bereitet die großen Feste des Jahres vor, zu denen dann Angehörige eingeladen werden können. Sie begleitet mit Interesse die Vorbereitungen der Mitarbeiter für Kongresse der World Association for Dynamic Psychiatry (WADP) und liefert selbst ihren Beitrag, indem sie neue, projektbezogene Gruppen aufbaut, die z.B. die Transparente für den Kongress fertigen oder die Selbstdarstellung der Klinik auf Stellwänden erarbeiten. Sie empfängt und verabschiedet Mitarbeiter und wissenschaftliche Besucher aus aller Welt. Sie integriert so alle für die gesamte Klinik wichtigen Ereignisse. Die alle angehenden gesellschaftlichen und politischen Geschehnisse sind ebenso legitime Themen der Großgruppe, indem sie den geistig-seelischen Kontakt mit der Welt insgesamt sichtbar werden lassen. Die Großgruppe kann damit »zu einer Erweiterung des Bewußtseins führen – ist doch das Bewußtsein selbst seinen Ursprung nach ein Erkenntnisprozeß, der sich im Umgang mit anderen vollzieht« (*de Maré* 1977).

Wie *Ammon* (1979) gezeigt hat, kann sich dieses Bewußtsein nicht in krankhaftem, konkretistischem und funktionalem Denken erschöpfen, sondern wird vielmehr bildhaftes Denken und logisches Kalkül in einem »tertiären, kreativen Denkprozeß« integrieren und also ein offenes, un abgeschlossenes Denken im mehrdimensionalen zeitlichen Fluß des Gruppenprozesses sein. Ein Bild für ein solches integriertes Denken, ein Großgruppendenken, das Denkstörungen unterschiedlichster Art aufzuheben oder allmählich umzuwandeln vermag, ist das kretische Labyrinth. Seine zwischen außen und innen im Raum und in der Zeit pulsierenden Wegstrecken symbolisieren den Weg zur eigenen Identität und zu den anderen Menschen außen, zur Gruppe also, symbolisieren damit, was *Ammon* eine »flexible Abgrenzung« nennt.

3. Die Großgruppe, die Kleingruppen-Identität und die Identität der Person

Die Großgruppe ist integrativ hinsichtlich der verschiedenen formalen Gruppen (z.B. Milieugruppen, psychoanalytische Therapiegruppen, Mal-, Tanz-, Theater-, Musik- und Reittherapiegruppen), sowie auch der informellen Gruppen und spontan entstehenden Koalitionen. Gerade ihre doppelte Spiegelfunktion, in der sie das Verhalten des Einzelnen wie auch die soziale Situation insgesamt sichtbar werden läßt, macht sie zu einem hochdifferenzierten diagnostischen Instrument der Großgruppensdynamik selbst, der Gruppendynamiken der formellen und informellen Gruppen sowie der Psychodynamik des Einzelnen und seiner Position in der und in den Gruppen. Von Zeit zu Zeit nutzen wir diese Eigenschaft, um die einzelnen Milieugruppen zu supervidieren. Eine arretierte Gruppendynamik mit der sie kennzeichnenden sozialenergetischen Verarmung und starren Fixierung der Rollen – der Alpha-Führungsposition, der Beta-Beraterfunktion, der Gamma-Mitläuferhaltung und der für den Rollenträger gefährlichen Omega-Sündenbockposition (nach *R. Schindler*) – kann aufgelöst werden, indem sich die Gruppe inmitten der Großgruppe versammelt und diese die Widerstands- sowie Übertragungsphänomene der Patienten in der Gruppe und die Gegenübertragungsphänomene der Mitarbeiter verstehend aufdeckt. Die mit dem kreativen Selbsterleben der Großgruppe verbundene sozialenergetische Ladung führt so der Kleingruppe und ihren einzelnen Mitgliedern Sozialenergie zu. Sie untersucht die Gruppe, deren Kohärenz und Dynamik, greift Bedürfnisse und Interessen einzelner in der Gruppe auf, berät, macht Lösungsvorschläge oder nimmt in intensiver Zusammenarbeit mit der Gruppe Umstrukturierungen vor. Insoweit die Dynamik auch auf sie selbst zu beziehen ist, integriert sie, weil sie das Problem der Gruppe als eigenes Problem erkennt. Ihre multidimensionale Kompetenz, die Kondensation von vielfältigen Lebenserfahrungen in einer Großgruppe und die ihr gestellte Aufgabe der Integration läßt sie sich selbst in ihrer Gruppenidentität erleben. Sie unterstützt die Kleingruppe in ihrer eigenen Identität, weil sie zum inneren Selbsterleben der Kleingruppe eine Beziehung herstellt, die zu erneutem Aufbau flexibler Gruppengrenzen führt. Sie vernetzt auf diese Weise die unterschiedlichen Gruppen in ihrer emotionalen, kreativen, geistigen Dimension und in der Dimension des Tätigseins. Sie integriert vor allem auch die informellen Gruppen und Koalitionen mit Widerstandscharakter. Gerade in diesen Gruppen kommt ein Bedürfnis zum Ausdruck, das in der Großgruppe bislang noch keinen adäquaten Platz gefunden hat und deshalb abgespalten ein destruktives Dasein fristet. Die Großgruppe geht damit um, indem sie der in der subkulturellen Ebene eingefrorenen konstruktiven Dimension Legitimität verleiht und für dieses spezielle Bedürfnis eine neue Gruppe konstituiert.

So verdankt z.B. die Videogruppe ihre Entstehung dem Kontrollzwang mehrerer Patienten, eines begabten schizophrenen voyeuristischen Photographen, der Protagonist dieser Gruppe und dann ihr formaler Projektlei-

ter wurde. Gerade dies wurde zu einem Wendepunkt in seiner Therapie und erweiterte die Möglichkeiten der Großgruppe, die schließlich eine projektzentrierte Gruppe, die Filmtherapiegruppe, aufbaute. Der hier angedeutete Prozeß ist von großer Bedeutung. *Ammon* schreibt 1982: »Gruppendynamisch gesehen wird die kreative Persönlichkeit an der Grenze stehen, wie sie sich auch an der Grenze gesellschaftlicher Regeln und Vorstellungen bewegt. Sie wird Grenzperson sein. Die Grenzperson wird zum Angstträger in der Gruppe und ist von der Rolle des Sündenbocks und des Außenseiters (oder von der Tendenz dieses zu werden) zu unterscheiden. Darum muß die Grenzperson in die Gruppe integriert werden und dadurch wird die Angst auf die gesamte Gruppe zurückverteilt. Dies wird über die Interaktion und Beziehung zwischen Grenzperson und zentraler Person geschehen und die Gruppe wird wieder kreativ sein können«.

Gerade indem die in der jeweiligen Gruppensituation hervortretende Grenzperson so ihre Bedeutung und Wichtigkeit in der Großgruppe erfährt, wird sie in ihrem eigenen Selbsterleben gestärkt und ihr eigenes kreatives Potential für sie selbst mobilisiert.

4. Die Gruppengrenzen, die Gerechtigkeit, die Werte und das Fest

Nach *Pines* (1977) bedroht »allein schon die Existenz der klinischen Großgruppe« die Gesellschaft, die »so lange geglaubt hat, sowohl daß der psychisch gestörte Patient unzurechnungsfähig ist als auch, daß ihm die normalen, für die Sozialisation erforderlichen Fähigkeiten fehlen«. Daher ist es wichtig, daß zumindest die Leiter der Großgruppe eine andere Vorstellung von psychischer Gesundheit haben, damit sie Veränderung und Entwicklung fördern können.

Ammon (1976) hält die Auseinandersetzung mit der zentralen Figur der Gruppe für »eine unentbehrliche Voraussetzung für das Entstehen von Gruppengrenzen, die aus der Gruppe erst jenen zwischenmenschlichen Innenraum werden lassen, in den hinein die einzelnen Gruppenmitglieder sich in Form kreativer und konstruktiver Beiträge zur Gruppenarbeit entwerfen können«.

Die Großgruppenarbeit ist daher nur mit einem gruppendynamisch gut vernetzten Mitarbeiterstab zu leisten. Das Vertrauen des Leiters in die Kraft und Kreativität seiner Gruppe, die konstruktiven Potentiale der Großgruppe und auf seine eigenen unbewußten Möglichkeiten sind unabdingbare Voraussetzungen der Großgruppenarbeit. Es ist in diesem Zusammenhang interessant, daß sich der beherrschende Gedanke des römischen Rechts in der Grundtugend der *fides* findet. *Fides* bezeichnet das Vertrauen, das man auf Grund redlicher Gesinnung anderen schenkt und durch andere findet.

In unserer Arbeit über »Gelebte Gerechtigkeit in der Großgruppe der Klinik Mengerschwaige« (*Schmidts, von Hammerstein* 1985) konnten wir zeigen, daß nichts im Verhalten der Großgruppe an Sanktionen erinnert,

daß es in keiner Weise um eine Formalisierung sozialer Kontrolle menschlichen Verhaltens oder gar um die Zuschreibung eines Unwerturteils geht, daß vielmehr ein zwar nicht billigendes, aber annehmendes Verstehen die Haltung der Großgruppe bestimmt. Gerade dieses annehmende Verstehen ist Kernpunkt der »Wiedergutmachung«, wie sie *Ammon* als zentrales Moment einer Persönlichkeitsentwicklung und -veränderung beschrieben hat. Es ermöglicht eine werthafte und sinnhafte Erfahrung der eigenen Person und der Gruppe als Ganzer. Es schafft das Vertrauen in die Kommunizierbarkeit von Konflikten, in der Erwartung, daß sie nicht durch Eliminierung eines Sündenbocks ausgegrenzt werden müssen, sondern trotz der Gefährdung durch destruktives Agieren werthafte und sinnhafte Erfahrungen eröffnen. Gerade diese Erfahrungen schlagen sich nieder in der Struktur der Persönlichkeit und derjenigen der gesamten Gruppe im Sinne einer Gruppenkultur, die sich selbst tradiert, auch nachdem ihre einzelnen Mitglieder durch andere abgelöst wurden. Strukturierend erscheint grundsätzlich eine personale Erfahrung, in der dem einzelnen Gerechtigkeit widerfährt. Auch die Normen und jeweiligen notwendigen Grenzen der Gruppe bemessen sich so an Erfahrungen von Menschen mit Menschen. Sie stellen flexible Grenzen dar, die erweiterungs- und entwicklungsfähig sind, ohne jedoch außer Kraft gesetzt zu werden. Denn, wie *Ammon* 1982 schreibt: »Der kreative Prozess ist ohne Begrenzung undenkbar. Erst eine Grenze schafft die Notwendigkeit und Voraussetzung für das Sich-öffnen, Sich-verändern und Kreativsein. In diesem Sinne ist die wichtigste Grenze die Begrenztheit des menschlichen Lebens. Kreativ sein heißt, diese Grenze ernst zu nehmen, eine eigene Lebenszeit zu haben und seiner Existenz einen Sinn zu geben«.

Ein solches Ernstnehmen ist unabdingbar ein Ernstnehmen des Einzelnen durch die Gruppe. Die Trauer über Trennung wird daher unausweichlich Thema der Gruppe sein. In einer vorweihnachtlichen Sitzung konnte angesichts eines symbolischen Grabes, das eine psychotische und todessehnsüchtige Patientin um eine Fotografie ihrer toten Mutter mitten in der Großgruppe aufgebaut hatte, gemeinsames Trauern entstehen, bis zuletzt die Kerzen und Zweige des »Grabes« den Raum für das bevorstehende Fest schmückten. Das Fest, das mit der ehrenden Erinnerung an die Toten begann, wurde so ein Fest des Lebens. Mir scheint, daß die Großgruppe die gesellschaftlich weitgehend verlorene Dimension von Religiosität, Ritus und Fest zurück zu gewinnen und neu zu gestalten vermag und so dem Leben der Menschen seinen festlichen Charakter wiedergeben kann.

The Plenary Group in the Dynamic Psychiatric Hospital

Rolf Schmidts (Munich)

The dynamics of the regularly plenary groups in the Dynamic-Psychiatric Hospital Mengerschwaige are of particular importance for the whole thera-

peutic processes in the house, because the plenary group reflects and integrates all the existing therapeutic and informal groups and also the individuals. The author cites *Pines* (1977) with his concept of a »multi-body-psychology«. The plenary group represents the »social energetic network« (*Ammon* 1982) of the hospital and sometimes discloses a new mental dimension.

All patients and the staff on duty are sitting in a circle with the leadership of the head physician and other experienced group leaders. First needs and fears are expressed in a nonverbal way: who is present, who is missing, who joins later, who sits next to the door respectively to the leader or by an atmosphere of either incompleteness, distance or closeness. The coherence of the group or centrifugal tendencies are to be seen. Thereby the group constitutes as a room, too. Soon the protagonist crystallizes and names the specific problems of the day.

The plenary group represents a public in which everybody may discuss any problem, e.g. within the therapeutical groups, between coalitions of patients, different human, political or philosophical questions. Therefore it means a most intensive exchange of information. Also the desire to change and to develop oneself becomes manifest in the public of the plenary group. New patients introduce themselves with their life histories, sorrows and their constructive potential. Others say farewell by recapitulating their experiences and their most important persons in the hospital. Birthdays, other festive events, common trips, grief about losses are other themes. Time can be experienced here as irreversible and limited.

Space and time of the plenary group constitute an integrative continuum of space, time and identity in the group, which counteracts psychopathological, psychosomataical and mental constrictions and opens up a new way of conceptual thinking (»tertiary process«, *Ammon* 1979) by which these constrictions are transcended.

The plenary group integrates the various formal and spontaneously arousing informal groups of the hospital. As a diagnostic instrument it enlightens the dynamics of all those groups, of the plenary group itself and of the different individuals. The group dynamics of locked groups as well as phenomena of transference and countertransference may be recognized and loosened by means of their reflections in the plenary group. Also the constructive dimension of subcultural informal groups and the not yet responded need can be understood and legitimated. It is important to integrate the marginal person, since he bears the anxiety of the whole group. If the plenary group can understand and integrate his anxiety as its own, the group boundaries are extended, the creative potential of the plenary group is increased and the marginal person will experience his value for the whole group. Thus self-esteem and development of this individual and of the whole group are strengthened.

The hospital is an institution of human beings, the legitimacy of which is determined and controlled by law. Since the plenary group represents

own concepts of health, different from those of our culture, it is continuously called into question. Of central concern is the value and sense of personality development. Only by having it out with the central person of the group, group boundaries can develop, which make the plenary group the interpersonal space for individual development and change. If conflicts are considered to be communicated, the group will be able to get principally along without formal social control and disciplinary instruments also not in all. In the case of infringements the attitude of the plenary group will be determined by accepting but not approving instead of attributing a judgement of »non-value«. This is the core of »making good« for injuries, according to *Ammon* a crucial point for the development of personality. Personal experiences of justice become manifest in the structure and development of the personality and of the entire group in the sense of a group culture. Also norms and the necessary group boundaries are measured by the experiences of men and their fellow men. They represent flexible boundaries, which can be extended and developed further without being invalidated. Only a boundary builds up the condition for openness, changing and creativeness; in this sense the most important boundary is the limitation of human life (*Ammon* 1982).

Boundaries are most distinguishedly expressed in celebrations. The plenary group therefore is very creative in inventing and designing festivals in which the structural sense of human life unfolds.

Literatur beim Verfasser

Adresse des Autors:

Dr. med. Rolf Schmidts
Liebigstraße 1
D-80538 München

Neutral Disease** (Part II)

Luiz Miller de Paiva (Sao Paulo)*

In part I of his article the author introduced a clinical picture, which he called »Neutral Disease«, i.e. indifference towards life, characterized by emptiness, inertia and anesthesia. In this part, the author discusses pathogenetical factors as well as peculiarities and difficulties of treatment with these patients. These patients suffer under a specific repetitive compulsion, to repeat again and again what is called by the author the »myth of eternal abandonment«. To the author, the neutral disease is a consequence of the pathological structure of the nervous system, a disturbance of self-regulation. Psychodynamically he associates it with ontological insecurity as well as with *Ammon's* concept of the hole in the ego.

In the first part of this article we described the definition, pathogeny and clinical aspects of Neutral Disease and the differential diagnosis between schizophrenia and manic-depressive psychosis. Now, we will study difficulties in treatment by psychoanalysis.

The death instinct is a trend to reestablishing a former state of existence, as a last instance, of an inorganic state. Patients with neutral disease feel more free from anxiety when they are close to the inorganic, that is, free of emotion.

Neutral disease is able to tolerate a good external object that it requires, owing to hate and envy, while it is part of the self and is fused with it, the object can be kept alive and may not be lost. Narcissism, therefore, protects him from psychosis. The object has to be kept paralyzed internally, hence to be neutral. By means of much splitting and projective identification, the patient keeps himself as emotionally lifeless as possible, even if he does not lose contact with the parts that are more alive and that were hidden, he remains frozen, since he does not have sufficient confidence in his love to be able to tolerate ambivalence that integration would imply.

These patients are more and more absorbed in despair, involved in activities that seem destined to destroy them physically and mentally, as work that is considerably in excess, almost no sleep, deficient or excessive diet and hidden, when it is necessary to lose weight, more and more drink and, eventually, to cut a relationship. It seems calculated to communicate or to give rise to despair and a feeling of despair in themselves and in the analyst, although apparently desires of understanding.

Just to die, although attractive enough, would have nothing of good; in these patients, there is no idea of suicide. What is felt is a need to know the feeling and to have the satisfaction of seeing himself being destroyed. This

* M.D., Associate Professor of Behavioral Sciences, Escola Paulista de Medicina, São Paulo, Brazil

** Paper presented at the 10th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry WADP/XIIIrd International Symposium of the Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP), St. Petersburg/Russia, October 25-29, 1994

is the attraction for the death instinct, the attraction for the living-dead, a type of mental or physical acrobatics of which one essential aspect is to see the self in a dilemma, without any possibility of being helped. However, it is important also to consider where the attraction for life and for sanity is. I believe that this part of the patient is placed on the analyst. »One patient described by *Befi Joseph* (1992) reports a dream in which he is in a deep cave, having been captured by bandits. There reigned a feeling of confusion. The man clung to him and to his genitals, as if he were a homosexual, and was about to knife him and felt tremendous pain«. The dream was interpreted that the man must be in some way related to himself. This long dark cavern represented the place where he felt that he was too far deep in ever to be hauled out. But to have gone too deep seemed associated to the notion that he was completely captured and captive.

Thus, his despair or his description of the session contained real masochistic excitement.

These patients feel like slaves of one part of the self that dominates them, imprisons them, and does not allow them to escape, however much they may see life beckoning from outside. No usual pleasure – genital, sexual or any other – offer so much delight as this kind of terrible and exciting auto-annihilation.

Circular mental activity is the antithesis of thought. This phenomenon is obviously important in the analytical situation. To »grumble« in a complaining fashion, is lived in the analytical dialog, as also in the lives of these patients. Patients with neutral disease take up a great of time in the analysis apparently bringing material to be analyzed and understood, but unconsciously, they use it for other purposes.

The neutral patient will do anything to provoke the analyst and to feel disturbed and show himself repetitive, besides adopting a recriminating attitude.

It is not »understanding« that the patients wants, even if the words should make it seem so. Patients with neutral disease often seem to be passive in their lives; however, a very important step is taken when they can see how active they are – through projective identification – as, for example, by means of the type of provocation. The despair is so effectively deposited within the analyst, that he feels overpowered by his and sees no way out. The analyst is then internalized in this way by the patient. The prime objective was to create a masochistic situation through arrogance. Masochistic excitation is, very often, to cover over deep anxiety aroused by his situation at work associated to feelings of rejection, of being unwanted, of failure and of guilt. The interpretation is hard, but some part of the personality of the patient views the analyst with disdain, sarcasm and ridicule, even if the ridicule and the disdain are silent. He is not »melancholic« – his guilt and self reproval are avoided or swallowed up by his masochism.

As a baby, because of his pathology, he did not merely draw away from frustration, jealousy or envy, into a state of withdrawal, nor was he able to

shout with his objects. I believe they drew into a secret world of violence, in which one part of the self turned towards another part, in which parts of the body were identified as parts of the offending object and that this violence was extremely sexualized.

Another type of behaviour found in the neutral disease is the compulsion to repetition that may lead to mental paralysis (regression to the inorganic). Repetitive compulsion is a lethal mechanism that leads psychic life to paralysis (regression to the inorganic).

A repetitive compulsion, as instinctive manifestation, is broached differently when *Freud* (1913) describes the function of undoing traumatic experiences. The Kleinian school (*Joseph* 1992) refers to the repetitive compulsion, as part of the effort to find an answer to greater anxiety, substituting it for others less fearful.

As an example: This patient N.A. whose extremely repressed homosexual feelings when face to face with the analyst-father, defended himself with hate, projected himself with subsequent paranoid ideas; these would be resistance to transference and the homosexual feelings, that resisted him. For this patient to be cured, it was necessary for him to relive (and not to repeat) his homosexual feelings towards the father, in the person of the analyst.

The myth of eternal abandonment (*Miller Paiva* 1992) only becomes reality in the measure in which it repeats an archetype; thus reality is only attained by repetition. The neutral patient has to repeat a feeling of abandonment, he must attack the analyst. The patients therefore develop beligerent attitudes towards the analyst, to protect themselves from feelings of love and tenderness, that is, from the painful outcome of sexual and aggressive infantile desire.

Besides the reference in the capacity to love, the deficiency in dealing with the truth, which may result in self-destruction, also coexists. A patient wished to have sexual relations with the analyst, so that on repeating this desire, not to remember her incestuous desire but rather, to repeat, even in place of remembering, certain situations from childhood in which she felt marginalized, excluded from the amorous triangle; she would now like to be the first and to belong to this triangle, in the figure of the analyst. The element resisted was the living-out of the primary scene, with paranoid anguish. To be enamoured with the analyst would be the resistance to not recollecting exclusion from the triangle of the parents (*Miller de Paiva* 1987, 1991).

It is not this repetition that is resistance, but impulse, forming exteriorization. *Pines* (1974, 1992) finds it, more often, in narcissistic borderlines.

Experiments have shown us how animals and, also, drug addicts, need to maintain homeostasis and well-being, through a certain count of dopamine.

Lagache's (1953) idea does not accept that compulsive repetition is primary, that is, that it is at the service of the death instinct, on the contrary,

he accepts it as secondary, for the conflict would be between need, the principle of pleasure and reality. It would be primary if there were a repetition of need. *Zeigarnik's* experience shows us that once the task is interrupted, there is a tendency or need to complete it – the frustration resulting from interruption, intensifies the need to complete the task satisfactorily (*Junqueira* 1993).

Olds' (1993) experiments show that the rat with an electrode on the anterior hypothalamus, continues to turn on the electrodes to have continuous orgasm, on the contrary, the stimulus of the posterior hypothalamus causes displeasure; in the experiment of *Justice (1988)*: cocaine is injected at intervals of 2', 5', 15'. Dopamine increased at 15' intervals. On choosing the intervals, the rat preferred those of 5', for in these, the rates of dopamine were low.

To some analysis, transference is resistance, predominantly so. The important fact is to utilize and to remember forbidden childhood, and transference is an instrument for this, although to remember may cover over present living (at times, memories serve to disguise present conflicts with the analyst) and that it may serve also to avoid the danger of dissociating past from present, for example: In patient N.A., the bad father from the past, superimposed on the analyst of the present, was a repetition of former dichotomizations that the analyst should not reinforce. The danger lies in not perceiving the nature of resistance in certain transference situations.

The regulating function is instinctive, constitutional, automatic, non-symbolic and non-intuitive, as can be seen in the myelination of the corpus callosum that begins only in the third or fourth month of life and coincides with a depressive Kleinian position; the individual seems to live with two separate consciences, as also with two brains to process data from experiences, one objective hemisphere and the other for fantasy. In human psychism, there may or may not be specificity (thisness – *Miller Paiva* 1991), but it is psychosomatic in its sphere of action, with its own signs and laws. It is separate from the symbolic function and is governed by *Cannon's* homeostasis (*Cannon* 1939). We believe, therefore, that compulsive repetition in neutral patients (similar to the impulse of the obsessive individual or of a drug addict) is primary as a consequence of the pathological structure of the nervous system (ontological insecurity or holed ego – *Ammon* 1974) owing to a genetic factor and exacerbated in the molding periods, as is often the case in the foreclosure of *Lacan (Lacan* 1964), hence the difficulty of carrying out psychoanalysis in psychoses.

In fact, *Patterson (1985)* discovered, by means of the high-speed digital electronic, that the tomographic image of the thought of a schizophrenic is different from that of a normal individual. It is thus possible to explain thought disorder and foreclosure, rendering psychoanalysis difficult. *Grotstein (1991)* states: »The mind has a greater scope than *Freud's* neurophysiological mind«, and *Junqueira (1993)* writes: »Unconscious as a continent of infinite preconception«. These are concepts that are useful for

understanding the multiple facets of the pathogeny of mental and psychosomatic diseases.

When compulsive repetition is primary, then psychopharmaceuticals can improve the situation. Hypomaniacs must be controlled in their exaggerated interaction. Cases of depression or of neutral disease, on the other hand, seek out the object in order to aggravate their disphoria; in panic, because the patients is in a »black hole« and is inhibited.

In an aggressive attack, a person has sparse control over his impulses (amygdaloid nucleus), so that on becoming impulsive, he is attempting to regulate his state of impotence and vulnerability. His neurotransmitters (cephalin, endorphin, norepinephrine, etc.) are stimulated to cause the patient to react and to face the weakness of the ego.

His traits of character are psychodynamic (symbolic) and by the mere alteration in the neurotransmitters, they lead to low ambition, shortening pleasure and exacerbating ill humor.

According to *Lagache* (1953), the human mind strives in the search for a certain degree of integration. That is right. Please see under homeostasis and the concept of auto-regulating of interaction set forth by *Grotstein* (1991). In the domains of regulating (or better, of deregulating), a psychosomatic or (somatopsychic) extraterritorial alterego persists for the symbolic irresponsibility and the discourse on itself persists. The presymbolic transformation of the cognitive and emotional experience of the objects (figures) in the mind and in the organ form a nucleus of disorders in auto-regulating. The fetus is capable of relating to the object (a form in quest of a continent). Fetus-mother communication is the unconscious or even telepathic basis – projective identification that is present within the mother and that is the most primitive form of communication – bases for the theory in communication.

Junqueira (1993) starts from the premise that a baby is born with the preconception of something that will meet his needs for food, love, etc. The living-dead type does not have traits that are characteristic of depression, but is more disturbed than depressed (such is the case of our patient described above).

The living-dead mother is as damaging as the mother that abandons. Transference depression (*Green* 1988) appears in these cases, during the course of analysis. This is the opposite of transference neurosis, for it is the repetition of an infantile depression (there is no real loss of the mother). This type of depression takes place even in the presence of an object, itself absorbed in mourning (*Green* 1988); it is caused by a deception that inflicts narcissistic loss: family misfortune, the father that abandons the mother, humiliation, etc. During the course of analysis these individuals (such as our patient N.A.) present a transference perversion.

In transference perversion there is an attack on the interpretations. Should the analyst interpret with more vigor and severity, he will satisfy individual and group masochism. Individual or group puts the tolerance of

the analyst to test and perverts the analytic situation, through defense – that is, a way of discharging thanatic impulses.

Analysis unfolds within a mark of sterility.

The shifts during the session could be phases of a permanent process of psychic changes (*Joseph 1992*).

The perverse person does not heed to the call of instinct, but uses only his intellect and when he does feel (its instinct) it is through envy and guilt. He does not feel them as desire but rather, as ideology, therefore, polemic debate is vital to the patient (the stubbornness of our argumentative patient N.A. in not accepting the interpretations). The perverse renegates the Name of the Father and substitutes it for the »Law of His Weak Desire«, impregnated with challenge, spite and rebellion. Perversion is not a defense against psychosis – it is psychosis itself. Reality is maddening to one who lives in a world of negative hallucinations. Some perverse patients present aphanasis, precocious envy, and feel humiliated by progress in the treatment.

Only in the analyst will the patient be able to restore trust in love, an analyst, however, that does not resort to silence, otherwise this silence will perpetuate the white mourning for the mother. The neutral-patient refuses to relinquish hold on the bad introjected object, the living-dead mother will not get to a second death. The therapist must not be discouraged, for he will have to face up the phallic mother, the hydra of lerna, where, for every head severed, a second will appear. Capital expertise is in the symbolic matrix of Oedipus, allowing the patient to form the Holy Trinity: father-mother alive and son without envy and loved; there must be a revivescence and not a reminiscence.

With this interpretative conduct, analysis can be terminated. When an individual can make his living-dead mother change into a live-object, interested in her day-to-day life and for having been successful in not being invaded by the affection of revivescence (neither domesticating the pulsions nor consenting to mourning for the mother) the analytical work will no longer lead to emptiness, to neutral, white, but rather to the task of no longer nourishing the dead mother, as also not maintaining the analyst as living-dead. For these reasons the analyst must not abuse silence in the therapeutic setting. The analysand or neutral patient nourishes the analyst with the analysis, not to live better away from it, but to prolong it, rendering it interminable.

We believe that the battle against this living-dead mother and filicidal (death pulsion) should take place through the attitude of the therapist supported on the therapeutic eros, understanding, firmness, affection and reverie, but mainly through the type of spoken communication; in fact in the words of *Anzieu (1989)* in the »melodic bath«. In this melodic bath the process of introjection of the good object is established, a sine qua non condition to strengthen the ego of the individual against anguish, conscious and unconscious fantasies and the vicissitudes of life.

In the Greek myth of the nymph Echo, we can observe the link between the issuing of sound and the demands of love. In our view, Narcissus presented a neutral disease, for fixed on a dead mother (in the mirror of the lake), he has never been able to accept the love of a woman – he had no libidinal echo! – had not the pre-oedipic mother voice...

Part of the formulations concerning the emotional development of the individual, are formed utilizing this model which in this way shows us the prevalence of the »sound mirror« over the »visual mirror«.

Anzieu (1989) says: »Before the gaze and smile of the mother that feeds and cares for the child can produce in the child an image of herself that will be visually perceptible to him and that will be internalized... The »melodic bath« (the voice of the mother, her songs, the music she makes) makes available a first »sound mirror« to which he (the baby) resorts, at first by crying (that the voice of the mother calms in answer) and later through its stammering and, finally, through its games of phonetic articulation«.

In a previous article (*Miller Paiva* 1993) we tried to demonstrate how the way of talking of Type A personalities is an index for a tendency towards an attack of infarction of the myocardium and probably an early death because they did not have good »molding periods«, that is they were brought up by preoccupied, flustered, irritated parents, factors that predispose to arterial hypertension. The importance of good phonetic communication on the part of the therapist is based on the patient's need to relive his/her first contacts with the mother, as seen in the recovery of speech in catatonic schizophrenics (9 years mute) after daily lessons in a non-maternal language (*Matulis* 1974); it seems to us that the mother tongue produces an extremely unpleasant revivescence.

For these reasons the therapist must not forget that the fetus reacts by preference to the sound of the heart beat of the mother, as also to the sound of her voice – these are subtly imperceptible exchanges. The same occurs during analytical or group analysis treatment.

Junqueira's (1993) concept on misconceptive transference is that of excessive projective identification – a forerunner of this type of transference (psychotic part, the analyst will transform the beta elements, alphabetizing them). The interesting part is that, when the neurotic part prevails, the subject must know, but at the same time he fears a catastrophic change and, thus, his ego will camouflage the material. Having solved the misconceptive transference, the patient will begin to know what it is to be grateful, because to be grateful is one of the two pillars of maturity.

The other is humility, for the wise man knows that he knows not... This is why there are few mature people, as also many ungrateful arrogant analysts; the therapist, however, must ever be prepared to deal with a negative narcissist or a case of neutral disease or of indifference. On the other hand, if the analyst does not have insight of his countertransference, he may fall into the phenomena of projective counteridentification and block the advance of the analytic process.

According to *Bion* (1970), L and K links reinforce each other and it would make sense to say that the first way of knowing is to love just as the first condition for hope is to have been loved. Resistance to the analytic process (K–O) results from the fact that the truth about the patient himself would lead to a catastrophic change (to be empty or to be absent and indifferent).

The work of the analyst in face of a neutral patient is different. We are with *Lopez-Penalver* (1993), when he says that if the analyst is not in a state of fluctuating attention (for if there is no free association, there will not be repression), it will not be a question of conflict but of rupture.

Giovachini (apud *Lopez-Penalver* 1993), writes that when the analyst is able to accept the emptiness without trying to fill it, it will be possible to attain what is absent in the patient, or in the words of the Chinese poem:

»One day a wise old Chinese lost his pearls.

He told his eyes to look for them but his eyes did not find them.

He told his ears to look for them, but neither did his ears find them.

He also told his hands, but all in vain.

In this way he told all his senses to search, but none of them found them.

Finally, he told the not search to search for the pearls.

In this way, his not search found the pearls«.

Interpretation can help not to find the memory, but to allow a reliving of the experiences that could not be elaborated and that we call revivescence and not reminiscence. It is the use of the communication of unconscious to unconscious thus to establish links where there were none: to arrive at nothing means to think.

Emptiness appears in many psychosomatic neuroses and diseases; however, when very accentuated or disorganized, it will be a case of the neutral disease. Autoregulation is, according to *Grotstein* (1993) a new order of mental function, that follows the signs better than the signs and symbols. The binding element of autoregulation is better understood by the theories: deficiency in bestowing affection or in attachment of *Bowlby* in the human species (*Bowlby* 1984, *Andrade* 1994), (*Harlow* for monkeys and *Hofer* for rats – *Miller Paiva* 1994), *Balint's* (1968) basic lack, displeasure of incompetence and of shame (*Lynd* apud *Grotstein* 1993), *Bick-Melter's* (*Bick* 1970) adhesive identity, *Winnicott's* holding and capacity for transactionalization (*Winnicott* 1960), *Bion's* (1970) bizarre objects and reverie, *Grotstein's* (1993) deficient background or nucleus of disorders in autoregulation (primary nihilism, chaos and black hole), *Ammon's* (1974) holed ego, *Lacan's* (1966) corps morcelés, *Anzieu's* (1989) skin of the ego, the Kleinian (*Klein* 1946) good and bad breast, *Arieti's* (1966) schizophrenogenic mother, *Mario Pacheco's* (1974) states of entraining, theory of the systems of *Bertalanffy* (1963) (a child is regulated and regulates the mother); in fact, all of them try to explain the external (environmental) influence in genetically predisposed individuals (ontological insecurity and third transgeneration psychosis) (*Miller Paiva* 1991).

Besides these harmful influences in the molding periods, we have also the concepts of contradictory with messages, the Paternal Law, and *Lacan's* foreclosure, *Lidz's* (1956) infrafamiliar situation (secret family structure and emotional divorce), pseudo-mutuality (hostility) that will exacerbate trauma existing from birth. Psychosis, narcissism and neutral disease are, therefore, a chaotic state through the primary disorder of autoregulation and symbolic dysfunction, and hyperirritability of the nervous system.

According to *Grotstein* (1993), »psychosis is not disorder through rupture of the ego – it is a disorder of the id, with a flaw of the ego through a primary and secondary process, forming bizarre objects«. Moreover, he believes that conflicts are resolved by means of resolution (dialectic) and that deficiencies (deficiency theory) are resolved only by means of inter-actional autoregulation.

An increase in entropy (disorder) within chaos, causes transformation to appear rapidly within the disorganized systems – a new materialized order with the property of controlling the former system. This is what takes place in the development of a patient with neutral disease.

Usandivaras (1989, 1991) thought that this occurred with two molecules of the same atom (that is, each two atoms of a molecule, disintegrated, hold their original position on the axis, while moving to one side, interaction having ceased). This would be similar to what occurs with the analysands or with members of an analytical group. The knowledge of these theories and of the new techniques of transference are indispensable to a group analyst or psychoanalyst, for in knowing how to handle them adequately, and utilizing much Therapeutic Eros, reverie, empathy, and common sense, he will be able, mainly through the normalizing of the corpus callosum, to humanize the lateralization of the hemisphere (*Miller Paiva, 1994*) in Dionysian and Apollonian aspects of our lives; in this way he will also be able to contain the patient's death instincts, enabling him to rise from the ashes of the old... and to find a capacity for listening to the Echo (change from nothing to being. Aristotelian and Hegelian being) and to relinquish the neutral, chaos, meaninglessness, aspiration for nothing, negative narcissism, indifference in fact, nihilism (annihilation).

Gleichgültigkeit – ein Krankheitsbild (Zweiter Teil)

Luiz Miller de Paiva (Sao Paulo)

Im ersten Teil seines Artikels beschrieb der Autor Definition, Pathogenese und klinische Aspekte des von ihm »Gleichgültigkeit« genannten Krankheitsbildes, sowie die Differentialdiagnose zu Schizophrenie und manisch-depressiver Psychose. Er wendet sich nun, im zweiten Teil seiner Arbeit, den Schwierigkeiten bei der psychoanalytischen Behandlung zu.

Diese Patienten fühlen sich Angst-freier, wenn sie völlig frei von Gefühlen sind. Sie bleiben erstarrt, wie gefroren, da sie nicht genügend Vertrauen

haben, daß ihre Liebe ambivalente Gefühle ertragen würde, was eine Integrationsleistung implizieren würde. Sie verfallen zunehmend der Verzweiflung, zerstören sich psychisch und geistig z.B. durch exzessives Arbeiten, Trinken oder durch Abbruch von Beziehungen. Sie haben keine Selbstmordwünsche, wohl aber das Bedürfnis, das Gefühl zu kennen und die Befriedigung zu haben, sich zuzusehen, wie sie zerstört werden. Der Mensch sieht sich in einem Dilemma, ohne jegliche Möglichkeit der Hilfe. Trotzdem ist es wichtig herauszufinden, wo sich der Patient zum Leben und zur Gesundheit hingezogen fühlt. Diese Seite des Patienten wird dem Analytiker zugeteilt.

Keine übliche Lust – sexuell oder anderer Art – bietet dem Patienten, der unter krankhafter Indifferenz leidet, so viel Freude wie diese grauenhafte und erregende Selbstvernichtung. Der Patient wird alles tun, um den Analytiker zu provozieren, er wird sich endlos wiederholen und Gegenbeschuldigungen vorbringen. Seine Verzweiflung delegiert er so effektiv dem Analytiker, daß sich diese Verzweiflung auch des Analytikers bemächtigt und ihn hilflos macht. Der Analytiker wird dann so von dem Patienten internalisiert.

Das wesentliche Ziel, was der Patient verfolgt, ist es, eine masochistische Situation durch Arroganz zu schaffen. Die masochistische Erregung braucht er, um die tiefe Angst zu überdecken, die mit Gefühlen wie Zurückweisung, Versagen und Schuld verbunden ist. Diesbezügliche Interpretationen des Analytikers hört er zwar, aber ein Teil der Persönlichkeit des Patienten sieht den Analytiker mit verachtender Geringschätzung, Sarkasmus und Spott, auch wenn diese sich nicht laut äußern. Er ist nicht »melancholisch« – seine Schuldgefühle und Selbstmißbilligung werden durch seinen Masochismus vermieden bzw. verschluckt.

Als Baby, so der Autor zur frühkindlichen Entwicklung der Erkrankung, habe sich der Patient vor Frustrationen, Eifersucht oder Neid in einen Zustand des Zurückgezogenenseins geflüchtet; in eine geheime Welt der Gewalt, in der der eine Teil des Selbst bzw. Teil des Körpers sich gegen einen anderen Teil wandten. Wut offen zu zeigen war ihm unmöglich. Diese Gewalt war stark sexualisiert.

Miller de Paiva wendet sich nun dem Wiederholungszwang zu, dem bei der Krankheit »Indifferenz« eine große Bedeutung zukomme. Die Kleinianische Schule, so *Joseph* 1992, versteht den Wiederholungszwang als Teil einer Anstrengung, eine geringere Angst anstelle einer größeren zu setzen. Was der Patient beständig wiederholt, ist das Gefühl von Verlassenheit; *Miller de Paiva* spricht hier von einem »Mythos ewiger Verlassenheit«. Um diese aufrecht zu erhalten, muß der Patient den Analytiker attackieren, um sich gegen Gefühle der Liebe und Zärtlichkeit zu schützen, die, entsprechend der Kleinianischen Objektschule, vom Autor als sexuelle und aggressive infantile Wünsche verstanden werden.

Kurze Fallvignetten illustrieren den Widerstandscharakter, der in bestimmten Phasen einer Analyse in der Übertragung als einer Form des Wiederholungszwanges liegen kann.

Der Autor leitet den Wiederholungszwang des am Krankheitsbild der Indifferenz Leidenden ab von einer genetisch angelegten pathologischen Struktur des Nervensystems im Sinne einer Störung der Regelfunktion unter der Herrschaft von *Cannon's* Homöostatis-Prinzip; vgl. auch *Goldstein* 1991. Er assoziiert dies mit einer ontologischen Unsicherheit bzw. dem »Loch im Ich« nach dem Konzept *Ammons* (1974). Die Ergebnisse elektrophysiobiologischer Untersuchungen von *Patterson* (1985), nach denen das tomographische Bild von Denkprozessen bei schizophrenen Patienten sich unterscheidet von dem eines »normalen« Individuums, interpretiert *Miller de Paiva* als Erklärung von Denkstörungen, die die Analyse von psychotischen Patienten schwierig machen würden. Psychopharmaka können hier Besserung bringen.

Die Mutter, die sich ihrem Kind nicht mit innerer Lebendigkeit zuwenden kann (»lebend-tote Mutter«) schädigt das Kind genauso stark wie eine Mutter, die ihr Kind konkret verläßt. Der Patient wird sich in der Analyse aber weigern, den Halt an dem bösen introjizierten Objekt aufzugeben, wovon sich der Therapeut nicht entmutigen lassen darf. Es geht um eine wiedergutmachende Erfahrung; eine Wiederbelebung und nicht um Erinnerung. Um sein Vertrauen in die Liebe wiederzugewinnen, darf der Therapeut sich keineswegs in Schweigen zurückziehen, womit er die »weiße Trauer« um die Mutter perpetuieren würde.

Der »therapeutische Eros« vermittelt sich dem Patienten vor allem durch die sprachliche Kommunikation, so sie die Qualität eines »melodischen Bades« (*Anzien* 1989) annimmt. Dadurch kann das gute Objekt introjiziert werden, eine sine qua non, um das Ich des Patienten zu stärken.

Er stimmt *Giovachini* zu, daß, wenn der Analytiker fähig ist, die Leere seines Patienten anzunehmen, ohne zu versuchen, sie zu füllen, es dann möglich wird, zu erreichen, was dem Patienten fehlt.

In einem letzten Abschnitt verweist *Miller de Paiva* auf eine Fülle von Autoren, u.a. *Bowlby* mit seiner Bindungstheorie, *Balint's* Theorie der Grundstörung, *Winnicott's* »bolding«-Funktion, *Ammon's* »Loch im Ich«, *Anzien's* »Schizophrenogene Mutter«, die alle den Einfluß der Umwelt auf schwer gestörte Patienten – von denen der Autor annimmt, daß bei ihnen eine genetische Prädisposition vorliegt, s.o. – zu erklären versuchen.

References

- Ammon, G.* (1974): Das narzißtische Defizit als Problem der psychoanalytischen Behandlungstechnik – Ein Beitrag zur Theorie und Praxis nachholender Ich-Entwicklung. In: *Dyn. Psychiat.* (27) 201–214
- Andrade, V.M.* (1991) Trieb e conhecimento instintivo. In: *Rev. Brasil. Psicanal.* 25: 91–108, – (1994) *Psicanálise de amplo espectro*. Edit. Imago, Rio
- Anzien, D.* (1989): *The Skin Ego*. Trans. C. Turner. Edit. (London: Yale)
- Arieti, S.* (1966): *Interpretacion de la esquizofrenia*. Trans. E. Valdovieso. Edit. Labor Barcelona
- Balint, M.* (1968): *Basic Fault*. (London: Tavistock)
- Betgoin, J.* (1989): *Introduccion à la notion de souffrance psychique le desespoir d'être*. In: *Rev. Franc. Psychoanal.* (1) 457–469
- Botella, C.S.* (1988): *Trauma et toquique*. In: *Rev. Française Psychoanal.* (6) 208–212

- Bertalanffy, L. von* (1963): Conception biologica del Cosmos. Edit. Univ. Chile
- Bick, S.* (1970): La experience de la piel in las relaciones de objetos tempranas. In: Rev. Psicoanal. (26) 111-117
- Bion, W.R.* (1970): Attention and Interpretation. (London: Jason Bronson)
- Bowlby, J.* (1980): Separation Anxiety. In: Int. J. Psychoanal. (41) 89-113
- (1984): Separação. Trans *L. Hegenberg* and *O. Mota* Edit. Martins Fontes, S.P.
- Cannon, W.N.* (1939): The Wisdom of the Body. (New York: Norton)
- Fiumara, R.* (1991): Brain, Mind, and Matrix from an Evolutionary Viewpoint. In: Group Analysis (24) 409-423
- Freud, S.* (1913): Los instintos y sus destinos. Vol I - pg. 1047
- (1915): Obras Completas. Trans. *L.B. Torres*. Edit. Nueva Madrid. Consideraciones sobre la guerra y la muerte. Vol. II - pg. 1015
- (1938): Técnica Psicanalítica. Vol. II - pg. 301
- Green, A.* (1988): Narcisismo negativo. Trans. *C. Berliner*. Edit. Escuta, S.P.
- Grotstein, J.* (1991): Nothingness, Meaninglessness, Chaos and »Black Hole«. III Self and Interactional Regulation and the Background Presence of Primary Identification. In: Contemporary Psychoanalysis (27) 1-33
- Hofer, M.A.* (1975): Studies on How Early Maternal Separation Produces Behavioral Changes in Young Rats. In: Psychosom. Med. (37) 245-264
- Hofer, M.A.; Shair, H.* (1978): Ultrasonic Vocalizations During Social Interaction and Isolation in Two-Week Old Rats. In: Development Psychobiology (11) 495-504
- Hulak, S.; Lederman, G.* (1992): Rgênese: O Mito de Fenix em Psicossomática. Psicossomática Hoje. Edit. Artes Médicas, 335-339
- Junqueira de Mattos, J.A.* (1993): Prconcepção e Transferência. Conf. no Simpósio Bion, Soc. Psicanal. Rio
- Klein, M.* (1975): Notes on Some Schizoid mechanisms in envy and Gratitude and other works. Edit. Delacarte, 1-24
- Joseph, B.* (1992): Equilibrio psiquico e mudança psiquica. Trad. *B.H. Mandelbaum*. Edit. Imago, Rio
- Justice, J.B.; Banicolynsen, L.C.; Pan, H.F.* (1988): Extra-celulars cocaine and dopamine concentration are linearly related in rat. In: Brain Research. 436: 317-330
- Lacan, J.* (1966): Écrits. Edit. Sevie. Paris, pg. 225
- Lagache, D.* (1953): Some aspects of transferences. In: Int. J. Psycho-analytical (34) 1-10
- Laplanche, J.* (1985): Vida e morte em psicanálise. Trad. *C.P. Barreto* e *C. Santiago*. (Porto Alegre: Artes Médicas)
- Lidz, T.* (1958): Schizophrenia and family. In: Psychiatry (21) 21-32
- Lopez-Penalver, J.L.* (1993): Vazio, dolor mental y creatividad. III Congreso Ibérico de Psicanálise. Barcelona
- Malpique, C.* (1993): Vivência de tiempo parado y de vacio en la relacion tranferencial. III Congreso Ibérico de Psicanálise. Barcelona
- Miller de Paiva, L.* (1971): Defense of groups: thanatotic object like good, false-ego and foetalization. In: Group Analysis (4) 146-149
- (1987): Técnica de Psicanálise - Bricolage e Filigranas. Edit. Imago, Rio
- (1991): Psychosomatic Psychiatry. vol. I e II. Edit. Garatuja, S.P.
- (1992): As ausências do psicoterapeuta e suas consequências. Mesa Redonda. VII Jornada de P.A.G., São Paulo, (F.M.Sta. Casa)
- (1993): Medicina Psicossomática - psicopatologia e terapêutica. Edit. Artes Médicas. SP
- *Nogueira da Silva, A.; Martinez, T.; Almeida, M.* (1993): Associação de fatores etiológicos na doença coronariana, dislipidemias, características da personalidade e psicodinâmica vocal. Ars Curandi
- Matulis, A.C.* (1974): Schizophrenia: an experiment in teaching a new foreign language. In: Dyn. Psychiat. (47) 459-472
- Nitsum, M.* (1991): The anti-group: destructive forces on the group and their therapeutic potential. In: Group Analysis. (24) 7-20
- Olds* apud *Miller Paiva, L.* (1993)
- Patterson, T.* (1985): Electrophysiological studies of schizophrenia. In: Bull. Menninger Clinic (50) 238-256
- Paul, M.* (1990): The phenomenology of pressure. Conf. Soc. Psicanal. de Los Angeles apud *Grotstein*
- Pines, M.* (1974): Borderline syndrome. In: Group-analysis (7) 112-113

- (1992): Elaboration of the negative and other concepts: a tribute to Eduardo Cortesão. In: *Group Analysis* (25) 151-169
- Prado, M.P.A.* et al. (1974): Narcisismo e estados de entranhamento. Edit. Fon-Fon. Rio
- Stone, M.H.* (1988): Toward a psychobiological theory on borderline personality disorder: is irritability the read threat that runs through borderline conditions? In: *Dissociations* (1) 2-15
- Strachey, J.* (1974): Comentários - a Standart Edition of Psychological Words of Freud. The Hogard Press
- Usandivaras, R.* (1989) Through »Communitas« to individuation. In: *Group Analysis* (22) 161-170
- (1991): Matrix, mind and matter: from the internal to the eternal. In: *Group Analysis* (24) 471-473
- Winnicott, O.W.* (1960) The theory of the parent-infant relationship in studies of theory of emotional development. Edit. Int. Univ. N.Y.

Adress of the author:

Prof. Luiz Miller de Paiva, M.D.
Rua Lampo Verde, 439
São Paulo 01456-010
Brazil

Ecological Psychiatry – Dynamic Psychiatry: Convergence and Divergence**

Manuel Ruiz Ruiz (Málaga)*

Originating from the actual crisis of the human sciences the concepts of dynamic and ecological psychiatry are described, the convergencies and divergencies between both analyzed. The author presents the main features of dynamic psychiatry (Alexander) with its original psychoanalytic concept. The concept of social energy (Ammon) delivers a theory of psychic energy between the individual and his environment – a further contribution to dynamic psychiatry. Social psychiatry emphasizes environmental, epidemiological, aetiologic and preventive factors – all those factors could be articulated in the term »ecological psychiatry«. The author understands an increasing convergence between dynamic and ecological psychiatry as a paradigmatic step towards a new integrated and holistic psychiatry.

The crisis in psychiatry is complex and it is here that the lack of foundation in the models of integration, the situation of tension in the human sciences in the search for a new paradigm and the actual historical moment where political and economical factors predict a revolutionary change.

The theoretical and epistemological inadequacy of the bio-psycho-social model raises the interaction of the three paradigmatic complexes (biological-behavioural, phenomenological-existential and psychoanalytic), and the difficulty of integration of the ways of thinking, language and different concepts about the world. Consequently, the denominations of biological, dynamic and social can only be maintained emphasizing the importance of one of them but at the same time taking the others into consideration. The incommensurability of the paradigms, according to *Kuhn's* interpretation, would not make integration feasible but opposition and confusion would be viable between different paradigms (*Kuhn* 1970):

The aim of this work is to bring the concepts of dynamic and social psychiatry nearer to one another this being a necessity in whatever integral or holistic position but at the same time in continual contradiction.

Social psychiatry tries to value environmental factors and the importance of the population in epidemiology, aetiology, prevention... and this is why it cannot be understood without becoming converted into an ecological psychiatry.

»We have defined ecological psychiatry as the science that treats the mutual dialectic interaction between the mental patient and his environment. This definition is valid in practice and in theory. The fundamental method of work is the clinical epidemiology and interdisciplinary research

* M.D., Professor, Department of Psychiatry, University of Málaga, Spain, President of the Spanish Association of Analytic Psychotherapy

** Paper presented at the 10th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry WADP/XXIIIrd International Symposium of the Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP), St. Petersburg/Russia, October 25-29, 1994

of 'fields' like techniques directed towards achieving prevention, diagnosis and treatment of psychiatric disorders. The purpose of a psychiatry considered in this perspective is, generally, preventive and the concepts of health and mental illness are defined as one and the same thing without making one independent« (*Ruiz Ruiz* 1978).

The dialectic interaction between the mental patient and his environment is indisputable, thus the relationship between the biological and social becomes clearly determined and a »mental ecology« can be formed (*Bateson* 1972, 1979). The synthesis necessary between mind and nature could permit us to reach an understanding of this »sacred unity« where whatever kind of separation would be impossible (*Bateson* 1991).

The history of the philosophy of science demonstrates to us that everything united ends up being divisible to be able to explain the sciences of nature and the human sciences. We always finish up with dualities or reductionisms which bring forth once again the necessity to unite. The dialectics become gloomy once again when the theoretical definitions do not throw any light on practical actions.

The ecological way of thinking is holistic and integral but it reduces and limits whatever clinical or therapeutic activity, and curiously enough returns to biological thinking. That is why ecological psychiatry must be understood in studies on the general population, leading to ideologies about the world and the necessity of a systematization for the methodological development of its principles.

The concept of dynamic psychiatry is closer to clinical psychiatry and centers its attention as much on the intrapsychical aspects: character, vulnerability and personality (*Alexander* 1950), as on the interpersonal. The schools on depth psychology and psychoanalysis are closely related to clinical psychopathology. Dynamic psychiatry corresponds with clinical as analytic psychotherapy with therapeutical. Both concepts originate from the complex of the psychoanalytic paradigm, which also suffers transformations when practised, acceding to other clinical and therapeutic indications.

»The scientific structure of analytical psychotherapy is a paradigmatic set whose authentic origin is the psychoanalysis; although this has suffered important modifications in genetic, dynamic, topographic, economic and structural perspectives. This epistemologic concept about the analytical psychotherapy serves us to understand the difficulties in the relationships and approaches with other well-defined paradigmatic sets: the natural-scientific and behavioural-cognitive sets on the one hand, and the phenomenological-existencialist set on the other. We can observe in these paradigmatic frontiers the incursions from psychoanalysis, with the consequent confusion of objects and fields in the psychoanalytic practice« (*Ruiz Ruiz* 1990).

The impact of psychoanalysis in psychiatry modifies the psychogenesis along the line of causality introducing the unconscious in the diagnostic and therapeutic interpretation (*Ruiz Ruiz* 1989a).

When we delve deeply into the intrapsychic problem we are obliged to study the interpersonal relationships and the social matrix where events occurred (*Sullivan 1954*). Individual psychotherapy leads to group, family and social therapy. The metatheories used in ecological psychiatry are also feasible for dynamic psychiatry. The general systems theory intends to consider the systems and sub-systems implied (*Bertalanffy 1975*).

Ecological/dynamic psychiatry appear to be related and complementary. A global perception of the world and a dynamic attitude are two great aims for a therapist: but, to what point is a synthesis so extraordinary possible? Can we think of this double dimension individually and socially?

We could argue that the two concepts explained entail concepts about the world, ways of thinking, attitudes directed at the evaluation of the person, the interpersonal, the group and society. It is necessary that from the theory both concepts converge with the same aim.

»Our purpose is to endow psychiatry with a dynamic relation and a social structure (ecological) that in other universities and schools is unfavourably compared to biological psychiatry. We know well the biopsychosocial arguments and the implications between the biological and psychological, but our fundamental task is based on the educational and research in dynamic and social psychiatry« (*Ruiz Ruiz 1989b*).

We will not consider here hierarchies, systems or structures with which to explain these convergencies in an integral model we do not show all the possible divergencies either between both concepts for this we should analyze from the smallest units to other more complex ones.

The necessity for the convergence of the dynamic and social in psychiatry leads not to the bio-psycho-social model defended nowadays in psychosomatic medicine and liaison psychiatry (*Engel 1980, Kimball 1981*). Whatever psychotherapy knows the difficulties inherent between a personal analysis and a group or family psychotherapy. The interests of the patients and their families are not the same. It is necessary to distinguish between patient and client in private practice. In institutions other elements must be considered. The institution itself and its maintaining factors. We cannot forget that it does not easily accept the loss of its omnipotence.

»The choice of psychotherapy with the family of a psychosomatic patient will vary depending on whether the treatment is crisis-oriented, short-term or long-term. Whichever theoretical model used, the family dynamics must be clarified by establishing the attitudinal structure through which personal conflicts, problems between parents, family secrets, alliances, and ecological variables are expressed. Once the family structure has been defined and understood, we can establish the strategies and discuss the necessary therapeutic focus. Depending on the nature of each individual (e.g., individual-family-ecological-environment) problem we can carry out general and specific techniques as the family's needs dictate« (*Ruiz Ruiz, Fernández-Baca, Busby 1993*).

The divergencies can be reduced to the fight between the individual and the social, the interior world and the exterior, »sacred unity« and also demonic where the interests of the Ego will not endure an adaption to reality contrary to the phantasies of the Id and to its own identity. There is as much attraction between the individual and social as there is rejection and opposition. The distance and separation are more important in psychopathology than attachment and inseparability.

The criterions of adaptation, the private contract with the patient, the institutional agents, the criterions of cure are variables of reference between the individual and social. If then the ecological (instead of the social) reduces the tension of the actual concept in its relation with the dynamic, the situation continues to be critical when trying to maintain united the ecological and the dynamic.

We are in agreement about the necessity to integrate the dynamic and social but this is just a personal attitude against psychiatry and the world. We should look for a principle that follows a theory about psychiatry and we all know that laws are not applicable in psychology and psychopathology.

A theory on psychic energy between the individual and his environment and holistic understanding have been defended.

»Social energy is psychic energy which is given to an individual by his environment. It emerges from and is mediated through interpersonal contact. Social energy serves the individual in the development of his personality as an entirety: His bodily development is also part of this. *Ammon* understands human growth primarily as a social and interhuman process differing from the conventional psychological and psychoanalytical conceptions, and not as a biological endogenic one« (*Ammon* 1983).

This dynamic psychiatry will need a human framework with which it could tend towards the creation of a psychology and psychopathology like that of *Freud*, *Jaspers* or *Jung*.

What is left now is to resolve these questions in practice. Have we achieved a conceptual definition or on the contrary we find ourselves with a new theory?

The actual crisis in the human sciences and in psychiatry in particular, are bringing us near to a new revolutionary paradigm. It would be just to retain this and other theories for the new psychiatry. Possibly then the concepts of dynamic and social will not necessarily have to be maintained separately.

Ökologische Psychiatrie – Dynamische Psychiatrie: Konvergenz und Divergenz

Manuel Ruiz Ruiz (Málaga)

Das Anliegen des Autors ist es, die bisher voneinander getrennten Konzepte der Dynamischen und Sozialpsychiatrie näher zusammenzubringen in Richtung einer neuen integrierten Psychiatrie.

Sozialpsychiatrie beinhaltet u.a. Umweltfaktoren, Epidemiologie, Ätiologie, Prävention. All diese Faktoren können nach Ansicht des Autors unter dem Begriff »Ökologische Psychiatrie« gefaßt werden, welche als Wissenschaft definiert wird, die die wechselseitige, dialektische Beziehung zwischen dem psychisch Kranken und seiner Umgebung betont (*Ruiz Ruiz* 1978). Eine ökologische Denkweise ist immer ganzheitlich und integrativ, die Beziehung zwischen Mensch und Umwelt, Biologischem und Sozialem, Geist und Natur sind untrennbar miteinander verbunden.

Im Konzept der Dynamischen Psychiatrie (nach *Alexander* 1950) stehen sowohl intrapsychische Aspekte wie Charakter, Vulnerabilität und Persönlichkeit als auch Interpersonelles im Zentrum. Tiefenpsychologische Konzepte und die Psychoanalyse stehen in enger Beziehung zur klinischen Psychopathologie. Die Psychoanalyse und damit die Einführung des Unbewußten in Diagnostik und Behandlung hat die psychiatrische Auffassung von der Genese psychischer Erkrankung beeinflußt und verändert (*Ruiz Ruiz* 1989a).

Intrapsychische Probleme stehen in enger Verbindung mit interpersonellen Beziehungen und der sozialen Matrix (*Sullivan* 1954). Nach Ansicht des Autors stehen Dynamische Psychiatrie und Sozialpsychiatrie ergänzend zueinander in Beziehung. Ihre beiden Konzepte liefern hilfreiche Erklärungsansätze über die Individualität des Menschen, seine interpersonellen Beziehungen, die Gruppe und die Gesellschaft.

Wenn es um die Verbindung von Individuum und Umwelt in einem ganzheitlichen Verständnis geht, betont *Ruiz Ruiz* das Konzept der Sozialenergie von *Ammon* (1983). Sozialenergie entsteht aus und wird vermittelt durch interpersonellen Kontakt und dient dem einzelnen zum Wachstum seiner Persönlichkeit. *Ammon* versteht menschliches Wachstum primär als sozialen und zwischenmenschlichen Prozeß.

Die Annäherung von »dynamisch« und »sozial« in der Psychiatrie führt nach Ansicht des Autors nicht zu dem biopsychosozialen Modell (dem er kritisch gegenübersteht), welches heutzutage in der Psychosomatischen Medizin und in der Liaisonpsychiatrie (*Engel* 1980, *Kimball* 1981) vertreten wird.

Eine Entwicklung von zunehmender Konvergenz der Konzepte der Dynamischen und der Ökologischen Psychiatrie betrachtet der Autor als einen paradigmatischen Schritt hin zu einer neuen, ganzheitlichen Psychiatrie.

References

- Ammon, G.* (1983): Das Prinzip der Sozialenergie im holistischen Denken der Dynamischen Psychiatrie. In: *Dyn. Psychiat.*(16) 169–187
- (1993): Dynamic Psychiatry and Human Structurology. In: *Dyn. Psychiat.* (26) 279–287
- Bateson, G.* (1972): Steps to an Ecology of Mind: Collected Essays in Anthropology, Psychiatry, Evolution and Epistemology (San Francisco: Scranton)
- (1979): Mind and Nature: A Necessary Unity. (New York: E.P. Dutton)
- (1991): A sacred unity. Further steps to an Ecology of Mind. R.E. Donalson (Ed.) (San Francisco: Harper Collins)
- Bertalanffy, L.v.* (1975): Perspectives on General System Theory, Philosophical studies. (New York: George Braziller)
- Engel, G.L.* (1980): The clinical application of the biopsychosocial model. In: *American Journal of Psychiatry* (137) 535–544.
- Kimball, Ch. P.* (1981): The biopsychosocial approach to the patient. (Baltimore: Williams & Wilkins)
- Kuhn, T.S.* (1970): The Structure of Scientific Revolutions. 2nd ed. (Chicago: University of Chicago Press)
- Ruiz Ruiz, M.* (1978): *Psiquiatría Social*. (Barcelona: CEPYP)
- (1989a): *La Estructura Científica de la Psicopatología*. 2nd ed. (Málaga: CEPYP)
- (1989b): *Psiquiatría Dinámica y Social*. (Málaga: Universidad de Madrid)
- (1990): New psychoanalytic approaches to clinical psychiatry. In: *Psychiatry: a world perspective* (3) 573–576. (Amsterdam, New York, Oxford: Elsevier Science Publishers)
- Ruiz Ruiz, M.; Fernández-Baca, P.; Busby, G.* (1993): Psychotherapy with families of Psychosomatic patients. In: *Journal of Contemporary Psychotherapy* (23) 61–67
- Sullivan, H.S.* (1954): *The Psychiatric Interview* (New York: Norton)

Address of the author:

Prof. Manuel Ruiz Ruiz, M.D.
 Dept. of Psychiatry und Psychology
 University of Málaga
 Monte Saucha 34
 E-29016 Málaga
 Spain

The Psychosocial Construction of Disease and Handicap**

Claude Veil*, Catherine Veil-Barat** (Paris)

The authors give a brief survey over the psychosocial aspects of the concepts: schizophrenia, AIDS and handicap, beyond the scientific description of the diseases. They elaborate the historical development of the concepts, their social connotations, and the way they are commonly used.

In the late 18th and early 19th centuries, the founders of modern medicine strove to rationally set up a nosology homologous to *Linnaeus'* classification, and clung to the anatomoclinical method. This approach has largely stood the test of time in a number of fields relating to somatic pathology. But it has hardly been successful in the domain of mental pathology. This is one of the reasons for the development of classifications (especially DSM III and IV) which, giving up the obligation to generate an explicit theorization, rely on the consensus of a college of practitioners.

There is the possibility for other approaches. Some authors appeal to scientism, others distrust it; psychoanalysts are to be found in both camps. Reference to certain approaches or certain scientific disciplines will lead to propose conceptualizations and analyses of great concern. Their exactness, predictive function and guiding value for action can be uneven; their diversity may be confounding, but it is also of great value. The partitioning of these disciplines is historically and methodologically justified, and it has obvious advantages. However, it also has great disadvantages which can be summed up as an impoverishment of reality. Interdisciplinarity can also be risky, especially the risk to lead to weak consensus, or even a certain degree of confusion.

Awareness of these difficulties has stimulated widely known works. Thus, the biopsychosocial conceptions of diseases have been asserted several times for many years; they are usually seldom challenged but their impact is still rather limited. The systemic thought based on *Gregory Bateson's* and *Ludwig von Bertalanffy's* works had to lower its ambitions: it has usually been viewed as an interpretation of events added to other interpretations whose determinism it is far from exhausting. In a perspective of clinical social psychology, the various health conditions result from a set of both independent and interrelated causes. A pathology sets in, expresses itself, and terminates according to processes capable of

* Ph.D., M.D., Psychoanalyst, Headmaster of the Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS), Paris, France

** Ph.D., Psychoanalyst, Clinical Psychologist, Hospital of Saint-Antoine, Paris, France

*** Lecture given at the 10th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry WADP/XXIIIrd International Symposium of the Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP), St. Petersburg/Russia, October 25–29, 1994

mutual articulation. For instance, *Max Pagès* coined the term interprocessual knots to refer to several chains of causalities; according to him, the spheres of determination (biological, unconscious, emotional, social...) and the processes (somatization, inhibition, social exclusion, etc.) need to be distinguished.

In practice, as required by diagnosis and therapy, a pathological state can admittedly be defined by considering a few spatiotemporal impact criteria and by assessing the possible deviations from statistical, cultural or legal norms. Yet, this minimal conceptualization often proves insufficient, and description of the facts must then be enriched by allowing for other elements. It is then necessary to question acquired knowledge, which may require significant efforts.

This paper examines three case studies which are both exemplary and sufficiently different: schizophrenia, AIDS, and handicap.

Schizophrenia

Given the multiple and dissimilar acceptations of the term, it might be more appropriate to use it in the plural. The genesis of the concept dates back to *Bénédict Augustin Morel's* description of »démence précoce«, and to *Emil Kraepelin's* description of »dementia praecox«. It is rather logical that this Franco-German elaboration fructified in Switzerland thanks to *Eugen Bleuler's* talent, the inventor of a term and initiator of a theoretical debate which have deeply marked the 20th century since 1911.

Being an individualized pathological entity in the broad field of observation of insanity, the psychiatrists were naturally the first to take a position on the matter. Indeed, there is a general agreement on the existence of a way of being sick that is characterized by an evolutionary dissociation of the personality resulting in a state of deficiency. However, the terminology is not clear and does not succeed in becoming stable: the DSM III (1980) mentioned only »schizophrenic disorders«, then »schizophrenia« reemerged in DSM III R (1987). Besides, significant divergences have constantly appeared in the descriptions so that according to authors, cultures, and scientific traditions, the proportion of schizophrenia diagnoses among all the patients has been tremendously uneven. For example, depending on which side of the Atlantic, the same patient was differently described. It has also been said that during a certain period, diagnosis of schizophrenia was more frequent in Moscow than in Leningrad. Regarding this matter, the history of ideas is not only complex, but it is also intertwined with the history of national policies and international politics.

There remains some divergences, although to a lesser degree. This improvement owes a lot to concilement efforts from several sides, especially from the World Health Organization, the initiator of the international pilot study of schizophrenia (IPSS, 1966–1979). The successive

versions of the International Classification of Diseases, as well as those of the DSM, give evidence of the improvement achieved so far.

The risk of conceptual confusion has increased due to changes in the meaning of certain expressions, not only according to the language used (e.g. German, English or French), but also for the same language within a few years time. Thus, the substantive »paranoia« and the adjective »paranoid« give rise to problems of communication among scientists.

In 1960, while reviewing the etiopathogeny of schizophrenia, *Henri Ey* gathered works on various factors: the genetic factor of predisposition (heredity), the factor of biotypological predisposition, the characterological factor of predisposition (psychotype), neurobiological factors, general somatic aspects of the schizophrenic process, psychosocial factors, and the schizophrenic's family. Today such a task would take even more factors into account. It would likely stress psychodynamics, the role of serotonin, the synaptic function, cognitive deficiencies, brain imagery, immunological factors. But it would certainly not allow to demonstrate the existence of a uniform and linear causality. According to *Ey*, »The schizophrenic process cannot be reduced to any one of 'the factors', it is a resultant. And this resultant, which shows itself through symptomatology... essentially represents an evolutionary potential.«

Some authors, such as *George Devereux* (as an anthropologist and psychoanalyst), *David Cooper* and *Ronald Laing* (as antipsychiatrists), have strongly denied schizophrenia its status of disease. By highlighting the cultural dimension of schizophrenia, they revealed the physicians' ignorance of the disease and conferred them an iatrogenic role. Yet, the most striking phenomenon is perhaps the entry, then the expansion and standardization of the term in the common language. *Jean Garrabé* has collected numerous examples of this entry in philosophical books, political speeches, dictionaries and the press. Thus, schizophrenia includes and symbolizes ordinary and extraordinary insanity. Along with *Garrabé*, one can wonder whether this concept, now over 80 years old, is going to last for a long time. Schizophrenia could disappear from the scientific world in two ways: either if the psychiatrists understood it well enough to cure it and prevent it or if they identified a multitude of models that would make a new nomenclature opportune.

AIDS

The history of AIDS is quite different from that of schizophrenia. Its birth certificate was issued in the United States on June 5th 1981 by the Center for Disease Control in Atlanta. According to *Mirko Grmek*, it received its name a few weeks later, and he or she who coined it is not really known. The term AIDS is an acronym whose meaning from a mere syndrome is often forgotten. *Grmek* notes that this name has become inappropriate; indeed, since the causal virus was identified, and a fortiori

since the infraclinical evolution was discerned, AIDS cannot be seriously denied its status of infectious disease. But the weight of words is such that AIDS is sometimes still taught as a syndrome rather than a disease. In this respect, it should be acknowledged: firstly, that the mode of action of the HIV was so unprecedented that many people, who were supposed to know, were puzzled; secondly, that every time the definition of AIDS was »officially« changed, the same acronym remained; and thirdly, that it is decreasingly true that contamination rapidly leads to death. But a question arises: does the willingness to continue to radically set asymptomatic HIV positiveness versus the appearance of symptoms only show a rigorous scientific approach? It might as well be an attempt to magically annihilate a somewhat evil process.

In the previous paragraph, we saw that the scientific construction of the disease has been collective from the start. Another significant difference from the construction of schizophrenia is the swiftness of maturation of the concept. It can only be reminded that the identification of the virus was marked by conflictive episodes involving people of the highest governmental ranks and that the relationships between researches were passionately ambivalent. But even more striking is the nearly instant appearance (within about six months) of the problematic in the general public. The scientific construction was almost in phase with the social and the media's construction, both having developed in synchrony and interaction. Simultaneously, for the first time in the history of medicine, the patients were seen as deciders with respect to control of their treatments.

Then, researchers of the social sciences took part in the debate. *Susan Sontag* showed the metaphoric value of AIDS. She wrote: »The societies, it seems, need to have a disease that becomes synonymous with evil and brings disgrace upon its 'victims', but this obsession seems to uneasily stick to more than one disease.« In the collective imagination, AIDS has played the traditional role once played by plague, leprosy, syphilis, tuberculosis or, to a certain extent, by cancer. It is the role of evil, physical evil identified with moral evil, an evil perceived as extraneous and therefore inevitably alien.

Prior to any encounter with a HIV carrier, laypersons have a certain representation of the contamination. This representation attaches (or assimilates) the infection to a specific sexual practice which, from this perspective, is regarded as perverse. The categorization of AIDS patients in a »club of the four H« has been very successful; sometimes including the hookers. This list is grossly incomplete. Was it designed to reassure those who invented and disseminated it? In this respect, *M. Grmek* quotes the bewildering statement made by an American woman: »This disease affects homosexual men, drug addicts, Haitians and hemophiliacs, thanks to God it has not yet spread among humans.« Of course, this kind of reaction has strengthened those governments' determination to prevent HIV carries from entering their countries.

The infected people would thus not only be considered as dangerous but also as guilty or at least in fault. This poses the problem of those still referred to as »innocent victims« of fatality such as transfused patients. In such cases, in a violently emotional atmosphere, there is a quest for a »true« guilty person, preferably one who is at a high level of the social hierarchy. This also poses the question of visibility. The sight of the disease stigmas (emaciation, Kaposi's sarcoma) might be frightening. But the fact that a handsome ephebe's healthy look does not warrant his being noncontagious incites people to regard him with terror and reprobation as a masked imposter.

We could be tempted to postulate that the common social representation of the virus, AIDS, and the HIV carries is irrational, and that researchers, clinicians and social workers are free from it. That could be evidenced by the introduction of a new categorization of people in the professional vocabulary: for instance, the PWAs in English, or the virus carries (*porteurs du virus*) in French. The neutral form of these formulations, which are claimed or accepted by those concerned, has some advantages. But psychological surveys, especially among nurses, show the persistence of much less neutral phantasms and resistance to acquire optimal professional behaviors. Nonetheless, the difficulties thus experienced likely result from normal defense mechanisms against anxiety. Today (in France and probably in other countries), there is an evolution of the nurses' professional role connected to an evolution of their relations with knowledge. In favorable conditions, there is also an evolution of their representations.

We have stressed the importance of the differences between the construction of schizophrenia and that of AIDS. Yet, there is a homology between them. They are both affections whose, unitary status of chronic disease has been disputed. In both cases, an »incipiens« phase, whose nature remains controversial, is described. In both cases, a hard to define dark margin that is distressing to those affected and frightening to those in contact with them has given rise to passionate debates. In both cases, physicians have been led to engage in political conflicts.

Handicap

The common notion of infirmity is lost in the mists of the past. But the scientific construction of the object »handicap« is recent, since the World Health Organization issued *Philip Wood's* conceptualization in 1980 after about ten years of work. Unlike the two previous case studies, the scientific definition of handicap has not been associated with a neologism. In French, the term itself seems to have been adopted as early as in the 19th century, but its meaning of disadvantage connected to health only dates back to the post-World War II era.

The term was strongly established in France by the act of November 23rd 1957 on »employment of handicapped workers«. As in following acts

(in 1975 and 1987), those who drew up the act probably chose such a denomination in order to avoid confusion as well as the restrictive and derogatory connotations of its numerous synonyms; such a wish could only be unfulfilled; so was it pretty soon. However, the legislator more or less explicitly referred to »the physical or mental, congenital or acquired intrinsic constraint that disadvantages the 'handicapped person' with respect to the average individuals in the same society and puts at risk his or her ability to live like anybody else. The handicap is a relative notion, which should not be determined in abstracto, but in concreto.« (*Marie-Louise Cros-Courtial*). Giving a universal lawful definition to handicap has not been thought as opportune but the legislator took care to set up organizations with the task to determine each specific case.

Therefore, here is a specifically legal construction based on an empirical norm. It has often been criticized by authors of other disciplines who are not satisfied with it. Nor are they with *François Bloch-Lainé's* report who, in 1967, took into account the physical, mental and characterological state as well as the handicapped's social status in order to compare them to the norm, which he soberly defined as »the average abilities and opportunities of most individuals living in the same society«. One should note the value of the »social handicap« in this report; a value which was to be denied later on.

At that time, handicap only led to very few theoretical works. However remarkable, *Erving Goffman's* book was translated into French only twelve years after it was published. Its conceptualization is inventive and will prove influential. By and by, it enriches the sociology of handicaps. Yet, captivated as he was by his main object, namely stigma, *E. Goffman* insufficiently strove to differentiate the two notions.

P. Wood's approach was different. Being a rheumatologist and a public health physician confronted with lasting and invalidating affections, he noted the inadequacy of the intellectual tools of description. Being articulated according to an etiologic or anatomopathological model, the classifications of diseases do not account for sequelae and remaining abilities. By acknowledging only lesions, the scales of infirmities ignore their whole (individual and environmental) context, and therefore actual loss of ability. In the consequences of pathological states, *P. Wood* distinguishes three connected but distinct elements that can be precisely determined one by one. Complex as it may seem at first sight, his model succeeded in clarifying an initially confused object.

Yet, some ambiguities remain. Some owing to translation difficulties. The French translation of English terms is sometimes rather astonishing:

consequences of disease	= handicaps
impairments	= déficiences
disabilities	= incapacités
handicaps	= désavantages.

Other difficulties owe to the persistence of obsolete terminological schemata. For example, while referring to *Wood's* model, some authors

continue to use expressions that are incompatible with it (e.g. visual handicap, mental handicap, social handicap).

And, above all, the scientific construction of handicap competes with common representations. The latter is made up of a hierarchization of handicaps in terms of social norms of appreciation or despise. These norms are constraining, complex, and more or less specific. For instance, an immigrant child is more readily regarded as intellectually deficient than a native child; if one suffers from a motor impairment, it is preferable to have acquired it while fighting in a victorious war than by falling while being drunk. Besides, this impairment is differently perceived whether it is an amputation or a paralysis: the former often awakens phantasms related to death instinct, whereas the latter falls under suspicion of laziness or cheating. Just like in schizophrenia and AIDS, there is an unconscious dialectic of what is visible and what is hidden.

What remains to be assessed is the impact of these representations on the functioning of institutions. The authorities entrusted with the mission to evaluate the disadvantages affecting the handicapped consist in representatives of the various powers, aided by experts. What is known about the former leads to believe that they carry and are captive of the handicapped's representations in the global society. As for the experts, they are not immune to stereotypes.

Conclusion

The three case studies examined showed the duality of the construction of medical knowledge. The time of the scientific construction of a concept is not always, and in any case not exclusively, that »positive time of knowledge« described by *M. Foucault*.

Das psychosoziale Konstrukt von Krankheit und Behinderung

Claude Veil, Catherine Veil-Barat (Paris)

Am Beginn der modernen Medizin im späten 18. und frühen 19. Jahrhundert steht die Angleichung der Krankheitslehre an *Linnés* naturkundliche Klassifikationen, was für psychiatrische Störungen ein weitaus problematischeres Unterfangen wurde als für die somatischen. Die Entwicklung und Erweiterung von Klassifikationssystemen in diesem Bereich haben eine strikte theoretische Grundlegung aufgegeben, an deren Stelle der Consens der Praktiker getreten ist.

Andere humanwissenschaftliche Disziplinen haben andere Herangehensweisen und Konzeptbildung hervorgebracht. Diese interdisziplinäre Vielfalt birgt das Risiko eines zu schwachen Konsens in sich und die Chance, zu größerer Genauigkeit und klarerem Handeln zu kommen.

Aus der Sicht der klinischen Sozialpsychologie rühren verschiedene Zustände der Gesundheit von einer Kombination aus voneinander unabhängigen und abhängigen Ursachen her und können jeweils in verschiedenen Bedingungsgefügen stehen. So schlägt *Max Pagès* vor, Bestimmungs- (biologisch, unbewußt, emotional, sozial...) und Prozeßebene (Somatisierung, Hemmung, sozialer Ausschluß...) immer voneinander zu unterscheiden.

Diese Arbeit untersucht drei unterschiedliche Krankheitsbegriffe in ihrem, über die Ebene der Beschreibung als Faktum, hinausreichenden Begriffsfeld: Schizophrenie, AIDS und Behinderung (handicap):

Auf der Basis der Vorgängerkonzepte *Morels* und *Kraepelins* hat *Eugen Bleulers* Krankheitsverständnis der Schizophrenie die Diskussion seit 1911 geprägt, wobei allgemein die Übereinkunft besteht, daß es eine Art des Krankseins gibt, die durch die Spaltung der Persönlichkeit gekennzeichnet ist und einmündet in einen insgesamt defizienten Zustand. Größtenteils bleibt der Begriff der Schizophrenie unklar, instabil und divergent, so daß je nach Autor, Kultur, wissenschaftlicher Tradition der Anteil der Schizophreniediagnose immer dramatisch ungleich gewesen ist. Lange Zeit war die Häufigkeit der Diagnose abhängig vom Land, wurde in Moskau häufiger erteilt als in Leningrad, war anfällig für den politischen, innerstaatlichen Mißbrauch und den internationaler Politik. Eine gewisse Änderung trat hierin seit der Pilotstudie der WHO zur Schizophrenie (1966–1979) ein.

Henry Ey (1960) hat einen Überblick über die unterschiedlichen Faktoren in der Entstehung der Schizophrenie erstellt, die Heredität, biologische Prädisposition, der charakterologische Faktor, neurobiologische und psychosoziale Faktoren und die Bedeutung der Familie. Heute würden noch andere und detailliertere Aspekte hinzukommen, was in jedem Fall einer linearen Kausalität des Krankheitsverständnis widerspricht. Autoren wie *Devereux*, *Cooper* und *Laing* haben der Schizophrenie grundsätzlich den Status einer Krankheit abgesprochen und ihre iatrogene Aufrechterhaltung herausgearbeitet.

AIDS ist als Infektionskrankheit zu verstehen, wird allerdings eher als ein Syndrom denn als Krankheit gesehen. Mehrere Punkte bei der Konzeptbildung AIDS sind anzuerkennen: Der Art der Wirkung des HIV ging nichts Vergleichbares voraus. Es wird immer weniger wahr, daß die Ansteckung schnell zum Tod führt. Die Konstruktion des Krankheitsbegriffs hatte keine Zeit der Reifung, wobei die wissenschaftliche Konstruktion zeitgleich vonstatten ging mit der sozialen und Medienkonstruktion. AIDS reiht sich im kollektiven Bewußtsein ein in die Reihe der Krankheiten wie die Pest, Lepra, Syphilis, Tuberkulose und teilweise auch Krebs, für die gemeinsam ist, daß die Rolle des Übels gleichgesetzt wird mit moralischem Übel. Infizierte Menschen werden nicht nur als gefährlich, sondern auch als schuldig angesehen. Die allgemeine gesellschaftlich vorherrschende Einstellung ist irrational, teilweise auch die von Krankenpflegern, Ärzten und Sozialarbeitern, wie dies psychologische Überblicksarbeiten zeigen.

Der Begriff der Behinderung besteht offiziell seit der Konzeptbildung durch *Philip Wood* (1980). Aber er ist kein Neologismus, in Frankreich gibt es den Begriff bereits im 19. Jahrhundert, die Gleichsetzung mit »gesundheitlicher Benachteiligung« geht auf die Zeit nach dem 2. Weltkrieg zurück. Der Begriff ist sozialrechtlich begründet zum Schutz von Menschen, die gegenüber dem Durchschnitt der Bevölkerung gesundheitlich benachteiligt sind. Es wurden Institutionen geschaffen, die den Einzelfall klären. Der Begriff selbst hat Erweiterungen und Spezifizierungen erfahren, so z.B. durch die Einführung des Begriffs »soziale Behinderung«. Aber insofern in den Behinderungsskalen nur Verletzungen anerkannt sind, bleibt der individuelle und umweltbezogene Kontext unberücksichtigt.

Die wissenschaftliche Begriffskonstruktion steht in Widerstreit mit allgemeinen Vorstellungen. Diese errichten eine »Handicap«-Hierarchie, die sich nach sozialen Normen der Anerkanntheit oder Verwerfung richtet. So wird z.B. ein eingewandertes Kind leichter als geistig retardiert angesehen als ein Kind des eigenen Landes. Im Falle einer motorischen Behinderung ist es besser, man hat sie in einem glorreichen Krieg erworben als dadurch, daß man in betrunkenem Zustand hingestürzt ist. Davon abgesehen wird diese Beeinträchtigung unterschiedlich wahrgenommen, je nachdem ob es sich um eine Amputation oder Lähmung handelt. Erstere bringt Phantasien hervor, die mit dem Todestrieb in Zusammenhang stehen, letztere setzt sich dem Argwohn aus, es handle sich um Faulheit oder Betrug.

So wie bei Schizophrenie und AIDS gibt es eine unbewußte Dialektik von dem, was sichtbar, und dem, was verborgen ist.

Die drei Fallstudien zeigen die Dualität der Konstruktion medizinischen Wissens.

References

- American Psychiatric Association* (1989): DSM-III-R. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. (Paris: Masson)
- Bertalanffy, L. von* (1973): Théorie générale des systèmes (Paris: Dunod)
- Bleuler, E.* (1911): Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. In: Aschaffenburg (Hrsg.) Handbuch der Psychiatrie
- Bloch-Laine, F.* (1967): Etude du problème général de l'inadaptation des personnes handicapées. Rapport présenté au Premier Ministre (Paris)
- Boissier de Sauvages, F.* (1772): Nosologie méthodique (Lyon) (cité d'après Foucault).
- Boltanski, E.* (1974): L'enfant handicapé physique et son devenir: perspectives de sa vie scolaire et professionnelle (Toulouse)
- Centre Technique National d'Etudes et de Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations* (1989): Classification internationale des handicaps: du concept à l'application (Vanves: CTNERHI)
- Changeux, J.P.* (1983): L'homme neuronal (Paris: Fayard)
- Cooper, D.* (1970): Psychiatrie et antipsychiatrie (Paris: Seuil)
- Cros-Courtial, M.L.* (1989): Travail et handicap en droit français (Vanves: CHTNERHI)
- Devereux, G.* (1970): Essais d'ethnopsychiatrie générale (Paris: Gallimard)
- Ey, H.; Bernard, P.; Brisset Ch.* (1960): Manuel de psychiatrie (Paris: Masson)
- Foucault, M.* (1963): Naissance de la clinique (Paris: PUF)
- Garrabe, J.* (1992): Histoire de la schizophrénie (Paris: Seghers)

- Giarni, A.* (1990): L'hypothèse de la figure fondamentale du handicap. In: *Paicheler, H.; Morvan, J.S.*: Représentations et handicaps. Vers une clarification des concepts et des méthodes (Paris: CTNERHI-MIRE)
- Giarni, A.; Veil, Cl. & le groupe RITS* (1992): Sida: représentations, relations et conduites chez les infirmières et les travailleurs sociaux. Permanence et changements (Laboratoire de Psychologie clinique de l'Université Paris 7)
- Giarni, A.; Veil, Cl.; Samalin-Amboise, Cl.; Veil-Barat, C.* et al. (1994): Des infirmières face au sida (Paris: INSERM)
- Goffmann, E.* (1975): Stigmate. Les usages sociaux des handicaps (Paris: Ed. de Minuit, paru en 1963 en langue anglaise, sous le titre de *Stigma*, chez Prentice-Hall).
- Green, A.* (1991): Méconnaissance de l'inconscient. In: *L'inconscient et la science* (Paris: Dunod)
- Grmek, M.* (1990): Histoire du sida. Début et origine d'une pandémie actuelle (Paris: Payot)
- Jodelet, D.* (1989): Folie et représentations sociales (Paris: PUF)
- Herzlich, C.* (1969): Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale (Paris: Mouton)
- Herzlich, C.; Pierret, J.* (1988): Une maladie dans l'espace public. Le sida dans six quotidiens français (Annales E.S.C.)
- Jaspers, K.* (1933): Psychopathologie générale (Paris: Alcan)
- Kamienecki, H.* (1994): Histoire de la psychosomatique (Paris: PUF)
- Kraepelin, E.* (1899): Kompendium der Psychiatrie
- Laing, R.D.* (1970): Le Moi divisé (Paris: Stock)
- Morel, B.A.* (1851/52): Etudes cliniques sur les maladies mentales (Paris: Navay)
- Moscovici, S.* (1961): La psychoanalyse, son image, son public (Paris: PUF)
- Moscovici, S.* (1972): Introduction à la psychologie sociale (Paris: Larousse)
- Organisation Mondiale de la Santé* (1979): Troubles mentaux. Glossaire et guide de classification en concordance avec la neuvième révision de la Classification internationale des maladies (Geneve: OMS)
- (1988): Classification internationale des handicaps: déficiences, incapacités et désavantages. Un manuel de classification des conséquences des maladies (Paris: CTNERHI-INSERM)
 - (1993): Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement. Directives pour le diagnostic (Geneve: OMS)
- Pagès, M.* (1990): L'analyse dialectique; propositions. Psychologie clinique
- Sontag, S.* (1979): La maladie comme métaphore (Paris: Seuil)
- (1989): Le sida et ses métaphores (Paris: Bourgois)
- Stiker, H.J.* (1982): Corps infirmes et sociétés (Paris: Aubier)
- Sydenham, Th.* (1784): Médecine pratique
- Van Praag, H.* (1992): Les mécanismes sérotoninergiques dans la pathogenèse de la schizophrénie. In *Synapse* 19-31
- Veil, C.* (1968): Handicap et société (Paris: Flammarion)
- (1982): (dir.) Vivre dans la différence. Handicap et réadaptation dans la société d'aujourd'hui (Toulouse: Privat)
- Verdoux, H.; Bourgois, M.* (1994): Neuropsychologie des schizophrènes. In: *Synapse* 43-55
- Wing, J.K.; Cooper, S.E.; Sartorius, N.* (1980): Guide pour un examen psychiatrique (Bruxelles: Mardaga)
- World Health Organization* (1979): Schizophrenia: an international follow-up study (Chichester: Wiley & S.)
- (1980): International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease (Genève: WHO)

Address of the authors:

Catherine Veil-Barat, Ph.D.
 Claude Veil, Ph.D., M.D.
 23 Anemones
 29, Rue des Boules
 F-75011 Paris
 France

Systemtheory in Dynamic Psychiatry – Possibilities and Limits**

Reinhard Hochmuth (Berlin)*

The author evaluates the advantages of systemtheoretic approaches for Dynamic Psychiatry. He gives an insight in actual approaches of systemtheoretical thinking in the field of psychology and explains some basic notions. Procedures for the use in the humanstructural frame are suggested and possibilities and limitations are discussed. The autor concludes that research with a systemtheoretical background is very helpful for future developments.

There is a more than seventy years lasting history of systemtheoretical thinking in psychology. Before *Lewin* published 1935 his book »Dynamic Theory of Personality«, he studied about ten years so called »psychological forces and energies and the structure of soul« (*Lewin* 1935). *Von Bertalanffy* had a great influence on the systemtheoretical approach by his more abstract setting of General Systemtheory published in 1951. Nearly at the same time *Prigogine* developed a more specialized theory for the description of more complex systems. Worthy of note is above all his theory of open systems in connection with the concept of entropic energy (*Prigogine* 1945). Another idea originates from *Wiener* in 1948: In his view regulation processes are the basic facts in very complex systems. In the field of psychology this work was continued for example by *Miller*, *Galanter* and *Pribram* (1960). Furthermore I remind the book »Socialstructure and Personality« by the american sociologist *Parsons*, who tried to analyse the adapting of morality and ethics in such a way, that his statements are true both in the framework of a theory about personality and a theory about the social system. There he used systemtheoretical notions that are common to both parts. Especially he extended *Freud's* notion of super-ego.

Related to Dynamic Psychiatry one of the most important influences come from *Menninger's* »The Vital Balance«. Here the author attempted to develop a whole psychiatric nosology by systemtheoretical reasons including psychoanalytic ideas. The crucial point there is the conception of emotional balance: Illness is viewed as a disturbance of the emotional balance and the missing ability to gain the balance again. Furthermore symptoms are viewed as some kind of reparation strategies, which prevent on the other hand a healthy development of the whole personality.

It is important to notice that the influence of systemtheory is very different in various psychological theories. Sometimes a whole theory claims to underly the so called systemtheoretical paradigma and sometimes ideas are more or less clothed in systemtheoretical notions but their inten-

* Dr. rer. nat., Dipl. Math., Freie Universität Berlin

** Paper presented at the 10th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry WADP/XXIIIrd International Symposium of the Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP), St. Petersburg/Russia, October 25-29, 1994

ded sense transcends the systemtheoretical frame. My considerations are mainly related to the second case. A good example in my opinion is the humanstructural theory of the Dynamic Psychiatry founded by *Ammon*. He himself accentuates occasionally the systemtheoretical aspect of his theory. There are several papers published, which are concerned with this point, compare for example the contribution of *Buda* held at the »International Symposium Psychoanalyse und Dynamische Psychiatrie« on the occasion of the 75th birthday of *Ammon*. On the other hand it is clear, that systemtheory is only one root of the human-structurology beside others like »ego-psychology, the object school ... and group-dynamic thinking« (*Ammon* 1993). Priority aim of all theoretical considerations of *Ammon* is the founding of an individual differentiated psychotherapeutical treatment, the recovery and application of socialenergetic constructive therapeutic fields for bringing up the humanstructural development of identity.

Before I'll shortly describe new developments in the field of the more abstract theory of dynamical systems and confrontate them with specific moments in the theory of Dynamic Psychiatry, I mention some well-known aspects of systemtheoretical concepts. The first aspect is the high integrant effect. This can be described in the following simplified manner: Consider the biological and psychological aspects as two subsystems of a system man. Both consist of different elements, structures and functions. Interactions take place with the surrounding, between two subsystems and within the subsystems and lead probably to dynamic developments. Then a lot of different moments including for example synergetic effects can be discussed within this framework, because of the idea of isomorphism. By this means systemtheory shows an enormous integrant effect both for theory and practice. Therefore it is no mere accident, that systemtheory is used by attempts of an integration of psychology, psychoanalysis and medicine. Systemtheory allows to relate complex dynamics, described in different fields, without making references to underlying material processes, which seem to show no dependencies. Second: All standard statistics in psychology and medicine including the usual multivariate methods follow linear models, which imply that considered variables are always connected by linear rules neither are raised to the power nor are multiplied by each other. Therefore empirical oriented psychological theories must consider linear connections between their variables, although it is well-known that the interplay in most cases does not follow linear rules. Especially the humanstructural theory cannot be reduced to linear processes.

This is a good point passing over to new aspects in the theory of dynamical systems, which can probably be used for a more detailed understanding of complex psychological processes. I want to show, that they offer possibilities both for quantitative and qualitative considerations, which are of another character than those, which are produced by statistical verifications of supposed interdependencies.

It is common sense, that we often observe states which seem to be disordered and unlogical. But in most cases it is a very difficult task to decide, whether the state is really disordered or whether there is an order not yet discovered. Remind for example the french scientist *Laplace* in 19th century, who believed, that if one knows sufficiently enough about some state, it is possible to predict the total future of a system. Here the crucial point about all is his belief, that nature, including all kinds of life, behaves ultimately predictable. But contrary, we nowadays know, that even simple deterministic systems with for example involved mixed feedback processes lead to very complex dynamical systems, which produce contingent states. Contingent means here, that the prediction of states is principally very limited. This fact is also named as chaotical. Thus one needs methods, which allow to decide, whether observed chaotical states are produced by a deterministic system or are in fact results of pure accident.

But deterministic-chaotical states possess so called chaotic attractors, i.e. they show some order (*Schiepeck, Strunk* 1994). What is a chaotic attractor? In general an attractor of a system is an attractive dynamic state, which is relatively stable in time. A chaotical attractor is an attractor in a deterministic-chaotical system, i.e. a system with a hardly predictable future. Thereby a state is denoted as stable, if after a disturbance of the system, the system turns back into this state. In the psychological field one knows the reiteration compulsion or the assimilation of different perceptions with respect to existing cognitive-emotional schemes.

To recognize the temporal development of a system one has to draw the change of interesting variables of the system. These curves are called trajectories. Complex dynamical systems are characterized by very complicated curves and an inspection by eyes is not sufficient to find out, whether there is an attractor or not. Now mathematics come in, i.e. the computation of fractal dimensions resp. the Hausdorff-Besicovitch-dimension or other characteristic values. Is, for example, the fractal dimension bigger than the topological dimension, then there is probably a chaotic attractor, because a difference between these two dimensions is necessary, but unfortunately not sufficient, for its existence. This idea is for example used in the epilepsy research. One knows that a significant time before epileptic spasms arise, the fractal dimension of the EEG-datas increases. But until now it is not possible to use this fact for the treatment of the patient, because it requires too much time to compute the fractal dimension. It is an open question, whether and how it is possible to compute fractal dimensions fast enough. For other applications within this field compare *Fell and Röscke* (1994).

This example gives also a hint to a necessary assumption for identifying attractors in complex systems: the generating system must be constant for a sufficiently long time. Thus, it seems possible, that the concept of fractal dimensions can be applied to study the efficiency of therapy, if one supposes, that a successful therapy would change the dimension of time-series of certain variables. Here we can argue moreover, that therapeutical situations

are good fields of applications, because transference, countertransference and the whole emotional climate act like an attractor (*Schiepeck* 1991). Furthermore experiences show that important changes often happen during therapeutical sessions. This shows, that another assumption is obviously also satisfied: the system must be operational closed, but not in a material or sensorical sense.

Therefore we can summarize, that because fractal dimensions are a nonlinear measure for change in complex systems and because important methodological assumptions are fulfilled, it could be interesting to apply this concept on therapeutical processes. Furthermore a change in dynamical states is mostly accompanied by relatively untypical and irregular behaviour. The system seems hesitant and undifferent. Such a state is called critical instability and, if it is caused by a change of control parameters, critical fluctuation (*Schiepeck et al.* 1994). Notice that also a development of the system itself can force a change of control parameters. It is clear, that during critical fluctuations, therapeutical interventions could be very efficient. This idea can probably clarify the experience, that there are phases during psychotherapy, in which little occasions are followed by great changes.

Now I come to the question: How can these concepts be used? If one studies the related literature, one recognizes that process-models seem to be very suitable for the simulation of psychological situations (*Schiepeck* 1991). The main parts of process-models are a data-logger, where facts about the model are represented, a production logger, where by certain rules, which can include other processes, new datas are produced. Then an interpreter compares new datas with given ones, which leads probably to new facts in the data or production logger. Here adaptations manifest themselves in so called build operations and result in differentiation and generalisation, which are the main moments of evolutionary developments.

How can little more concrete steps towards an application in the frame of Dynamic Psychiatry look like? First of all, one has to concretize the statement of the considered problem, or in other words, one must clarify the aim of the attempt: what should be the outcome of the model, which question should be answered? Then in the second step, one fills the data logger with facts about people, groups and, about all, facts about functions related to the humanstructural theory. Examples for such assertions are: The secondary human functions establish the contact to the surrounding. The core of the human-structure is build by the central human-functions like aggression, narcissism, anxiety, identity, demarcation or sexuality and its roots are unconscious (*Ammon* 1979). Developments depend mainly on socialenergetic alterations, which influence also the qualitative expression of production rules.

The third step consists in preparing rules, which connect different humanstructural functions in the light of the studied problem. For example one could state, that an increase of destructive anxiety results in an increase

of destructive aggression, whereby the amount is related to the whole constellation especially within the connection of aggression, narcissism and anxiety. Important is also the socialenergetic field and its qualitative expression with respect to constructive, destructive or deficit aspects. For a more quantitative formulation of the rules one could consult for example normed intercorrelation scales of the ISTA (*Ammon et al. 1982*). Finally the interpreter consists of three parts: evaluation, selection and realization. Here variables have probably different parts, like an actual value, a mean value and an accident value. Again, a more quantitative formulation has to be related to the underlying question and empirical facts.

What is the advantage of such an approach? Above all, one can simulate the development of dynamic structures and study the interdependency of human functions within complicated situations. Clearly a simulation is not reality, but everybody and especially a therapist thinks about complex dynamic situations and tries to anticipate the future development. But ultimately situations are mostly too complicated for a simple survey. Here simulation models can help. Furthermore one can study typical situations of critical fluctuations in order to derive more explicit parameters for an understanding of the therapeutical process within the theoretical concept. Furthermore one can draw conclusions about the complexity of a system by estimations of fractal dimensions. But this leads directly to one of the main limits of the systemtheoretical approach.

Mathematical methods of today allow only to identify low-dimensional chaos. It is a difficult task to differentiate between high-dimensional chaos and some kind of noise. This problem is of basic nature, because there is always in life some contingency. Thus there appears some kind of uncertain principle and it is not possible to solve this problem forever. Instead of this, one has to isolate a small number of variables, rules and so on – but what are the relevant or really true dimensions with respect to some part of reality?

One has to recognize, that this problem is still principally unsolved in the psychological field. There are several facets of this question: What is the true scientific method in psychology? What is the progress in human disciplines? How is it possible to integrate different or even contrary psychological theories?

Here it is important to accept, that there is no empirical and also no systemtheoretical answer possible and in general there is no widely accepted scientific method to decide, what are the main true categories for a description and understanding of man. The problem of empirical or systemtheoretical verifications of theories lies in the following simple context: they are only able to generate and test hypothesis – but the hypothesis already use underlying categories. Thus the empirical verifications, that are possible, consist in tests, whether there is some statistical or dynamical connection between the variables or stated categories. This can't substantiate the relevance of the variables itself. Moreover, nearly all psychological theories are in this sense circular.

Let me add another critical remark to systemtheoretical models within psychology. The meaning of the man-world relation is in systemtheoretical models reduced to functional transformations and the aspect of its meaning related to the subject is implicitly eliminated. Thus systemtheory lives in agreement with the dominant interest to refer the principle of control within interpersonal relations to others, instead of caring responsibility or even try to overcome this relation of power (*Lenz, Meretz 1993*).

But one of the great advantages of systemtheory and Dynamic Psychiatry is, that they reflect this bad scientific situation and give some kind of pragmatic answer, respectively fill this hole in certain ways. Systemtheory establishes a specific conception of truth, in some sense a generalisation of constructive rationalism (*Schwemmer 1987*). One central aspect is joining ability. Other aspects are: Is the model sufficiently simple? What kind of consequences has the model? Does the model allow sufficiently enough empirical questions?

In Dynamic Psychiatry there stands a specific view of human beings in the beginning of all theoretical considerations. This view, which is not provable at all by traditional methods, gives identity to the whole theory. Moreover, if one investigates the sketched systemtheoretical conception of truth, one states, that it is practicable within Dynamic Psychiatry. Thus psychological research should go to this direction of truth.

I hope, that I could show, that the systemtheoretical approach is feasible for getting more detailed and verified statemets, if one uses new concepts of systemtheory, even though it is not possible to ground the relevance of used categories by this way.

Systemtheorie und Dynamische Psychiatrie – Möglichkeiten und Grenzen

Reinhard Hochmuth (Berlin)

Auf der Grundlage der mehr als 70 Jahre zurückreichenden systemtheoretischen Ansätze in der Psychologie und mit dem Hinweis auf die besondere Bedeutung von *Karl Menninger's* Werk »Das Leben als Balance« betont der Autor, daß die Einflüsse der Systemtheorie innerhalb verschiedener Theorien sehr variieren. Der Autor sieht die humanstrukturelle Theorie *Günter Ammons* als ein gutes Beispiel an, das einerseits bestimmte Aspekte der Theorie in systemtheoretische Begrifflichkeiten faßt und dabei andererseits den systemtheoretischen Rahmen transzendiert. *Ammon* selbst hat das systemtheoretische Moment in seiner Theorie betont, jedoch diese als nur eine von verschiedenen Wurzeln der Humanstrukturologie verstanden.

Hochmuth stellt im folgenden einige wesentliche Grundzüge systemtheoretischen Denkens dar, die für die Beschreibung von Zusammenhängen von Vorteil sein könnten. So bietet die neuere Systemtheorie den Vorteil, daß verschiedene Wechselwirkungen wie z.B. zwischen Subsystemen, zwischen System und Umgebung oder innerhalb von Systemen beschrieb-

ben werden können, sowie nicht-lineare Zusammenhänge und Prozesse im Sinne komplexer dynamischer Systeme. Heutzutage werden bereits im Bereich der Epilepsieforschung mathematische Modelle zur Beschreibung dynamischer Prozesse genutzt. Ebenso könnte das Konzept der fraktalen Dimensionen einen wertvollen Zugang zur Erforschung therapeutischer Prozesse liefern. Fraktale Dimensionen stellen ein nichtlineares Maß für Veränderungen in komplexen Systemen dar und erfüllen notwendige methodische Voraussetzungen. Grundlegende systemtheoretische Begrifflichkeiten wie Attraktor, Trajektor, kritische Instabilität, kritische Fluktuation erläutert der Autor in Hinblick auf ihren möglichen Nutzen für psychotherapeutische und psychologische Zusammenhänge (vgl. *Schiepeck 1991, Schiepeck, Strunk 1994*).

In Hinblick auf einen Nutzen für die Dynamische Psychiatrie versucht der Autor eine mögliche Vorgehensweise aufzuzeigen. Notwendigerweise müßten die verschiedenen Humanfunktionen im Lichte des untersuchten Problems dargestellt und theoretisch aufeinander bezogen werden. Von Bedeutung ist ebenfalls die Berücksichtigung des sozialenergetischen Feldes in seiner qualitativen Ausprägung. Für einen mehr quantitativen Ansatz könnten normierte Interkorrelationsskalen des ISTA genutzt werden. Vorteile dieses Ansatzes sind, so der Autor, daß die Entwicklung dynamischer Strukturen simuliert und so die Interdependenz von Humanfunktionen in komplizierten Situationen untersucht werden könnten. Zu beachten bleibt, daß Simulationen keine Realität sind. Komplexere dynamische Situationen sind in jedem therapeutischen Geschehen vorhanden und könnten über Simulationen möglicherweise besser in ihrer Komplexität erfaßt werden.

Eine der Hauptgrenzen dieses Ansatzes sieht der Autor in der heutigen Begrenztheit der mathematischen Modelle, die nur niedrig-dimensionales Chaos erfassen und so nur eine kleine Anzahl an Variablen, Regeln usw. identifizieren können. Die Frage, welche Dimensionen die wirklich wahren sind, ist prinzipiell immer noch ungelöst. Damit in Zusammenhang steht die Frage nach der wissenschaftlichen Methode. Auch systemtheoretische Verifikationen von Theorien können wie alle empirischen Verfahren nur Hypothesen generieren und testen. Die Bedeutung der Beziehung zwischen Mensch und Welt wird wie in allen vorhandenen Theorien auch in der Systemtheorie reduziert auf funktionale Transformationen. Der Aspekt der Bedeutung wird implizit eliminiert und das Prinzip der Kontrolle über zwischenmenschliche Beziehungen auch hier aufrechterhalten. Jedoch, und darin sieht der Autor einen großen Vorteil in einer Verbindung von Systemtheorie und Dynamischer Psychiatrie, daß beide Ansätze diese ungenügende wissenschaftliche Situation reflektieren und darauf eine pragmatische Antwort geben. Die Systemtheorie schafft eine spezifische Konzeption von Wahrheit, in einem bestimmten Sinn eine Generalisierung von konstruktiver Rationalität (vgl. *Schwemmer 1987*).

In der Dynamischen Psychiatrie, so der Autor, steht ein bestimmtes Menschenbild am Beginn aller theoretischen Erwägungen. Dieses

Menschenbild, das durch keine traditionelle Methode beweisbar ist, gibt der gesamten Theorie Identität. Wenn man nun die skizzierte systemtheoretische Konzeption von Wahrheit untersucht, stellt sich heraus, daß diese im Rahmen der Dynamischen Psychiatrie praktikabel ist und daß psychologische Forschung in dieser Richtung weitergehen sollte.

References

- Ammon, G.* (1979): Entwurf eines Dynamisch-Psychiatrischen Ich-Struktur-Konzepts – Zur Integration von funktional-struktureller Ich-Psychologie, analytischer Gruppendynamik und Narzißmus-Theorie. In: *Ammon, G.* (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie 1 (München: Ernst Reinhardt)
- (1982): Methodenintegration aus der Sicht der Dynamischen Psychiatrie. In: *Ammon, G.* (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie 2 (München: Ernst Reinhardt)
- (1993): Dynamic Psychiatry and Human-Structurology. In: *Dyn. Psychiat.* (26) 279-287
- Ammon, G.; Burbiel, I.; Finke, G.; Wagner, H.* (1982): Ergebnisse Dynamisch-Psychiatrischer Forschung. In: *Ammon, G.* (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie 2 (München: Ernst Reinhardt)
- Bertalanffy, L.V.* (1972): General system theory. Foundations, development, applications. (3rd print) (New York: Braziller)
- Buda, B.* (1993): Systemtheorie und Dynamische Psychiatrie. In: *Dyn. Psychiat.* (26) 335-346
- Fell, J.; Röschke, J.* (1994): Nonlinear dynamical aspects of the human sleep EEG. In: *Intern. J. Neuroscience* Vol. 76
- Lenz, A.; Meretz, S.* (1993): Zur Problematik der Psychologisierung informatorischer Grundkonzepte am Beispiel des Konnektionismus. In: *Forum Kritische Psychologie* (32)
- Lewin, K.* (1935): A dynamic theory of personality (New York: Mc Craw-Hill)
- Menninger, K.* (1964): The Vital Balance (3rd print) (New York: Viking Press)
- Miller, G.A.; Galanter, E.; Pribram, K.H.* (1960): Plans and the structure of behaviour (New York: Holt & Co.)
- Opwis, K.* (1988): Produktionssysteme. In: *Mandl, Spada* (Hrsg.): Wissenspsychologie (München-Weinheim: Psychologie Verlags-Union)
- Parsons, T.* (1968): Sozialstruktur und Persönlichkeit (Frankfurt/M.: Europ. Verl. Anst.)
- Prigogine, I.* (1945): *Bull. Acad. Roy. Belg. Cl. Sci.* 31
- Schiepeck, G.* (1991): Systemtheorie der Klinischen Psychologie (Braunschweig/München: Vieweg)
- Schiepeck, G.; Strunk, G.* (1994): Dynamische Systeme (Heidelberg: Asanger)
- Schwemmer, O.* (1987): Handlung und Struktur (Frankfurt/M.: Suhrkamp)
- Wiener, N.* (1948): Cybernetics (2nd print) (New York: MIT Or.)

Address of the author:

Dr. rer. nat. Reinhard Hochmuth
Magdeburger Straße 6 b
D-16548 Glienicke

Psychosomatik und Psychose – Strukturelle Überlegungen anhand von Fallstudien**

Egon Fabian (München)*

Die aktuelle psychotherapeutische Fachliteratur, die eine psychogenetische Auffassung von Psychosomatik und Psychose vertritt, enthält zahlreiche Hinweise auf Ähnlichkeiten in der Familiendynamik beider Krankheitsbilder. Sie läßt jedoch einen Bezug zwischen Gruppendynamik und Krankheit einerseits und eine Erklärung des häufigen Symptomwechsels zwischen psychosomatischer und psychotischer Symptomatik andererseits vermissen. Die grundlegende, strukturelle, gruppensdynamische und sozialenergetische Krankheitsvorstellung der Dynamischen Psychiatrie stellt die Basis für die von Ammon so genannte »humanstrukturelle Verwobenheit von Psychosomatik und Schizophrenie« dar. Der Autor illustriert diese strukturelle Konzeption mit drei Fallvignetten und diskutiert ihren Beitrag zu einem Verständnis und einer ganzheitlichen Behandlung psychischer Krankheit.

Das Phänomen des Krankheits- und Symptomwechsels ist seit langem bekannt (z.B. *Jung* 1907, *Dreyfuß* 1908, *Kerman* 1946, *Kütemeyer* 1953). »Nimmt man« therapeutisch einem psychosomatisch reagierenden Patienten ein Symptom oder eine Krankheit »weg«, so reagiert er mit einem anderen Symptom oder entwickelt eine andere Krankheit. Eine ähnliche klinische Wechselkorrelation ist bekannt zwischen Psychosomatik und Psychose. Dieses Phänomen wird aber in den meisten Standardwerken der deutsch- und englischsprachigen Psychosomatikliteratur (z.B. *Brede* 1974, *Cheren* 1989, *Uexküll* 1990) ignoriert.

Bereits *Meng* (1934) betrachtete Psychosomatik als »Körperpsychose«, womit er als erster eine strukturelle Verwandtschaft beider Erkrankungen ansprach. Spätere Autoren wie *Kernberg* (1992), *Marty* et. al. (1963) u.a. haben die Notwendigkeit erkannt, Persönlichkeitsstruktur jenseits von Persönlichkeitstypen (*Dunbar* 1943) zu definieren; ihre Versuche basieren jedoch auf *Freuds* (1905, 1914, 1915, 1920) Libidotheorie und Instanzenmodell und vermögen nicht, die Zusammenhänge zwischen Struktur, Symptom und Gruppendynamik der Primärgruppe zu erklären. Autoren, die sich ausführlich auf die Bedeutung der Gruppendynamik beziehen (z.B. *Uexküll* 1990) sehen darin einen isolierten Aspekt, der nicht in eine allgemeine Konzeption psychosomatischer oder psychotischer Erkrankung integriert ist. *Günter Ammon* hat wiederholt auf die strukturelle und therapeutische Bedeutung des Symptomwechsels hingewiesen und diesen im Rahmen seiner Identitätstheorie erklärt, als Versuch, das Loch im Ich einer defizitären Identität zu füllen (*Ammon* 1972, 1974, 1978, 1988, 1993). Seine humanstrukturelle Konzeption erlaubt eine strukturelle Sichtweise von

* Dr. med. (Univ. Tel Aviv), Arzt für Psychiatrie, Neurologie und Psychoanalyse, Oberarzt der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige München

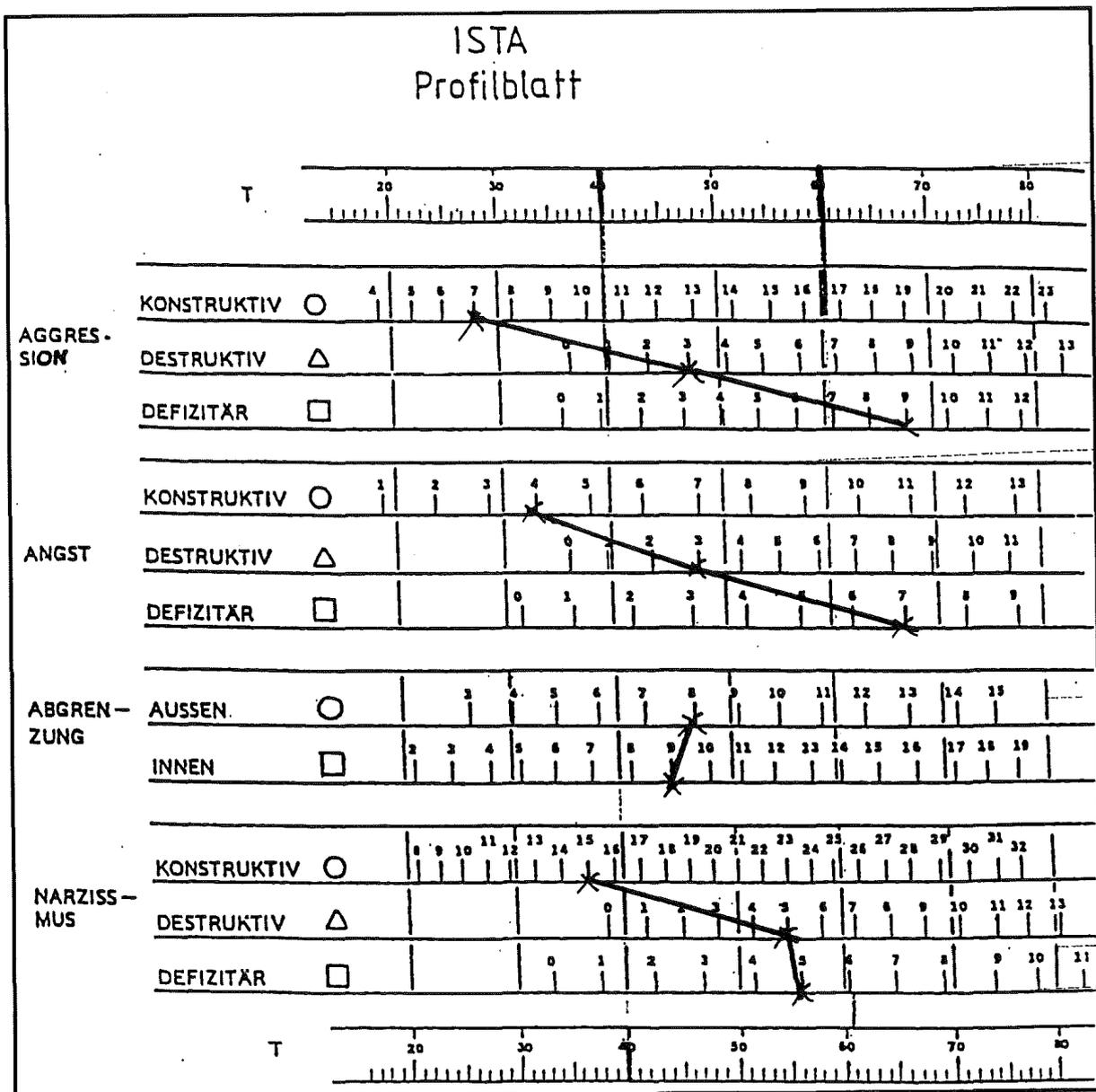
** Vortrag gehalten auf dem 10. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP/XXIII. Internationales Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 25. bis 29. Oktober 1994 in St. Petersburg, Rußland

Krankheit und Gesundheit, die ein gruppenspezifisch-psychogenetisches, energetisches und strukturelles Verständnis von Krankheit als Niederschlag früherer, internalisierter gruppenspezifischer Erfahrungen des Menschen bietet und damit auch das Phänomen des Krankheits- und Symptomwechsels verständlich macht.

Im Folgenden möchte ich zur Illustration dieses Verständnisses drei Fallgeschichten schildern, ihre Ähnlichkeiten aufzeigen und, davon ausgehend, einen Beitrag zur Diskussion der Strukturproblematik leisten.

Der erste Patient, Mario, ein 36 Jahre alter, körperlich gut proportionierter und zunächst gesund aussehender Mann, litt seit 12 Jahren unter einer Colitis ulcerosa. Grund der Klinikaufnahme war eine akute Exazerbation der Krankheit, auf die er seine ganzen Schwierigkeiten im Leben zurückführte und von der er fast personifiziert wie von einem äußeren Feind sprach. Mario stammt aus Sizilien, die Familie übersiedelte nach Deutschland, als er drei Jahre alt war. Er wuchs in einer Atmosphäre auf, die geprägt war von der Feindschaft der Eltern und deren eigenen Familien zueinander. Den Vater beschreibt er als gefühllos, kontaktarm, brutal. Die Mutter, sehr abhängig von ihrer eigenen Mutter, wird als eifersüchtig und kontrollierend, impulsiv, aber emotional nicht tragfähig beschrieben. Beide Eltern seien sehr aggressiv gewesen, voller Haß aufeinander; jeden Abend habe es heftigen Streit gegeben, der Terror dauerte oft bis in die Nacht, Prügeleien waren an der Tagesordnung. Oft habe die Mutter schließlich auf dem Boden gelegen, der Vater schleifte sie dann durch die Wohnung. Er selber zitterte vor Panik und Verzweiflung, ohne zu wissen, wie er sich retten soll. Die dominante Großmutter, die gütig zu ihm und deren Liebling er war, war in Italien geblieben. Im Dorf in Deutschland fehlte jeglicher sozialer Kontakt, er spürte eine heftige Ausländerfeindschaft. Einmal prügelte der Vater die Mutter krankenhaushausreif, der Patient wurde eingesperrt und wollte aus dem Fenster springen. Als der Vater das erfuhr, schlug und mißhandelte er ihn mit Fußstritten und drohte, ihm den Schädel zu zertreten. Die Familie der Mutter, die wohlhabend war, hatte die Heirat mit dem aus ärmeren Verhältnissen stammenden Vater abgelehnt. Die ersten Symptome der Colitis traten mit 23 Jahren auf, als Mario dabei war, von zuhause auszuziehen. Fünf Jahre später heiratete er eine junge Sizilianerin, mit der eine extrem symbiotische Beziehung besteht, mit Auflösung der individuellen Grenzen, gegenseitiger Eifersucht und Kontrolle, mit Schuldgefühlen, unterschwelliger Wut aufeinander, sowie dem Fehlen jeglicher Auseinandersetzung. Jedesmal, wenn sich der Zustand des Patienten besserte, reagierte die Ehefrau mit dem Schuldgefühle erzeugenden double-bind-Appell: a) Du mußt unbedingt gesund werden, deine Therapie fortsetzen, und b) Ich bin so allein, völlig überfordert, mir geht es ohne Dich von Tag zu Tag schlechter. Die eigene Ambivalenz war potenziert durch die ambivalenten Botschaften der Partnerin. Das Ehepaar hat einen 3jährigen Sohn, der emotional aus der Welt des Patienten ausgeklammert blieb.

Der Patient war bei der Aufnahme depressiv und extrem paranoisch. Das Denken war psychosomatisch-konkretistisch (im Sinne der pensée opératoire), grüblerisch eingengt. Die Intelligenz war durchschnittlich. Er träumte nicht. Er wirkte äußerst kränkbar und reizbar, oft beleidigt und sehr rivalistisch. Im ISTA (s. Tab. 1) zeigten sich bei der Aufnahme die vorwiegend defizitäre Aggression, Angst und Narzißmus, mit weniger destruktiven und sehr geringen konstruktiven Anteilen, bei relativ geschlossenen Ich-Grenzen nach innen und außen.

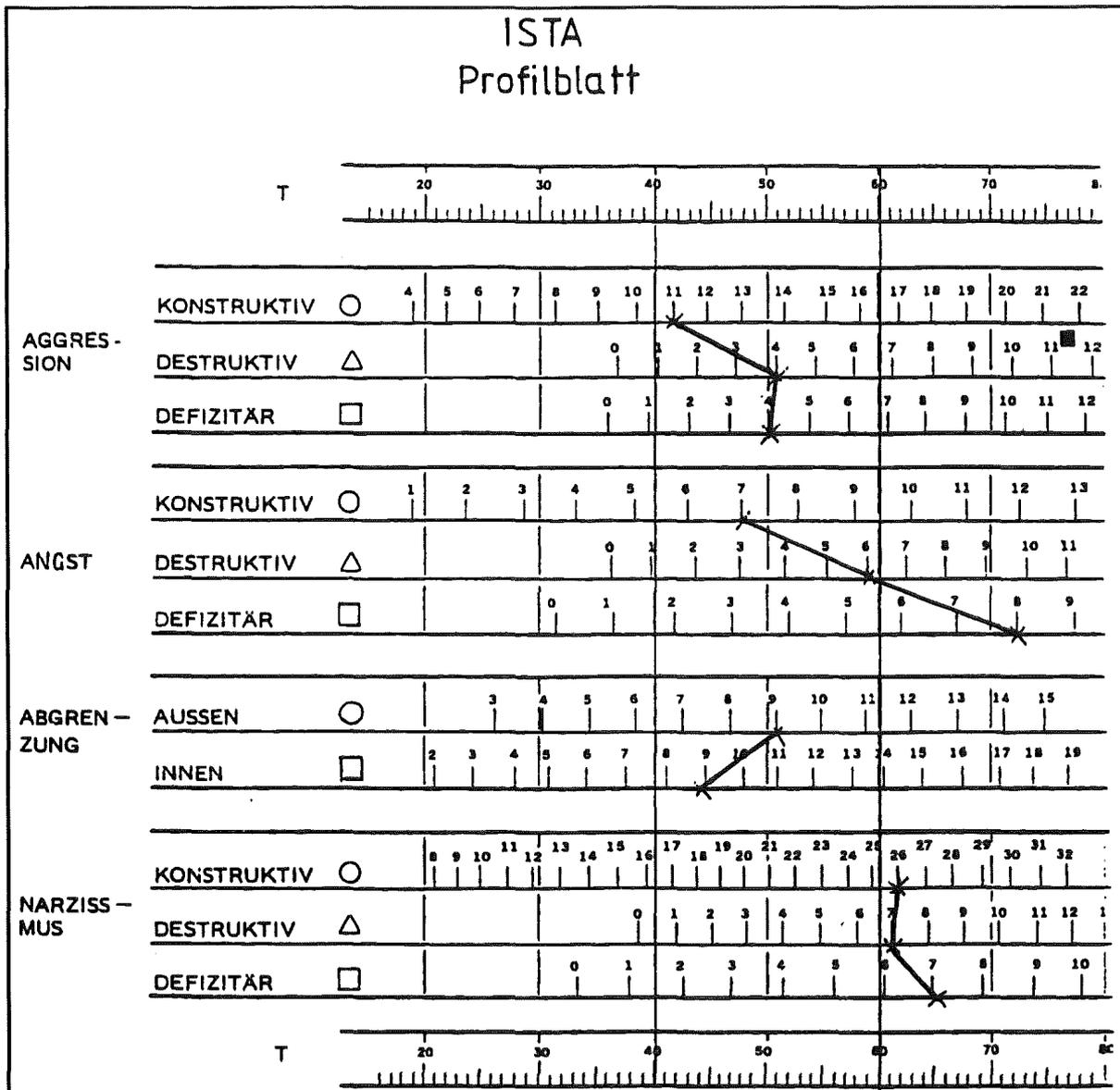


Tab. 1: Aufnahme – ISTA (Ich-Struktur-Test nach Ammon) des Pat. Mario. Defizitäre Skalenwerte für Aggression, Angst und Narzißmus bei sehr geringen konstruktiven Werten und relativ geschlossenen Ich-Grenzen nach innen und außen.

Der zweite Patient, Stephan, bei der Aufnahme 27 Jahre alt, verträumt und etwas verwahrlost wirkend, kam in die Klinik auf nachdrücklichen Wunsch des Vaters, eines Tierarztes. Dieser drängte die Therapeuten während des gesamten stationären Aufenthaltes des Sohnes auf streng vertrauliche, aber immer sachliche Information und sandte ihnen einen Bericht über den Sohn zu, der in kaltem, sachlichem Ton, ohne eine Spur von Verständnis und voller Daten, Zahlen und Aktennummern abgefaßt war. Stephan war 4 Monate vor der Aufnahme akut psychotisch geworden und hatte drei kurze stationäre Behandlungen hinter sich. Er hatte all seine Sachen verschenkt und sich auf die Suche nach seiner vor 2 Jahren verstorbenen Tante gemacht, die für ihn eine wichtige Person in der Kindheit gewesen war, um ihren Tod »aufzuklären«. Er vermutete, daß sie durch den Geheimdienst bzw. eine islamische Untergrundorganisation auf Knopfdruck ermordet worden sei. Er reiste durch mehrere Länder von einer Stadt in die andere, verteilte auf den Bahnhöfen 1600 farbige Kärtchen mit Nummern, um die Bevölkerung einzuweihen und fand schließlich einen Maler in der Schweiz, dessen Bilder, zusammen mit geheim kodierte Briefmarken auf einigen Briefen, Aufschlüsse über den Tod der Tante gegeben hätten. Seinen Vater assoziierte Stephan mit dem Geheimdienst.

Er beschrieb seine Mutter als hart, gleichzeitig aufopfernd und keine Grenzen setzend, sehr religiös; sie gehörte einer religiösen Sekte an, die der Sexualität gegenüber feindlich eingestellt ist und Krankheit als »Irrtum« sieht, der durch strenge Selbstdisziplin korrigierbar ist. Wenn er als Kind nicht essen wollte, habe ihn die Mutter dazu gezwungen, indem sie ihn an den Haaren zog. Der Vater, ehemaliger Veterinär hohen Ranges bei der Bundeswehr – schon sein Vater war Berufsoffizier gewesen –, wurde von ihm als dominant und intolerant geschildert, ihm sei nur wichtig gewesen, daß alles tadellos funtionierte. Das Klima zuhause sei sehr gespannt gewesen, mit heftigen Streitereien und gegenseitigen Vorwürfen, die oft von Fragen der Religion ausgelöst waren und mit Zertrümmerung von Gegenständen endeten. Die glücklichste Zeit seines Lebens waren einige Jahre in der Kindheit, die er mit der Familie in Afrika verbrachte, dort konnte er frei mit einheimischen Kindern und mit den vom Vater betreuten Tieren spielen. Stephan betrachtete sich als ungewolltes Kind. Jahrelang träumte er wiederholt, endlos in einen Brunnen zu fallen, wachte dann mit großer Angst auf. Schließlich ließen sich die Eltern scheiden, als er 16 Jahre alt war. Von nun an meint er, in den Augen der Mutter als Ehemann gegolten zu haben. Er hatte große Schwierigkeiten in der Schule, wo er als »frech« und rebellisch galt, und ließ sich in mehreren Berufen ausbilden, brach die Ausbildung aber meist nach kurzer Zeit ab.

Im ISTA (s. Tab. 2) zeigte sich ein stark defizitär-destruktives Profil, insbesondere waren die Skalenwerte für Angst defizitär, für Aggression und Narzißmus destruktiv-defizitär, die Ich-Grenzen nach innen und außen waren starr geschlossen.



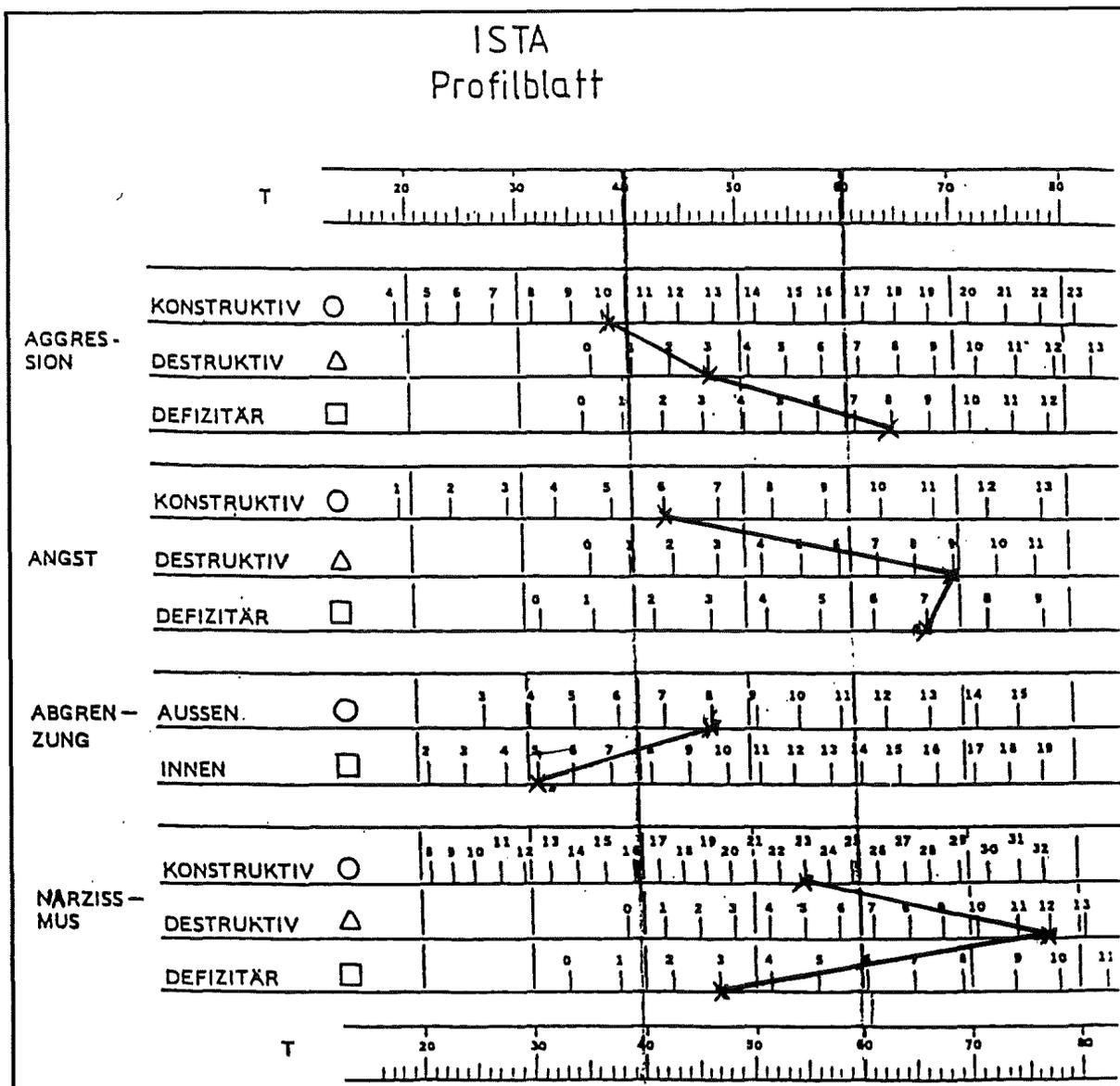
Tab. 2 Aufnahme – ISTA des Patienten Stephan. Ausgeprägt defizitärer Skalenwert für Angst, defizitär-destruktiver Narzißmus, vorwiegend defizitär-destruktive Aggression bei geschlossenen Ich-Grenzen nach innen und außen.

Der dritte Patient, Theodor, bei der Aufnahme 26 Jahre alt, wirkte nach außen korrekt, angepaßt, unerschrocken aber sehr aggressiv und rebellisch. Er kam in die Klinik mit der Diagnose einer Schizophrenie bzw. einer schizoaffektiven Psychose, mit Zustand nach Entfernung eines malignen Melanoms an der rechten Brust 2 Jahre vor der Aufnahme. Er war depressiv, wünschte sich, tagelang weinen zu können, äußerte aber die Befürchtung, zuviel über sich mitzuteilen. Er lebte relativ einsam, studierte formell Jura und machte lange Waldläufe, um seiner Unruhe Herr zu werden. Ein Jahr zuvor war er zweimal wegen starker Angstzustände in stationärer Behandlung. Theodor ist der drittälteste von 6 Geschwistern. Der Vater, ein aus dem Sudetenland 1945 geflüchteter Elektrotechniker, war wegen manisch-depressiver Erkrankung frühberentet und früher oft in psychiatrischer Behandlung, wegen Suizidversuche auch in geschlossenen Abteilungen. Während der Kindheit des Patienten hatte er viel Alkohol getrunken und

die ganze Familie tyrannisiert; z.B. habe er sich in Eiswasser in die Badewanne gelegt und seine Frau die Zeit bis zum Eintreten des Herzstillstandes abstoppen lassen. Den Patienten habe er so heftig verprügelt, daß er schließlich aus der Erziehung der Kinder ausgenommen wurde. Er habe keine Kinder gewollt. Die Mutter wird als sehr katholisch beschrieben, sie betete regelmäßig mit den Kindern, Theodor fühlte sich aber von ihr nicht verstanden. Die Großmutter mütterlicherseits überwachte die Religiosität der Familie. Die Atmosphäre zuhause war streng, es wurde sehr darauf geachtet, daß die Kinder z.B. keine »falschen Filme« sehen durften; Sexualität wurde ignoriert bzw. abgelehnt. Drei der Geschwister werden als rebellisch beschrieben, einer sei äußerlich sehr angepaßt, ein anderer habe immer an körperlichen Erkrankungen gelitten. Auch der Patient litt schon als Kind unter körperlichen Erkrankungen, konnte aufgrund starker Verschleimung nicht schreien. Er fühlte sich als Kind stark behütet, konnte sich, wie seine Geschwister auch, nicht frei entwickeln. In der Schule fiel seine sehr hohe Intelligenz auf, so daß er das Abitur mit der besten Note abschloß. Er vernachlässigte aber das Studium, das ihn nicht sonderlich interessierte. Während der stationären Behandlung in der Klinik entwickelte Theodor zunehmend paranoide Vorstellungen und groteske Allmachtsphantasien, die um homosexuelle Inhalte kreisten. In der Trennungssituation aus der Klinik trat eine Lymphknotenmetastase subklavikular rechts auf, die operiert werden mußte. Danach reagierte er wieder psychotisch.

Im ISTA (s. Tab. 3) fanden sich stark erhöhte Skalenwerte für destruktive und defizitäre Angst, defizitäre Aggression, sowie für destruktiven Narzißmus.

Die Primärgruppendynamik des ersten Patienten, Mario, ist charakterisiert durch eine extrem destruktive Sozialenergie. Das Familienklima ist gespannt, aggressiv, zwischen den Eltern herrscht Haß. Der gefühlskalte, brutale Vater terrorisiert psychisch und auch körperlich die Familie, die Mutter wirkt abhängig, masochistisch-hysterisch (häufige Konstellation bei der Colitis ulcerosa – s. z.B. *Mönnich* (1984), ein dauerndes Opfer der Brutalität. Sie klammert sich an den Sohn, die enge Beziehung macht den Vater, ohnehin Außenseiter und von der Familie der Mutter seit der Heirat abgelehnt, noch eifersüchtiger und wütender. Zur anhaltenden Angst, in der der Patient als Kind lebt, kommt noch zusätzlich die Entfremdung, die soziale Isolation und die Demütigung als Gastarbeitersohn in einer fremden Umgebung, ohne Freunde. Er heiratet früh und wiederholt die enge, symbiotische Mutter-Sohn-Beziehung mit der Ehefrau, von gegenseitigen Schuldgefühlen, Kontrolle und Eifersucht geprägt. Der kleine Sohn wird von ihm emotional ignoriert. Defizitär, leer sind die Beziehungen innerhalb der Primärgruppe, wie in der aktuellen Familie, deren Mitglieder kein Interesse füreinander haben und jeder nur in bezug auf den anderen existent sein darf. Die psychosomatische Krankheit zeigt sich in jeder Trennungssituation. Nach *Ammon* (1974) ist Psychosomatik als »Trennungskrankheit« zu verstehen.



Tab. 3: Aufnahme – ISTA des Patienten Theodor. Ausgeprägt hohe Werte für defizitäre Aggression, destruktiven Narzißmus und destruktiv-defizitäre Angst bei offenen Ich-Grenzen nach innen.

Die Gruppendynamik in der Primärgruppe Stephans ist ähnlich. Der Vater ist ein ehemaliger hoher Offizier, ein Veterinärarzt, der jahrelang Entwicklungshilfe in Afrika leistet. Beide Eltern wirken gefühllos, sachlich, streng bis brutal dem Sohn gegenüber, der in dauernder emotionaler Verlassenheit aufwächst; Kontakt hat er nur zur Tante, später in Afrika zu den Tieren. Zwischen den Eltern herrscht dieselbe feindliche Spannung und derselbe Haß wie bei Marios Eltern. In den in der Klinik getrennt durchgeführten therapeutischen Gesprächen mit den Eltern ist dieselbe vorwurfsvolle, gegenseitige Schuldzuweisung tonangebend, obwohl sie schon seit über 10 Jahren geschieden sind. In der stark defizitär-destruktiv geprägten sozialenergetischen Atmosphäre der Familie lebt der Patient als Kind zwischen Angst vor Bedrohung und aktiver Ablehnung einerseits und dem Ignoriertsein als menschliches Wesen im eigenen Recht andererseits.

Auch die Familie des dritten Patienten, Theodors, ist durch extrem destruktive Aggression gekennzeichnet. Theodors Vater, selber schwer krank, manisch-depressiv und alkoholabhängig, terrorisiert die gesamte Familie und läßt seine Wut auf den Patienten so heftig ab, daß ihm das Sorgerecht entzogen wird. Die Mutter, wie jene Stephans, wird als sehr religiös beschrieben, dabei aber als distanziert, körper- und sexualitätsfeindlich und kontrollierend. Von ihr fühlt sich der Patient überbehütet, aber von keinem der Eltern angenommen. Er reagiert schon als Kleinkind psychosomatisch, kann »wegen starker Verschleimung nicht schreien«. Sein Schrei kehrt sich nach innen, gegen den eigenen Körper. Dieses internalisierte Lebensverbot manifestiert sich später im Abbruch seines Studiums (trotz ungewöhnlich hoher Intelligenz), im Abbruch aller Beziehungen und schließlich in der Psychosomatik des malignen Melanoms. Der Tumor tritt in der Zeit der Trennung von der Familie auf, nach dem Abitur; die Metastase in der Trennungssituation von der als Mutter erlebten Klinik.

Alle drei Patienten scheinen zumindest vom Vater ungewollte Kinder zu sein und sind frühe Opfer von eifersüchtigen, zerstörerischen Familien, die das Kind instrumentalisierten und mißbrauchten in ihrer Destruktivität. Die Familien hatten starre Grenzen, erlaubten den Kindern nicht, Wut oder Angst schuldfrei auszudrücken, die Eltern hatten kein Verständnis für die kindlichen Bedürfnisse und gaben ihnen kaum menschliche Wärme. In allen drei Familien herrschte eine extrem destruktive Sozialenergie, besonders deutlich ausgedrückt in der Feindschaft zwischen den Eltern. Jeder Entwicklungsschritt, d.h. auch Trennungsschritt, wurde bestraft und blieb in der verinnerlichten Gruppendynamik der Patienten auch später mit erheblichen Schuldgefühlen im Sinne eines extremen Lebensverbots behaftet. In allen Familien repräsentiert hauptsächlich einer der Eltern den vorwiegend offen-destruktiven Kontakt, während der andere Elternteil depressiv-anklammernd bzw. kontrollierend und behütend wirkt. Bei Abwesenheit des destruktiven Kontaktes überwiegt die Verlassenheit, die defizitäre Sozialenergie. Konstruktiven Kontakt hatten die Patienten jeweils über andere Angehörige (über die Großmutter bei Mario, die Tante – und über Tiere – bei Stephan), oder über die Anerkennung intellektueller Leistungen, wie beim dritten Patienten, Theodor.

Die Patienten sind jeweils Symptomträger ihrer Primärgruppe, worauf *Ammon* bereits in seinem Buch »Psychoanalyse und Psychosomatik« (1974) in mehreren Fallbeispielen deutlich hingewiesen hat. Ihre psychische Struktur (Humanstruktur) verinnerlicht die destruktive, lebensverbietende, und die defizitäre gruppendynamische und sozialenergetische Situation ihrer Primärgruppen (s. Tab. 1 bis 3). Im Aufnahme-ISTA zeigen sich die destruktiv-defizitären Humanfunktionen der Aggression, der Angst, des Narzißmus und der Ich-Grenzen nach innen und außen. Strukturell könnte man beim ersten Patienten von einer psychosomatischen Struktur sprechen. Allen gemeinsam ist die defizitäre Identität. Das Loch

im Ich in ihrer Identität (*Ammon* 1972) füllen sie mit psychosomatischer, psychotischer oder depressiver Symptomatik im Wechsel.

In der Literatur zur Psychosomatik setzt sich zwar immer mehr die Ablehnung eines »im 19. Jahrhundert etablierten medizinisch-naturwissenschaftlichen Kausalitätsbegriffs« (*Pauli* 1990) durch, doch persistiert seit *Freud* die Sackgasse einer rätselhaften »konstitutionellen Prädisposition«; diese versuchen Autoren nach *Freud* aufgrund seines Instanzenmodells und Todestriebes zu erklären und gelangen dabei zu Formulierungen, wie z.B. »konstitutionelle Schwäche des Lebenstriebes« (*Marty et al.* 1963, *de M'Uzan* 1974), die theoretisch und besonders therapeutisch ohne Konsequenzen bleiben.

In den folgenden Überlegungen knüpfe ich an *Ammons* Arbeiten über »Das ich-strukturelle und gruppensdynamische Prinzip bei Depression und psychosomatischer Erkrankung« (1978) und »Zur Humanstrukturellen Verwobenheit von Psychosomatik und Schizophrenie in einem ganzheitlichen Krankheitsverständnis« (1988) an.

Humanstruktur, d.h. psychische Struktur kann klinisch (z.B. durch Gegenübertragung), gruppensdynamisch, energetisch oder testpsychologisch erfaßt werden. Symptome und Abwehrstrukturen können auf jedem, Niveau (und gleichzeitig oder abwechselnd auf mehreren Niveaus) auftreten.

Aus struktureller Sicht betrachtet ist also nach *Ammon* beispielsweise nicht von einer »Depression« oder gar »endogenen Depression« zu sprechen, sondern von einer »depressiven Symptomatik« im Rahmen einer psychosomatischen Struktur. Die Symptomatik zeigt sich auf den verschiedenen Ebenen: im Unbewußten als Identitätsdefizit und Lebensverbot, Aggressions- bzw. Angstdefizit, Traumunfähigkeit, Denkstörungen, usw.; im Körperlichen als psychosomatische Krankheit oder Symptom, im Bereich der sekundären Humanfunktionen als Beeinträchtigung von Fähigkeiten und Talenten trotz u.U. guter Intelligenz, im Sozialen durch Kontaktabbrüche, Vereinsamung und Verwahrlosung.

Von den Aspekten abgesehen, die in den oben geschilderten Fallbeispielen die Humanstruktur der Patienten charakterisierten, müssen meines Erachtens in einer vollständigen Beschreibung der individuellen psychischen Struktur folgende Aspekte berücksichtigt werden:

1. Identität
2. Die Humanfunktionen der Aggression, der Angst und des Narzißmus.
3. Ich-Grenzen
4. Körperlichkeit und Sexualität
5. Konstruktive Kontaktebenen (sekundäre Fähigkeiten)
6. Energetischer Aspekt (Sozialenergie)
7. Denkstörungen
8. Abwehrmechanismen.

Auf diese Art kann eine individuelle Charakterisierung der Humanstruktur gelingen, die sich in einem Bereich ansiedeln läßt auf dem gleitenden Spektrum von Gesundheit, Neurose und Borderline, bis hin zu Sucht,

Psychose, Anorexie und Psychosomatik. Wie bereits von *Ammon* betont, könnte eine solche strukturelle Sichtweise von Krankheit auch eine Veränderung der konkretistischen, gegenübertragungsmäßigen Auffassung der Krankheit von seiten der Medizin und der Gesellschaft zur Folge haben.

*Psychosomatics and Psychosis –
Structural Considerations based on Casuistic Studies*

Egon Fabian (Munich)

The phenomenon of symptom shift in illness has been known for a long time (*C.G. Jung* 1907, *Dreyfus* 1908, *Kerman* 1946, *Kütemeyer* 1953). If a psychosomatically reacting patient is deprived of a symptom, he might react with an alternative symptom or disease. A similar relationship is known between psychosomatics and psychosis, which, however, has been ignored in most standard works of German and English literature.

As early as 1934, *Meng* described psychosomatics as »body psychosis«, thus implying a structural relationship of both diseases. Later authors as *Dunbar* (1943), *Kernberg* (1992), *Marty et al.* (1963) and others have recognized the usefulness of a structural view. They based their considerations, however, on *Freud's* libido-theory (1905, 1914, 1915, 1920), failing to assess the interconnection of structure, symptom and early group dynamics.

Günter Ammon has repeatedly emphasized (1972, 1974, 1978, 1988, 1993) the structural and therapeutic importance of symptom shift, which he explains in the framework of his identity theory as an attempt to fill the »hole in the ego« of a deficient identity. His groupdynamic, psychogenetic, social-energetic and structural understanding of illness as internalized groupdynamic experience during early childhood allows a consequent explanation of the phenomenon of symptom shift.

As an illustration of this understanding, I shall describe three case histories, comparing them and discussing their implications for a structural view of illness.

The first patient, Mario, 36 years old, healthy-looking, had been suffering for 12 years from an ulcerative colitis. Admission was due to an acute exacerbation of the illness, which he was personifying as being guilty for all his hardships.

Mario's family settled over from Sicily during his early childhood. He grew up in a hostile atmosphere, characterized by hatred and open aggression between his parents and their respective families. He described his father as brutal, emotionally cold; his mother was highly dependent on her own mother, jealous, impulsive and controlling, unable to provide emotional contact to the child. His father used to beat him so excessively,

that the authorities withdrew his parental rights. The first symptoms of the colitis presented as Mario, then 23 years old, prepared to leave home. Five years later he married a young Sicilian woman, establishing an extremely symbiotic relationship with mutual jealousy and control, guiltfeelings and hidden aggression, as well as blurred individual boundaries. Every time the patient's condition was improving, his wife reacted by the guilt-making »double bind«: a) You must by all means continue treatment and get healthy, and b) I am completely alone, overwhelmed by worries, I cannot cope with life if you are not here. The patient's own ambivalence was thus potentiated by the ambivalent messages of his partner.

At admission, the patient showed severe depression, paranoia and concretistic thinking disturbances. He was unable to dream.

The ISTA (Ego Structure Test according to *Ammon*) showed high values for deficient aggression, anxiety and narcissism with inflexible, closed inner and outer ego-demarcation.

The second patient, Steven, was 27 years old and has been admitted upon his father's wish. Before, he had been diagnosed as acute schizophrenia and treated in 3 different psychiatric wards. He had given away all his personal belongings and was gone on a journey with the intention of investigating the circumstances of the death of his aunt two years earlier. He conjectured that she had been murdered by an islamic underground organization of which his father was a member. He had distributed sixteen hundred small cards and finally found the necessary codes in the pictures of a Swiss painter.

He described his mother as tough and insensitive, but at the same time self-sacrificing. She belonged to a religious sect professing illness to be an »error« corrigible by strong discipline.

The father, a high-ranking veterinary officer, was reported to be intolerant and dominant. The climate in the family was characterized by reciprocal abuse and reproach, ending often with smashing of household objects. In his early childhood, he had a few happy years with the family in Africa, playing with indigenous children and animals. He had been an unwanted child. After the parents divorced, he felt he had to replace his father as a husband.

The ISTA showed a pronounced deficient-destructive profile for anxiety, aggression and narcissism with inflexible inner and outer demarcation.

The third patient, Theodore, was at admission 26 years old and made a correct, well-accomodated, but under the surface an aggressive and rebellious impression. He had been diagnosed as schizophrenia and had undergone an operation because of a malignant melanoma two years earlier. He felt depressive, lonely, anxious, unable to continue his studies in law. He was the third of six siblings. The father had been pensioned early because of a severe manic-depressive illness and repeated suicide attempts. As the patient reported, the father had been drinking heavily and tyrann-

nized the whole family. For example, once he lay in a bathtub filled with icy water and let his wife measure the time until his heart would stop beating. The patient described his mother as extremely religious, but unable to understand her children. Her own mother was watching over the religiosity of the whole family. The atmosphere was sterile and hostile, mainly against sexuality. Together with his brothers, the patient had suffered as a small child from various somatic illnesses and reported to have been unable to cry on account of strong respiratory secretion. As he was highly intelligent, he finished high school with the best degree, but eventually neglected his studies because of lacking interest.

In the hospital, Theodore had paranoid phantasies of omnipotency and homosexuality. In the weeks preceding his dismissal, he developed a lymphatic metastasis; following the operation, he became again psychotic.

The ISTA exhibited high values for destructive and deficient anxiety, deficient aggression and destructive narcissism.

Summarizing the group dynamics of the 3 patients' families, we can remark several common features. They all felt to have been unwanted children by at least one of the parents. They were the targets of jealous, destructive family dynamics, instrumentalizing and misusing the children for their destructiveness. The families had stiff boundaries not permitting the children to express aggression or anxiety in a guilt-free way. The parents had no understanding for their demands and were unable to give them human warmth. All 3 families are characterized by an extremely destructive social energy, obvious not only in the hostility of the parents towards the child, but also towards each other, the hostility in the case of Mario continuing for several generations.

Thus, every developmental step would be punished. Accordingly, the patients exhibit later an extreme internalized life-forbidding dynamics, becoming particularly virulent and provoking guilt feelings in separational situations.

In all 3 families, mainly one of the parents represents the openly destructive contact, the other parent being mainly overprotective, controlling and (as Mario's mother) depressive-masochistic. In the absence of destructive contacts the patients would suffer from abandonment as expression of their deficient social energy. The 3 patients had, however, also positive contact or identification figures outside the family in a narrow sense: in the case of Mario the grandmother, for Steven the aunt and also the animals he could play with, while in the case of Theodore, the recognition for his intellectual abilities seems to have provided some emotional contact.

The patients are symptom carriers of their primary groups, as *Ammon* repeatedly emphasized since his book »Psychoanalysis and Psychosomatics« (1974).

The ISTA at admission (s. Fig. 1) shows the destructive-deficient human functions of aggression, anxiety, narcissism and of the inner and outer ego-

demarcation. From a structural viewpoint, we may speak here in the case of the first patient of a psychosomatic structure (whose symptom is, among others, the ulcerative colitis), in the case of the second patient of a psychotic structure, manifested by schizophrenic symptoms, and in the case of the third patient of a psychotic-psychosomatic structure. Their common structural denominator is the deficient identity. The »hole in the ego« (*Ammon* 1972) of their deficient identity is filled with psychosomatic, schizophrenic or depressive symptoms.

Even though in the literature of the last years the current opinion rejects the strictly causal thinking established in the natural sciences of the 19th century (*Pauli* 1990), *Freud's* mysterious notion of a »constitutional predisposition« is, however, persistent. Later authors attempt its explanation along the lines of *Freud's* Id-Ego-Superego-Model or of his death drive concept, sometimes arriving at such formulations as »constitutional weakness of the life drive« (*Marty et al.* 1963, *de M'Uzan* 1974), which are both theoretically and therapeutically devoid of any consequence.

In *Ammon's* view, human structure (i.e. psychic structure or personality) can be »understood as a complex dynamic system of synergistically regulating, integrating or disintegrating, Human Functions, which are in a holistic relatedness and develop processually« (*Ammon* 1988). Human structure can be assessed and defined clinically (e.g. through countertransference), group dynamically (e.g. through reflection phenomena), social-energetically or test-psychologically. Symptoms may arise in turn or simultaneously on the level of the psyche (e.g. as depression, anxiety attacks, etc.), of the soma (e.g. as various psychosomatic diseases), or of the secondary-social contact level (e.g. in thinking disturbances, or social failing in spite of high abilities, etc.). Therefore, in *Ammon's* structural conception, we shall not speak for instance of a »depression« or of an »endogenic depression«, but rather of a »depressive reaction in the framework of an underlying psychotic structure, a borderline structure or a psychosomatic structure«.

An individual characterization of the human structure on a gliding spectrum between psychic health and severe psychic illness implies the individual description on the following levels: 1) identity, 2) the central human functions of aggression, anxiety, narcissism, ego-boundaries, body functions and sexuality, 3) thinking disturbances, 4) defense mechanisms, 5) constructive secondary abilities resp. contact levels, and 6) social-energetic aspects. As *Ammon* has often stressed, such a structural conception, departing from the traditional diagnostic categories, could also lead to a far-reaching modification of the concretistic understanding of illness by the medicine and the society of our times.

References

- Ammon, G.* (1972): Zur Genese und Struktur psychosomatischer Syndrome unter Berücksichtigung psychoanalytischer Technik. In: *Dyn. Psychiat.* (5) 223–251
- (1974): *Psychoanalyse und Psychosomatik.* (München: Piper)
 - (1978): Die psychosomatische Erkrankung als Ergebnis eines ich-strukturellen Defizits. In: *Dyn. Psychiat.* (11) 287–299
 - (1988): Zur humanstrukturellen Verwobenheit von Psychosomatik und Schizophrenie in einem ganzheitlichen Krankheitsverständnis. In: *Dyn. Psychiat.* (21) 1–19
 - (1993): Psychosomatik im ganzheitlichen Verständnis der Dynamischen Psychiatrie. In: *Dyn. Psychiat.* (26) 6–22
- Brede, K.* (Hrsg.) (1974): *Einführung in die psychosomatische Medizin. Klinische und theoretische Beiträge.* (Frankfurt am Main: Fischer Athenäum Taschenbücher)
- Cheren, S.* (1989): *Psychosomatic Medicine: Theory, Physiology and Practice.* (Madison, Conn.: International Universities Press)
- Dreyfuß, G.* (1908): Nervöse Dyspepsien. Zit. nach: *Kütemeyer, W.* (1953): *Körpergeschehen und Psychose* (Stuttgart: Enke)
- Dunbar, F.* (1943): *Psychosomatic Diagnosis.* (New York: Paul Hoeber)
- Freud, S.* (1905): Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. *G.W.* 5, 29–145
- (1914): Zur Einführung des Narzißmus. *G.W.* 10, 138–170
 - (1915): Die Verdrängung. *G.W.* 10, 248–261
 - (1920): Jenseits des Lustprinzips. *G.W.* 13, 3–69
- Jung, C.G.* (1907): *Über die Psychologie der Dementia Praecox.* (Halle: Marhold)
- Kerman, E.F.* (1946): Bronchial Asthma and Affective Psychosis: Two Cases Treated with Electric Shock. In: *Psychosom. Med.* (8) 53
- Kernberg, O.* (1992): *Aggression in Personality Disorders and Perversions.* (New Haven, London: Yale University Press)
- Kütemeyer, W.* (1953): *Körpergeschehen und Psychose* (Stuttgart: Enke)
- Marty, P.; de M'Uzan, M.; David, C.* (1963): *L'investigation psychosomatique.* (Paris: Presses Universitaires de France)
- Meng, H.* (1934): Das Problem der Organpsychose. In: *Int. Z. Psychoanal.* (20) 439–458
- Mönnich, H.* (1984): Die Rolle der Sozialenergie in der Psychodynamik bei vier Colitis-ulcerosa-Patienten. In: *Dyn. Psychiat.* (17) 32–54
- M'Uzan, M.de* (1974): Psychodynamic Mechanisms in Psychosomatic Symptom Formation. In: *Psychother. Psychosom.* (23) 103–110
- Pauli, H.G.* (1990): Sozialmedizinische, medizinsoziologische und somatosomatische Aspekte zur Entstehung und Erhaltung von Gesundheit und Krankheit. In: *Uexküll, Th. von* (1990): *Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin.* 4. Auflage. (München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg)
- Uexküll, Th. von* (1990): *Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin.* 4. Auflage. (München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg)

Adresse des Autors:

Dr. med. Egon Fabian
 Asamstraße 18
 D-81545 München

Therapeutic Work with Actors at the Theatre Therapy of Dynamic Psychiatry and in the Russian Theatre Tradition by Stanislavsky**

Ingeborg Urspruch (Munich)*

Theatre like dancing, music and art is, as a means of expression, as old as mankind and has been used in early medicine. The author has been practising therapeutic theatre in her outpatient therapeutic practice for 13 years according to the concept of Günter Ammon's Dynamic Psychiatry. It is a non-verbal possibility for patients in extension of their analytic therapeutic process to develop unconscious fantasies, wishes, feelings, experiences and future theatrical performance of literary play on stage. In the history of theatre the Russian artist, director and theatre manager Stanislavsky developed in an exemplary manner a system, whereby his learner-artists could learn every aspect of artistic performance while at the same time being placed in a position to fulfill their role as whole person and as a result to play out of the unconscious. The author places her therapeutic theatre alongside the dramatic art of Stanislavsky on drama in relationship and regards it scientifically on the basis of the creativity-concept of Günter Ammon.

The Dynamic Psychiatry's theatre therapy concept of the School of Berlin under *Günter Ammon* is an averabel therapeutic method such as dance-, music- and art-therapy integrated in the whole therapeutic process of patient. In team work I have developed the theatre therapy in the Dynamic Psychiatric Hospital Mengerschwaike, Munich, since 1979 within the framework of in-patient milieutherapy. For 13 years I have been practising theatre therapy in my out-patient therapeutic practice as an extension of analytic group- and individual-psychotherapy. *Ammon's* therapeutic concept emphasizes in-patient and out-patient milieutherapy within the frame-work of which therapeutic theatre has cardinal role.

During the development and modification of the application of psychoanalysis since *Freud* and his pupils from the treatment of the neurotic to the more serious psychiatric patients like the centrally located borderline-symptoms-complex on to the psychotherapy of psychotic patients on a psychoanalytic basis, *Ammon* made a tremendous contribution. *Ammon* developed his concept of milieutherapy using his holistic view of the human being, and understanding of the nature of sickness. According to this understanding, to be psychiatrically ill derives from a psychical deficiency and/or damaging grouprelationship of the family in childhood, so that the child's psychical image as a whole corresponds to that of the family relationship and can be reviewed in the therapeutic group or in the milieutherapeutic group-situation in the clinic. The members of the milieu-group and the psychotherapist can then help render the therapeutic course possible. Therapeutic theatre in Dynamic Psychiatry enhances the chance for the patient to

* Psychiatrist and Neurologist, Psychotherapist, Training Analyst of the Training and Research Institute of the Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP)

** Lecture given at the 10th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry WADP / XXIII International Symposium of the Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP), St. Petersburg/Russia, October 25–29, 1994

present himself in an a verbal and indirect fashion in the form of playing a role in a theatre-piece.

Since the earliest history of mankind in the theatre be it drama, tragedy or comedy, all essential human relationships and conflicts had been portrayed. Hence the theatre per se has, by and large, a therapeutic impact: the actor and the audience both identify with the drama on the stage. This has a cathartic effect on both, even as was the case on the audience in ancient Greek theatre according to *Aristotle*. That the catharsis of the actors could prove useful therapeutically was the next possible result. *Reil* (1805) and *Marquis de Sade* (1815) applied this in psychiatry without an appreciable therapeutic concept developing thereafter. In the history of psychoanalysis there is a large amount of different therapeutic theatre methods amongst which the psychodrama of *Moreno* deserves special mention. Here the patient plays conflicts of his childhood or of his actual living conditions and finally the experiences is discussed in the group with the psychotherapist. In his dramatic setting the patient plays himself. Here the cathartic-therapeutic effect is of primary importance.

My contribution within the frame-work of Dynamic Psychiatry is to rehearse literary plays with my theatre-group, that eventually are acted on stage. The indication for the out-patient mileutherapeutic theatre therapy is the availability of an a verbal playful therapeutic possibility if primary verbal psychotherapy is not effective enough. The theatre-group meets once a week, all fifteen to twenty members simultaneously have an analytic therapy. The group chooses the play. Costumes, stage-scenes and programmes are self-made; the group completes all organized assignments, including the theatrical performance on stage. The therapeutic aim and the effect of the integrated therapeutic theatre within the Dynamic Psychiatry was drawn up and publicized by me (*Urspruch*, 1993).

In this paper I wish to emphasize the relationship between the conscious theatre-work and the unconscious processes and place the meaning and how to work with it in relationship with the theatre-work of *Konstantin Sergeivic Stanislavsky* (1863–1938) reflected on the basis of the creativity-theory of *Günter Ammon*.

The appropriation of the role and it's realisation on stage is a creative process. The poet, author or play-writer has formed for the actor in his play and in the role an artistic creation, which has never been and never will be. But he has given way to the creative fantasy of the artist. He has not written all that happened before the play and after it, from where the acting person comes, when he goes to stage, where he will go afterwards, what he has thought during his life and what he will be thinking, feeling or what will happen to him in future. The actor must replace this person in the act of the dramatist and make him discoverable to the audience. Only when it becomes possible for the artist in a creative process to make the role alive on stage so that in the moment of playing the actor and the role are one, then he gives rise to a cathartic effect for the audience and for himself.

During the theatrical performance actors and audience should be fascinated by and living in the play on stage and so forget real life and time.

It is to the credit of *Stanislavsky* and his pupils to have analysed the creative process of the artist by appropriation of the role and its realisation on stage. *Stanislavsky* presented it in detail in his great publication »The work of the actor on himself«. Through his work as theatre-manager of the artistic-theatre in Moscow *Stanislavsky* had profound worldwide influence in this century. For *Stanislavsky* in his days the theatre was influenced too much by importuned directions for play and staging that deprived the artist himself from his own creative realisation. He asserts in his work that he is not a scientist, not a psychologist and hence the terminologies used by him should have no scientific claim. But he was however occupied with so much empathy and precision with the theatrical artistic work, that his theatre undoubtedly with every right earned the name »Psychological Theatre« and so that we in his presentation can recognize the processes that we in the theatre therapy experience, produce, accompany and promote to be able to utilize therapeutically.

Stanislavsky writes: »It is always the best, when the artist is completely moved by the play. He then lives spontaneously the life of the role without realizing how he feels, without thinking about what he is doing, everything occurs by itself, coming out of the unconscious.« Answering the question of his pupils how one could play intuitively and out of the unconscious, which nobody is able to control, *Stanislavsky* says: »Fortunately there is a way out. It is to find in the indirect influence of the consciousness on the unconsciousness. Some parts of the human soul are submitted to the consciousness and the will. They can influence the psychic process, that takes place outside the will.« »Definitely«, says *Stanislavsky*, »it demands a very complicated creative work, which occurs only partly under the control and immediate influence of the consciousness. This process happens essentially outside of the will. There is only one artist who can lead this process: It is the masterly, most brilliant artist – the unreachable wonderful organic nature«. »Unknown which power leads us and also not in the position to search it on the basis of our knowledge, we simply designate it nature in our theatrical stage-language«.

Stanislavsky continues: »To her, none however ingenious artistic technology, can compare. She ought to have the leadership amongst us.« »Such a point of view, such relationship to the nature of theatrical art is characteristic for the art of experience. You must be able to stimulate and direct her. To this purpose there are special psychotechnical methods that can be learned. Their effect is to awake the unconscious by indirect means of consciousness and to integrate the unconscious into the creating process. It is one of the characteristic fundamental rules of our art of experience, to stimulate the unconscious impact of genius nature through the conscious approach to artistic work. Only when the artist, led to the role through the psychotechnic, understands and feels, that his inner and outer life on stage

proceeds as natural as possible as human nature demands, then the secret ways of the unconscious would be slowly opened and those feelings not always perceived would come to light. For a short or long period these captivate us and strive towards a direction; they are commanded from something within us. When one disturbs however the normal organic life, the genuine work on stage, then the most sensitive unconscious will be frightened by the violation and return into the unreachable deep. In order to avoid this, we have to work authentically and earnestly«. »It is impossible« – *Stanislavsky* continued – »to play always intuitively and out of the unconscious. Such geniuses cannot be found. Our art demands from us only that we prepare the medium or floor for the unconscious. To play a role truly means to think, want, strive and act one with the role on stage. If the actor has achieved that, he approaches the character of the role. In our language this means, to experience the role«.

»The experience of the role helps the actor to fulfill the most important duty of stage: to realize the mental life of role and to produce this life in an artistic manner on stage. Our major assignment is not only to reproduce the life of the role in its external appearance, but above all to arouse the internal life of the portrayed human being and of the whole play on stage. Hereby the own human feelings have to be adapted to the life of the character of the role and all organic elements of the own soul have to be given to this strange life. The inner life of the role will be created with the help of the internal process of experience of the actor.«

The process produced by *Stanislavsky* for the actor in his artistical work is made available in our theatre-group to the patient. My duty as a psychotherapist in the therapeutical theatrework is to guide the patient on the way to play out of the unconscious. It is an extremely variable process of the whole group as also a variable approach on the work with the individual patient on his role. For the duration of this process the theatre-group normally takes one-and-a-half to two years, until our theatre-play could finally be performed on stage.

In the beginning of our work with the play »Lysistrata« of *Aristophanes* we had engaged in the Greek mythology and Greek history and before the performance of the play »Ein Engel kommt nach Babylon« of *Friedrich Dürrenmatt* we had engaged in the history of Babylon, the author *Dürrenmatt*, astronomy and religion. Such we create the background for imagination and fantasy.

Stanislavsky writes: »Beginning our work on stage we introduce the magical »When« into the play and also into our role, our shifting-lever, that raises the actor out of the routine of his real life up to the level of fantasy. Real human life is not found on stage. Real life does not mean art«.

Finding and moulding the role starts in our theatre-group as well with trying out and forming the external shape of the role. Every member of the theatre-group can try to play every desired role; at the same time we finally start to act. It is always rather surprising, that at the end of the role-finding-

process almost every member of the group can identify himself in more or less essential parts of his personality with parts of the role and make them alive. But up to this point we have to go a long way.

In the creativity-theory of *Ammon* with his special emphasis on the meaning and condition of a social energetic responsible-bearing group for the creative act or process we find the scientific background for the artistic theatre work of *Stanislavsky* with the result that the actor can play out of the unconscious. *Ammon* writes (1982): »The creative act is according to my experience linked with a special ego-state. In this state the boundaries of self are widely opened, so that ideas and thoughts freely occur and a playfully handling with them becomes possible. A creative erotic mood for instance enables this coming-out of thoughts, a more rigide work-atmosphere on the contrary blocks it out.« On this background for the creative act and process in the theatre-group a group-atmosphere must be developed in which an opening of the ego-boundaries to the unconscious is possible. Here it is essential to go on to the artistic work with real interest, spontaneity, imagination, joy and playful humour.

In our theatre-group we try to realize this. In his attempt to act the patient will be supported by the group and taken seriously in his anxiety. Initial comic and in the first time often not very successful efforts to play are associatively reflected as plastic as possible in order to encourage and stimulate the patient to go on finding a role and acting. If an attempted mode obviously cannot succeed there will also be drawn distinct borders. For to *Ammon* the social-energetic-field of the group requires not only confirming but also content and personal disputes.

We like to laugh and we laugh often in our theatre-group. Without humour psychotherapeutic work and especially therapeutic theatre work is not possible. On the other hand we can develop seriousness by analysing the context or expression of our play, in developing street-theatre according to actual social or political events or if one of the members or the whole group is deeply moved. Opening of the whole group-process either spontaneously or out of the experience of the theatre-group occur in many varied ways. So the theatre-group performs three or four times yearly a milieu-therapeutic weekend in the neighbourhood of Munich in the Bavarian Forest near Passau, living in a farm and thereby opening beyond the central theatre-work a lot of spheres of experience. For instance I wish to mention, that there is a children-theatre-group included on these weekends, to which we on the one hand open fields of experiences but on the other hand they are more advanced in forming creative plays and we can learn from them very much. Part of our weekend is also a regular visit to our well known antiquarian bookshop in Passau, where we find literature suitable to our play but also every member of the group has the possibility to discover his personal interests. We attend selected theatre performances especially of other amateur theatre-groups but also interesting theatre performances of city-theatre-stages. We look for and find elements for the

stage-scene by chance somewhere, when being in a creative process, so for example at jumble markets. We change to other creative activities like the artificial arrangement of our training institute or for other example the construction and building of wooden toys for the children of a home for asylum seeking persons, when this corresponds to the running process of the theatre-group. In the so-called »free-play« we leave any fixed text and roles and play spontaneously our own improvisations. An important aspect of the identity of our theatre-group is mental and intellectual exploration. This means in our context that we perform theatre of peace in its widest sence.

Summarizing I have to state, that we have not preconceived dramatechnological programme, but rather all our variants of creative developments take place following the aim to enable the patient to play the role as whole person and out of his unconscious. This often occurs in an advanced rehearsal, often just in a course of a milieutherapeutical weekend, that suddenly the patient plays himself completely into the role. The patient plays freely, released from the conscious control. From now on there is no more need for direction instructions to this role. The patient is living the role, living himself inside the role, the connection to the unconscious is made. The patient is now his own author, his own director of art, his own critic. Now joy of playing and fascination of appearing prevails. The troubles of the long way of forming the role are rewarded by the now possible development in the play, the holistic experience combined with the cathartic effect. From now on the possible display in the role can be extended and transformed until the performance on stage. Conscious and unconscious forming of the role is now a creative process of the patient himself.

Ammon writes (1982): »As unconscious and conscious are connected synergistically creativity takes root in the unconscious and in the same time in the consciousness through the created product«. This so creative developed possibility of playing the role is repeatable by every well-prepared rehearsal and performance. The patient now has the possibility to reflect integratively this experience in his simultaneous analytic therapy and to realize it in his life.

If the patient is really able to play out of the unconscious, fixed fantasies, images, wishes, feelings, experienced patterns of relations as far as archaic expressions pour into the staged theatre play and into the role of the single person. Then they can be playfully modified. The play of the stage is then comparable with a group-dream, performed on stage. The so seen performance of the theatre-play on stage can then be used therapeutically like the dream-interpretation in the analytic therapy.

Theatre-therapy so enables, like a dream, an immediate entry into the unconscious psychic processes.

Die Arbeit am Menschen und Schauspieler in der therapeutischen Theaterarbeit der Dynamischen Psychiatrie und in der russischen Theatertradition bei Stanislawski

Ingeborg Urspruch (München)

Die Theatertherapie als averbale Therapiemethode ist eine Erweiterung im gesamten Behandlungskonzept der Dynamischen Psychiatrie der Berliner Schule *Günter Ammons*. Die Autorin baute sie 1979 im Rahmen der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige auf und führt ambulante Theatertherapie seit 13 Jahren als Erweiterung der Gruppen- und Einzelpsychotherapie durch.

Grundlage ist *Ammons* ganzheitliches Menschenbild und Krankheitsverständnis, wonach Kranksein aus einer psychisch defizitär und/oder destruktiv krankmachenden Gruppendynamik der Kindheitsfamilie heraus entsteht. Die psychische Struktur des Menschen entspricht also einem Spiegelbild der Familiengruppe, was in der Therapiegruppe oder stationär im Gesamtmilieu der Klinik sich wiederherstellt, so daß die Bezüge vom Patienten selbst und der ihn umgebenden Gruppe von Mitpatienten und Therapeuten erlebbar und so der therapeutischen Bearbeitung zugänglich gemacht werden.

Im Theater sind seit frühester Menschheitsgeschichte Beziehungs- und Konfliktkonstellationen zur Darstellung gebracht worden, deren Lösung bereits *Aristoteles* als kathartisch sowohl für den Schauspieler als auch für den Zuschauer bezeichnet hat. Den kathartische Effekt therapeutisch zu nutzen fand bereits bei *Reil* (1805), *Marquis de Sade* (1815) und vor allem bei *Moreno* Anwendung.

Die Indikation für die ambulante milieutherapeutische Theatergruppe im Rahmen der Dynamischen Psychiatrie ist die Notwendigkeit einer averbalen, spielerischen Therapiemöglichkeit für Patienten, für die eine hauptsächlich verbale Psychotherapie nicht ausreichend oder wirksam genug ist. Jedes Theatergruppenmitglied hat parallel dazu eine analytische Therapie-situation.

In dem vorliegenden Artikel steht das Zusammenwirken von bewußter Theaterarbeit mit unbewußten Prozessen im Vordergrund, und zwar in der Theaterarbeit *Stanislawskis* (1863–1938) und in *Ammons* Kreativitätskonzept.

Das Erobern der Rolle und das Spielen auf der Bühne ist ein kreativ-schöpferischer Prozeß, der nur dann einen kathartischen Effekt hat, wenn es dem Schauspieler gelingt, die Rolle auf der Bühne zum Leben zu bringen, so daß er und die Rolle im Augenblick des Spielens eins sind.

Stanislawski war Schauspieler, Regisseur, Theaterleiter und -theoretiker im Moskauer Künstlertheater. Er hat sich mit viel Empathie mit der schauspielerischen Arbeit befaßt, so daß in seinen Beschreibungen Prozesse wiedererkennbar sind, die in der Theatertherapie therapeutisch genutzt werden können. Nach *Stanislawski* ist es am besten, wenn der Schauspieler

aus dem Unbewußten heraus spielt. Die schöpferische Arbeit, die nur teilweise unter dem mittelbaren Einfluß des Bewußten, größtenteils jedoch unbewußt geschieht, sollte unter der Leitung der »unerreichbaren, wunder-tätigen, organischen Natur« sein. Es gibt bestimmte psychotechnische Methoden, die mit bewußten Mitteln das Unbewußte wecken und dieses in die schöpferische Arbeit miteinbeziehen. Mit Hilfe der Psychotechnik verläuft die Darstellung auf der Bühne so natürlich wie möglich. Die Kunst besteht darin, den Boden für das unbewußte Schaffen vorzubereiten, so daß dann der Schauspieler idealerweise analog zur Rollengestalt empfindet, d.h. sie erlebt. Damit wird die Rolle zu geistigem, d.h. innerem Leben erweckt, was immer das Hauptziel des Schauspielers sein soll.

Die Autorin strebt an, den Patienten auf den Weg zu führen, aus seinem Unbewußten heraus spielen zu können. Für diesen äußerst differenzierten Prozeß benötigt die Theatertherapiegruppe Zeit – in der Regel eineinhalb bis zwei Jahre bis zur öffentlichen Aufführung – und ein weiträumiges Herangehen an die historischen und inhaltlichen Gegebenheiten des dargestellten Stückes und an die Person des Autors.

Die Rollenfindung und Gestaltung beginnt in der Theatertherapiearbeit der Autorin mit dem Ausprobieren und Gestalten der äußeren Rollenform, wobei bereits spielerisch inszeniert wird. Am Ende des Rollenfindungsprozesses ist fast jedes Mitglied der Gruppe in mehr oder weniger zentralen Persönlichkeitsanteilen wesensmäßig in der Rolle wiederzufinden und erlebbar gemacht.

Dieser von *Stanislawski* in seiner unmittelbaren Theaterarbeit erfahrene Prozeß des künstlerischen Schaffens aus dem unbewußten Erleben heraus steht inhaltlich in engem Zusammenhang mit *Ammons* Kreativitätstheorie. Demnach ist eine sozialenergetisch tragende Gruppe für den kreativen Prozeß von besonderer Bedeutung. Es muß eine kreativ-erotische Gruppenatmosphäre geschaffen werden bzw. sich entwickeln, die eine Öffnung der Ich-Grenzen zum Unbewußten hin ermöglicht.

Die Autorin versucht, eine solche Gruppenatmosphäre entstehen zu lassen, indem die Patienten in ihren Spielversuchen unterstützt und in ihren Ängsten ernstgenommen werden. Anfänglich vergebliches Bemühen wird möglichst bildreich assoziativ widergespiegelt, um den Patienten zum weiteren Einlassen auf die Rolle und die Darstellung zu ermutigen. Aber es werden auch klare Abgrenzungen vorgenommen, wenn ein versuchter Weg eindeutig nicht gelingen kann, denn zum sozialenergetischen Feld der Gruppe gehört nach *Ammon* nicht nur Bestätigung, sondern wesentlich auch inhaltliche und persönliche Auseinandersetzung.

Eine Öffnung hin zum Kreativ-Schöpferischen im Gesamtgruppenprozeß geschieht auf vielfältige Weise: so gestaltet die Theatertherapiegruppe drei bis vier mal im Jahr ein milieuthérapeutisches Wochenende in der Umgebung von München, wozu auch eine Kindertheatergruppe gehört; sie besucht ausgewählte Theateraufführungen oder ist im handwerklichen Bereich kreativ-künstlerisch tätig u.a. Zur Gruppenidentität gehört auch

die geistige Auseinandersetzung, wobei die Theatergruppe versucht, Friedenstheater im weitesten Sinne zu verwirklichen.

Alle Varianten kreativer Entfaltung haben zum Ziel, daß der Patient die Möglichkeit hat, seine Rolle als ganze Person aus dem Unbewußten heraus zu spielen. Ist dies möglich, lebt der Patient die Rolle in sich selbst, die Verbindung zum Unbewußten ist hergestellt. Er spielt wie von Fesseln befreit und benötigt keine Regieanweisungen mehr. Die jetzt mögliche Entfaltung in der Rolle kann bis zur Aufführung hin vertieft und erweitert werden. Das so Erlebte und die damit verbundene kathartische Wirkung kann in der analytischen Therapiesituation integrierend reflektiert und in das tägliche Leben umgesetzt werden.

Zusammenfassend ist zu sagen: Wenn es dem Patienten wirklich gelingt, aus dem Unbewußten heraus zu spielen, fließen in das inszenierte Theaterstück und in die Rolle des Einzelnen im Unbewußten verankerte Phantasien, Bilder, Wünsche, Gefühle, erfahrene Beziehungsmuster bis hin zu archaischen Ausdruckselementen ein und können spielerisch modifiziert werden. Das Spiel auf der Bühne ist dann vergleichbar mit einem auf der Bühne von der Theatergruppe inszenierten Gruppentraum. Die Theaterarbeit ermöglicht so wie der Traum einen unmittelbaren Zugang zu unbewußten psychischen Prozessen.

References

- Ammon, G.* (Hrsg.) (1974): Gruppendynamik der Kreativität (München: Kindler)
- (1979): Gruppendynamisches Prinzip. In: *Ammon, G.* (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 1 (München: Ernst Reinhardt)
 - (1979): Psychoanalytische Milieuthérapie. In: *Ammon, G.* (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 1 (München: Ernst Reinhardt)
 - (1982): Das sozialenergetische Prinzip. In: *Ammon, G.* (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 2 (München: Ernst Reinhardt)
 - (1982): Kreativität als Grenz- und Identitätsgeschehen. In: *Ammon, G.* (Hrsg.) Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 2 (München: Ernst Reinhardt)
 - (1986): Der mehrdimensionale Mensch (München: Pöhl)
- Petzold, H.G.* (Hrsg.) (1982): Dramatische Therapie (Stuttgart: Hippokrates)
- (Hrsg.) (1982): Methodenintegration in der Psychotherapie (Paderborn: Junfermann)
- Stanislawski, K.S.* (1954): Die Arbeit des Schauspielers an sich selbst, Bd. 1 u. 2 (Berlin, 1984: Das europäische Buch)
- (1954): Mein Leben in der Kunst (Berlin, 1987: Henschel)
- Tairow, A.* (1923): Das entfesselte Theater (Berlin, 1989: Alexander)
- Urspruch, I.* (1993): Theatertherapie – eine milieuthérapeutische Erweiterung ambulanter Psychotherapie. In: *Dyn. Psychiat.* (26) 73–89

Adresse der Autorin:

Ingeborg Urspruch
 Fraunhoferstraße 25
 D-80469 München

Humanstrukturelle Tanztherapie und die Entwicklung von Körperlichkeit und Sexualität**

Gertraud Reitz (München)*

Ausgehend von der Annahme, daß Störungen im Bereich von Körperlichkeit und Sexualität immer auch den zentralen Kern des Unbewußten betreffen, sieht die Autorin gerade im Humanstrukturellen Tanz als Ausdruck des Unbewußten und als Zugang zum Unbewußten eine besondere Möglichkeit zur Behandlung dieser Störungen. Mit dem besonderen Augenmerk auf Körperlichkeit und Sexualität beschreibt sie den Entwicklungsprozeß einer jungen anorektischen Frau, wie er in einer integrierten ambulanten Behandlungssituation von Tanztherapie, Milieuthérapie und analytischer Gruppenpsychotherapie stattgefunden hat. Ihre Ausführungen beruhen auf der Auswertung von Videoaufzeichnungen ausgewählter Tänze durch unabhängige Rater, auf Protokollen aus der Gruppenpsychotherapie, auf milieutherapeutischen Aufzeichnungen, auf dem Vergleich der ISTA-Messungen über den gesamten therapeutischen Prozeß und auf einem Interview mit der Patientin ein Jahr nach Abschluß ihrer Therapie.

Die Arbeit ist ein weiterer Beitrag zur Bedeutung der averbalen Therapieformen, speziell der Humanstrukturellen Tanztherapie, wie *Günter Ammon* sie entwickelt hat. Basierend auf der Erfahrung von über 10 Jahren Tanzarbeit in eigener Praxis und bei der Leitung von Tanzgruppen im Bereich der Selbsterfahrung beim slowenischen und holländischen Zweig der WADP, habe ich unter verschiedenen Aspekten zu diesem Thema geforscht und veröffentlicht. Dabei geht es immer um ein integriertes therapeutisches Setting in der ambulanten Praxis und um den Versuch, die spezielle Bedeutung der Tanztherapie herauszuarbeiten. Themen waren z.B. die Arbeit mit auftretenden Widerständen bei dieser Art von Körpertherapie, die Entwicklung der Traumfähigkeit und die Entwicklung von Liebesfähigkeit und vor allem auch die Behandlung von Borderline-Patienten durch die Tanztherapie (*Reitz 1989*).

Die Tanztherapie wurde vor allem für die Menschen, die *Ammon* als die »Unerreichten« (*Ammon 1984*) bezeichnet hat, entwickelt. Sie leiden unter einer Grundstörung von Körpererleben und Körperbeziehung, unter schweren Kontakt- und Beziehungsstörungen zu sich selbst und zu anderen, was defizitäre oder destruktive Ausprägungen im Bereich der Sexualität zur Folge hat. Am Beispiel einer jungen Frau soll der therapeutische Entwicklungsprozeß und der besondere Einfluß der Tanztherapie aufgezeigt werden.

Das methodische Vorgehen basiert auf der Auswertung der Tanzvideos unter bestimmten Aspekten durch unabhängige Rater,

* Dr. phil., Lehranalytikerin am Münchener Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), Vorsitzende des Trägervereins für Freie und Therapeutische Wohngemeinschaften in der Dynamischen Psychiatrie

** Vortrag gehalten auf dem 10. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP / XXIII. Internationales Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 25.-29. Oktober 1994 in St. Petersburg, Rußland

- auf der Auswertung der Protokolle aus der Gruppenpsychotherapie,
- auf der Auswertung der milieuthérapeutischen Aufzeichnungen,
- auf der Auswertung der Familiengespräche,
- auf dem Vergleich der ISTA-Messungen über den gesamten therapeutischen Prozeß von vier Jahren,
- auf der Auswertung von qualitativen Interviews mit der Patientin.

Es werden ausgewählte Gruppenprozesse beschrieben, sowohl aus der Gruppen-, als auch aus der Tanztherapie, um die zentrale Bedeutung der Gruppe und der oben genannten therapeutischen Felder zu belegen. Drei ausgewählte Tanzvideos – einer aus der Anfangsphase der ambulanten Psychotherapie, der zweite aus der Mittelphase, der dritte ist der Abschluß-tanz – sollen den Entwicklungsprozeß der Patientin demonstrieren.

An dieser Stelle möchte ich noch einmal die Grundelemente des Humanstrukturellen Tanzes, wie *Ammon* ihn entwickelt hat, herausstellen (*Ammon 1986*):

- Das freiwillige und spontane Tanzen in der Mitte der Gruppe, nach selbstgewählter Musik, nach Trommeln oder ohne Musik,
- die selbstgewählte Kleidung, je nachdem wie der Tänzer oder die Tänzerin sich wohl fühlen,
- das Feedback der Gruppe, wobei der Schwerpunkt auf die konstruktiven Seiten des Tanzes und die prozeßhafte Entwicklung des Tanzes gelegt wird. Nur Entwicklungswiderstand unterliegt einer Kritik,
- das sozialenergetische Feld der Gruppe,
- die Gruppenmeditation, die das spontane Geschehen des Tanzes und die Öffnung zum Unbewußten verstärkt,
- die Aufzeichnung der Tänze auf Video und die Durcharbeitung der Aufzeichnungen in der Gruppentherapie, die in der Regel eine andere Zusammensetzung hat als die Tanzgruppe (*Reitz 1986*).

Die Videoaufnahmen werden vorwiegend als Therapeutikum eingesetzt, dienen aber auch der Fortbildung und Forschung nach ausdrücklichem Einverständnis der Patienten.

Ein weiteres wichtiges Element ist die heilende Wirkung der Tänze, auch auf die umgebende Gruppe über die Identifikation mit dem Tänzer und der damit verbundenen Öffnung zum Unbewußten. Alle nehmen teil an einem kreativen Prozeß, der einzigartig und nicht wiederholbar ist. Wichtig ist es, den Körper sprechen zu lassen, manchmal nur mit dem Gesicht und mit den Händen oder durch ruhiges Herumgehen oder Stillstehen in der Gruppe.

Körperlichkeit und Sexualität sind im zentralen Kern der Persönlichkeit im Unbewußten verankert. Störungen in diesem Bereich sind darum immer auch Identitätsstörungen und können auch nur unter diesem Aspekt behandelt werden. Jede Heilung solcher Störungen muß darum im Unbewußten ansetzen. Das ist – neben der Arbeit mit Träumen – vor allem durch die Humanstrukturelle Tanztherapie möglich. Im Tanz findet ein ständiges Wechselspiel zwischen bewußt und unbewußt, Individuum und

Gruppe, weiblich und männlich, gesund und krank statt, wobei das Therapieziel die Integration der verschiedenen Dimensionen in die Identität des Menschen ist.

Die Humanfunktion der Sexualität entwickelt sich im Rahmen sozial-energetischer Prozesse in den jeweils für den Menschen bedeutsamen Gruppen, vor allem in der Primärgruppe. Entscheidend für die Entwicklung von Sexualität ist der Umgang der Mutter und der Familie mit dem Kind, vor allem auch mit dem Körper des Kindes. Entscheidend sind auch die bewußten und unbewußten Erwartungen der gesamten Familiengruppe an das Kind und vor allem die Art und Weise des Austausches von Sozialenergie. Denn nach der Lehre der Humanstrukturologie *Günter Ammons* ist auf einem gleitenden Spektrum alle Krankheit das Resultat verweigerter oder destruktiver Sozialenergie (vgl. *Ammon* 1982). In Bezug auf Sexualität heißt das, daß der Mensch seine eigene Form der Sexualität als einen Aspekt seiner Identität nicht entwickeln durfte. » Da die Sexualität tausendfache Varianten hat, ist es die Aufgabe des Therapeuten, dem einzelnen zu helfen, seine individuelle Sexualität, die sich von der jedes anderen unterscheidet, zu entwickeln« (*Ammon* 1979).

Entsprechend den Humanfunktionen der Aggression, Angst, Abgrenzung und des Narzißmus kann die Sexualität auch konstruktiv, d.h. gesund, destruktiv oder defizitär, d.h. kaum entwickelt oder verdrängt sein. Konstruktive Sexualität kann also als Ausdruck einer überwiegend gelungenen Ich-Entwicklung und überwiegend konstruktiv entwickelter Humanstruktur verstanden werden. Um sexuellen Kontakt eingehen zu können, ist eine relativ gesunde Entwicklung im Bereich der Aggression, der Angst, Abgrenzungsfähigkeit und im Narzißmus Voraussetzung, ebenso wie die Kontakt- und Beziehungsfähigkeit. Störungen im Bereich der Sexualität und Körperlichkeit beinhalten darum auch immer Störungen im Bereich der anderen Humanfunktionen. Entscheidend für die Differenzierung in eine konstruktive, destruktive oder defizitäre Qualität sexueller Verhaltensweisen ist die Kontakt- und Beziehungsqualität zwischen den Partnern. Sexualität muß dann als destruktiv bezeichnet werden,

- wenn sie anderen Menschen Leiden verursacht,
- wenn der Betroffene selber darunter leidet,
- wenn die Sexualität abgespalten ist von Lebensbezügen,
- wenn sie zur Einengung des Lebensbereiches führt,
- wenn sie ohne Kontakt zu anderen Menschen geschieht (vgl. *Keller-Husemann* 1979). Defizitäre Sexualität ist zu verstehen als verinnerlichtes Sexualverbot, welches in der Kindheit erworben wurde. Das kann durch Verdrängung oder durch defizitäre Entwicklung geschehen sein. Menschen mit defizitärer Sexualität empfinden kein Interesse an Körperkontakt, es fehlt ihnen in gewisser Weise das Gefühl eines Mangels, das subjektive Gefühl des Leidens bezüglich Sexualität, ähnlich wie *Ammon* (1976) das beim Borderline-Patienten beschrieben hat. Erst beim Aufeinandertreffen mit den Bedürfnissen anderer wird das Defizit spürbar (*Reitz* 1983).

Ausführliche anamnestiche Gespräche und verschiedene Tests, vor allem der ISTA, geben Aufschluß über die Entwicklung der Humanfunktionen, die psychodynamischen und gruppodynamischen Zusammenhänge. Danach und nach den Bedürfnissen des Patienten wird dann das therapeutische Setting geplant. Die Tanztherapie ist immer integriert in eine analytisch arbeitende Gruppenpsychotherapie, die eine andere Zusammensetzung hat. Zusätzlich finden etwa zweimal jährlich milieutheraeutische Tagungen statt, in die auch die Tanztherapie einbezogen ist.

Die therapeutische Gruppe ist der Ort, wo alles zusammenfließt. Hier werden die auf Video aufgezeichneten Tänze angesehen und weiter besprochen. Die Tänzerin sieht sich selbst im Video und kann ihre innere Wahrnehmung mit der äußeren und der der Gruppenmitglieder vergleichen, denn je realitätsgerechter die Wahrnehmung, desto gesünder die Persönlichkeit. Hier in der therapeutischen Gruppe findet noch einmal eine Bewußtmachung des Erlebten statt, ebenso die Arbeit mit Träumen und die verbale Auseinandersetzung über auftretende Konflikte in der Gruppe und Widerstände im therapeutischen Prozeß. Auch die Realität hat hier einen größeren Raum (Ammon 1981). Dieses breite Spektrum therapeutischer Interventionen, die Einzeltherapie, die Gruppentherapie, die humanstrukturelle Tanztherapie und die Milieuthherapie mit ihren wechselnden Gruppenzusammensetzungen und ihrer Verwobenheit bilden ein großes therapeutisches sozialenergetisches Feld.

Sie ermöglichen ein Heranführen an Grenzsituationen und machen dadurch Abgrenzung der Symptomatik und Freisetzung des im Symptom gebundenen kreativen Potentials und Entwicklung möglich. Wichtig ist dabei immer wieder die Durcharbeitung und Bewußtmachung der verschiedenen Erfahrungen und die Integration in die verschiedenen Dimensionen der Persönlichkeit. Abgrenzung und Integration stehen in einem direkten Zusammenhang, sie regulieren – zusammen mit der Aggression und der Angst – den Widerstand bzw. das Maß an Sozialenergie, das zugelassen wird, um eine Integration neuer Erfahrungen zu ermöglichen. Das Medium der Integration ist die Sozialenergie, die verschiedene Formen annehmen kann und alle Dimensionen der Persönlichkeit, der körperlichen, geistigen und der psychischen erreichen muß.

Ziel der therapeutischen Arbeit ist es, die Verletzungen, die zu Krankheit und Störungen in der Persönlichkeit geführt haben, zu heilen, nicht berührte Bereiche des Unbewußten zu beleben und arretierte Prozesse in der Bildung der Humanstrukturen an ihren Entstehungspunkten aufzusuchen und aufzulösen, um nachholende Entwicklung und Integration zu ermöglichen (vgl. Ammon 1981). Dies zu erreichen bietet der Tanz als Ausdruck des Unbewußten sowohl diagnostisch als auch therapeutisch große Möglichkeiten. Der Tanz bietet eine spezielle Form der nachholenden Ich-Entwicklung in der Gruppe: Die Kommunikation des einzelnen mit sich selbst und der Gruppe findet non-verbal durch den Körper statt. Die meisten Menschen, die psychisch krank und in therapeutischer Behandlung sind, haben ein gestörtes Körpererleben.

Dabei ist zu unterscheiden zwischen der erlebten Körper-Ich-Identität und dem realen Körper-Ich. Die Diskrepanz zwischen den beiden Dimensionen ist ein Indikator für die Schwere der psychischen Störung und für den Grad der Integration der verschiedenen Dimensionen des Menschen in die Persönlichkeit. Diese beiden Körper-Ich-Dimensionen wieder in Übereinstimmung zu bringen ermöglicht der Humanstrukturelle Tanz, vor allem durch das eigene ganzheitliche Körpererleben und das Feedback der übrigen Mitglieder der Tanzgruppe, die dem Tänzer ihre Wahrnehmungen und Gefühle mitteilen.

Das gemeinsame Betrachten der Videobänder der aufgezeichneten Tänze und das Durcharbeiten des Tanzerlebens in der therapeutischen Gruppe bilden weitere Ebenen jenes Reintegrationsprozesses des Körpererlebens und der gesamten Persönlichkeit in ihren verschiedenen Dimensionen (vgl. *Reitz* 1986).

Ich möchte nun am Beispiel einer jungen Frau mein Anliegen herausarbeiten. Frau C. kam mit der Diagnose einer Anorexia nervosa ausdrücklich wegen der Tanztherapie in meine Praxis. Sie ist eine zarte, knabenhaft wirkende Frau von 25 Jahren, die, seit sie sich erinnern kann, darunter leidet, daß sie sich nicht frei bewegen kann. Sie gerät in Panik, wenn ihre Freundin mit ihr ausgehen will. Sie lebt in einer lesbischen Beziehung, in der sie zum ersten Mal eine sie beglückende Sexualität erlebt hat. Sie leidet unter starker Eifersucht. Ihre Eßstörungen sind in einer zweijährigen Einzeltherapie vor einigen Jahren vor Beginn der Therapie bei mir verschwunden, die Ablehnung ihres Körpers aber hat sich wieder verstärkt gezeigt. Im Aufnahmetest zeigen sich hohe Defizite in der Aggression, hohe destruktive Angst und eine defizitäre Abgrenzung nach außen. Die völlige Ablehnung ihres Körpers, vor allem ihrer Weiblichkeit, führen immer wieder zu Suizidgedanken. Gefühle der Verlassenheit lösen eine panik- oder suchtartige Suche nach Körperkontakt aus, die in destruktiven symbiotisch-sexuellen Beziehungen mit wechselnden Partnerinnen agiert werden. Sie beginnt mit einer Gruppentherapie, dann nach einem halben Jahr kommt sie in die Tanztherapie.

Zur Familiendynamik

Frau C. ist das dritte von fünf Kindern, zur 1^{1/2} Jahre älteren Schwester besteht eine heftige Rivalität, sie wurde von ihr in der Pubertät ständig kontrolliert und beneidet, da die Schwester pummelig, sie selber schlank war. Schon mit acht Jahren mußte sie Übungen machen, da sie immer eine schlechte Haltung hatte. Die gesamte Aufmerksamkeit, vor allem der Mutter, richtete sich auf das Essen und die körperliche Entwicklung. Die Patientin nahm ihre Mutter nie ernst, sie empfand sie immer eifersüchtig auf sich selber, als die »Lieblingstochter des Vaters«.

Ihre sexuelle Entwicklung verlief sehr stürmisch und wechselhaft. Sie rebellierte gegen ihre Eltern und Geschwister und hatte häufig wechselnde

Liebesbeziehungen zu Mädchen zwischen ihrem zwölften und sechzehnten Lebensjahr. Ihre lesbischen Neigungen empfand sie eher unbewußt. Sie hatte auch sehr viele kurze Affären mit jungen Männern, dann von ihrem 18. bis 21. Lebensjahr eine feste Beziehung zu einem jungen Mann, in der sie die körperliche sexuelle Beziehung als sehr gestört bezeichnet. Sie hatte eine starke Abscheu gegen den männlichen Körper, auch eine heftige Scham, sich selber anschauen und berühren zu lassen und sexuelle Lust zu zeigen.

In der Beziehung zu ihrer Freundin erlebt sie zum ersten Mal eine lustvolle befriedigende Sexualität. Ein ständiger Streitpunkt ist das Ausgehen, das Tanzen und die daraus resultierende Eifersucht. Die Eltern dürfen von dieser Beziehung nichts wissen. Frau C. fürchtet vor allem, den Vater mit dieser Mitteilung zu belasten. Ihn liebt sie »über alles«. Wenn die Eltern zu Besuch kommen, schläft der Vater bei Frau C. im Bett, die Mutter bei der eifersüchtigen Schwester, mit der sie bei Therapiebeginn zusammenwohnt. Die Beziehung zur Freundin hat sich destruktiv entwickelt. Es herrscht von seiten der Freundin starke Eifersucht auf die Therapie und Therapeutin. Beide agieren ihre Eifersucht durch Aufnahme sexueller Beziehungen zu anderen Frauen.

Therapieverlauf in der Gruppenpsychotherapie

Bei Therapiebeginn zeigt sich im ISTA von Frau C. ein hohes Defizit in der Aggression, sehr hohe destruktive Angst und eine viel zu geringe Abgrenzung nach außen. Sie fühlt sich hin- und hergerissen zwischen Therapie und eifersüchtiger Freundin und agiert ihre Angst in ihren symbiotisch-sexuellen Beziehungen mit Frauen, bis sie Grenzen akzeptieren kann, die die Therapeutin ihr setzt. Heftige Auseinandersetzungen, vor allem mit der Therapeutin, machen es möglich, die Destruktivität in die Therapie hineinzunehmen, so daß sich im Laufe eines halben Jahres eine starke Veränderung von der defizitären hin zur destruktiven Aggression im ISTA nachweisen läßt.

Frau C. ist eifersüchtig auf Herrn W., den sie wie ihren Bruder erlebt, kann aber dennoch ein konstruktives Bündnis mit ihm eingehen. Ihre Problematik kann sich mehr in der Gruppe zeigen. Das Dreieck von Ausspielen, Rivalisieren und destruktive Sexualität sind lange Zeit Thema in der Gruppe. Symbiotische Wünsche an die Gruppe, an die Therapeutin im Wechsel mit heftiger Eifersucht auf ein Gruppenmitglied mobilisieren starke Ängste und deren Abwehr, wobei Frau C. sich wieder in eine andere Frau außerhalb der Gruppe verliebt. Dieses sexuelle Agieren wird von der Gruppe und allmählich auch von Frau C. als Widerstand gegen die Therapie erkannt. Es wird der therapeutischen Durcharbeitung zugänglich.

Es entsteht das sogenannte »Liebesdreieck« in der Gruppe, so bezeichnet von Frau H., die es aus übergroßer Eifersucht als erste »entdeckt« hat. Dieses »Liebesdreieck« bilden drei zentrale Gruppenmitglieder: Herr W., Frau C. und Frau K. Diese drei, in ihrer Sexualstruktur eher bisexuell und

androgyn, lösen Auseinandersetzungen und Rivalitäten in der Gruppe aus. Beide Frauen haben Schwestern, zu denen sie eine starke Rivalität empfinden. Beide haben Mütter, die sie ablehnten, beide haben Väter, zu denen sie eine erotisierende Beziehung hatten oder noch haben. Herr W. fühlt sich vereinnahmt von zwei Frauen, wie früher von Mutter und Schwester, aber das Werben der beiden Frauen um ihn schmeichelt ihm auch. Er träumt, daß er Kinnhaken austeilt, will sich aber für den Empfänger nicht entscheiden. In der Auseinandersetzung mit diesem Dreier-Bündnis findet eine intensive Durcharbeitung aller Gruppenmitglieder mit ihrer Geschwister-Rivalität und Eifersucht auf einer ödipalen Ebene und auch auf der Ebene der jugendlichen Entwicklung statt. In dieser Zeit starker körperlicher Veränderungen und intensiver sexueller Interessen reagieren die Jugendlichen mit Verlassenheitsgefühlen und Verwahrlosungstendenzen, wenn sie keine Möglichkeit zur Aussprache finden. So wurde Herr W. mit 15 Jahren mit Schrecken gewahr, daß er homosexuell sein könnte. Er hatte niemanden, um darüber zu sprechen. Frau C. wollte in diesem Alter ihre heftigsten Auseinandersetzungen mit den Eltern führen, die sich aber den Anforderungen der heranwachsenden Tochter nicht stellen konnten.

Neben dieser nachholenden Durcharbeitung, die auf vielen Ebenen eine Wiedergutmachung beinhaltet, geht es auch um die Klärung im Hier und Jetzt auf einer Erwachsenenenebene über die Beziehungen untereinander, die Verliebtheit, die Phantasien, die Erwartungen aneinander und an die Therapeutin. Diese Phase der Durcharbeitung in der therapeutischen Gruppe wird mit viel Aggression, Kreativität, Angst und Lust an der Auseinandersetzung geführt.

Die Entwicklung von Frau C. in der Tanztherapie

»Die Wiederholbarkeit präödipaler und ödipaler Stufen im Ich und Identitätsaufbau des Individuums innerhalb einer gruppentherapeutischen Situation ermöglicht die diagnostischen und therapeutischen Schritte, um die Bedingungen für eine nachholende Ich-Entwicklung innerhalb der Gruppe zu schaffen« (Ammon 1979).

Der Beginn der Tanztherapie ein halbes Jahr nach Beginn der Gruppentherapie wird von Frau C. und der Therapiegruppe mit großer Spannung erwartet und sehr liebevoll unterstützt. Fünf Mitglieder aus der Gruppentherapie sind schon dort und nehmen sie in ihre Obhut. Frau C. hat sich lange vorbereitet und sich immer wieder mit ihrer Angst auseinandergesetzt. Nun will sie den Schritt wagen. Sie fühlt, daß »ein neuer Lebensabschnitt beginnt«. Phantasien und Diskussionen über den Sinn des Lebens, Todesängste, die auch als Lebensängste zu verstehen sind, werden bei jedem einzelnen in der Gruppe ausgelöst. Es werden heftige Diskussionen über Musik geführt. Alte »Bildungsängste« werden wach, daß sie ihre Musik nicht frei wählen dürfen, daß die Therapeutin die sog. Unterhaltungsmusik ablehnen könnte und damit die Tänzerin. Michael Jackson,

Popmusik, E-Musik, Jazz, Klassik, alles steht zur Diskussion. Ich sage der Gruppe, daß jeder die Musik wählen soll, die ihm vertraut ist und die Sicherheit gibt. Manchmal werde ich gebeten, Musik auszuwählen.

Die Tanztherapie ist auch eine Form der Kunsttherapie und dient für jeden auch zu einer nachholenden Erziehung in diesem Bereich. Es tauchen Bereiche auf, die vorher nie bekannt waren, daß z.B. Frau C. und Frau B. herrlich singen können. Es entsteht eine kreative Spannung in der Gruppe; jeder kann sich auch von seinen künstlerischen Seiten zeigen. Wütende Eifersucht wird wach bei Herrn R., der sich besser in historisch-politologischen Dimensionen äußern kann. Der Schriftsteller in der Gruppe trägt seine Gedichte vor, die alle stark berühren und seinen Protest gegen alles Angepaßte und Verlogene zum Ausdruck bringen. Frau C. möchte ihr Verhältnis zum männlichen Geschlecht klären; sie findet Frauen erotischer.

Sie tanzt ihren ersten Tanz nach ruhiger Meditationsmusik, beginnt sitzend am Boden. Nur die Zehen bewegen sich vorsichtig und die Finger. Sie weint, steht auf, bedeckt ihr Gesicht. Herr W. tröstet sie – alle sprechen sanft mit ihr. Sie ist glücklich, den ersten Schritt in die Tanzgruppe gemacht zu haben. Sie tanzt fast in jeder Sitzung, geht immer hinein in die Angst, achtet dabei aber vorsichtig auf ihre Grenzen. Die Gruppe unterstützt sie dabei. Immer mehr wird von ihr sichtbar, von ihrer Angst vor Bewegung, Lebendigkeit und ihrer Wut darüber, wenn sie die Fäuste ballt und auf den Boden trommelt.

Die Unterbrechung durch die Ferien scheint die erworbene Entwicklung zu gefährden. Das alte Verbot ergreift sie wieder, sie ist starr und ratlos, sie verlangt nach Trommeln. Sie kann die Sozialenergie der Gruppe nicht annehmen. Frau H. geht zu ihr, nimmt sie bei der Hand, sie tanzen miteinander, bis der Tanz in einen Zweikampf übergeht. Sie boxen und umschlingen einander, zuerst spielerisch, dann ernst. Frau C. zeigt mehr Aggression, erschrickt davor, will aufgeben. Die Gruppe trommelt und klatscht, es geht weiter. »Ich hätte dich umbringen können«, sagt Frau C. nachher erschrocken. Frau H. spürte, daß sie sich wehren kann, dann tanzen beide entspannter.

Dieser wichtige Tanz bedeutet einen großen Schritt, gibt ihr einen inneren Raum und die Kraft, in die ödipale Auseinandersetzung mit der Schwester hineinzugehen. Hier in der Tanzsitzung konnte sie es im Schutz der Gruppe und der Therapeutin zuerst erproben. Sie fühlt sich wie in der Pubertät, kontrolliert von der Schwester, die mit ihr um den Lieblingsbruder, hier in der Gruppe Herrn W., rivalisiert. Zu diesem Bruder hatte sie eine zärtliche Beziehung, sie war seine »Schmuseschwester«, er war das Genie in der Familie, vor allem in der Musik. Alles wurde an ihm gemessen. In der Pubertät hatten sie sexuelle Spiele miteinander, auch mit der Schwester. Mit dieser hat er später darüber gesprochen, mit ihr nicht. Das verletzte sie. Sie traute sich nicht mehr zu singen, sie ist voller Schuldgefühle, sie hat eine »Todsünde« begangen. In der Familie herrschte unter dem Deckmantel einer sog. freizügigen FKK-Einstellung eine strenge

sexualfeindliche Moral. »Besonders homosexuelle Frauen gehören ins Irrenhaus. Sie verführen kleine Mädchen und sind widerlich« – diese Einstellung wurde von der Schwester als Einstellung der Eltern vermittelt.

Nach einem Elterngespräch wird es Frau C. möglich, ihre Eltern realistisch zu sehen und die Idealisierungen von Vater und Bruder abzubauen. Durch die Widerspiegelung in der Gruppentherapie und die nachholende Entwicklung und Wiedergutmachung des präödipalen Defizits auf der Körperebene, vor allem in der Tanztherapie, ist eine Trennung aus der Symbiose mit der Mutter und dem Vater und der gesamten Familie möglich geworden. Das hat den Weg frei gemacht für die ödipale Auseinandersetzung, beispielhaft beschrieben in der tanztherapeutischen Sitzung mit der Mitpatientin/Schwester und in der Auseinandersetzung mit dem Bruder/Vater/Mitpatienten in dem oben beschriebenen Liebesdreieck.

Die Durcharbeitung der Erfahrungen in den verschiedenen therapeutisch-sozialenergetischen Feldern (Gruppentherapie/Tanztherapie/Milieu-therapie) hat eine sukzessive Realitätswahrnehmung der Eltern und Geschwister und auch der eigenen Identität möglich gemacht. Einen besonderen Stellenwert hatte dabei das Elterngespräch, an dem auch Gruppenmitglieder teilgenommen haben.

Die starke Sexualisierung aller Beziehungen konnte als Abwehrstrategie gegen Konflikte bzw. gegen die Veränderung in der Therapie durchgearbeitet und verstanden werden. Dieser sogenannte Pseudo-Ödipus, bzw. von *Rohde-Dachser* (1987) so bezeichnete »strategische« Ödipus, steht im Dienste der Erhaltung dyadischer bzw. symbiotischer Strukturen und wird durch die Arbeit am ich-strukturellen Defizit (in unserem Beispiel am Defizit in der sexuellen und Körperidentität) und durch die Widerstandsbearbeitung (in unserem Beispiel ist vor allem die Sexualisierung als Widerstand zu beobachten) in den sog. reifen Ödipus übergeleitet. Diese Veränderung zeigt sich auch im ISTA bei Frau C. in allen gemessenen Humanfunktionen. Der therapeutische Entwicklungsprozeß zeigt Parallelen zum Entwicklungsprozeß Jugendlicher. Frau C. pendelt zwischen Festhalten an präödipalen Verhaltensweisen und ödipalen Verhaltensweisen hin und her.

Es ist ein langer existentieller Kampf um das Leben dieser jungen Frau, der sich über vier Jahre hinzieht mit Fortschritten, Höhepunkten, Rückschlägen, Verzweiflung und Angst, daß alles umsonst ist. Sie kam mit einer destruktiven Einstellung zu ihrem Körper immer wieder in Gefahr, sich zu zerstören. Agieren in destruktiver Sexualität, verfolgt von destruktiver Angst und Aggression, immer auf der Grenze zwischen leben wollen und zerstören wollen. Es war vor allem immer wieder die Energie in der Tanzgruppe und eine feste Beziehung zu mir, daß sie es wagen konnte, die erlebte Destruktivität in Kontakt zu mir und zur Gruppe zu bringen in heftigen Auseinandersetzungen, um den Weg zum unbewußten kreativen Potential freizumachen für ihr eigenes Leben.

Beschreibung von ausgewählten Tänzen

Ich habe – zusammen mit einem Rater-Team – drei Tänze von insgesamt 57 ausgewählt, die einen Eindruck vermitteln über die Entwicklung von Frau C. und ihren langen Weg in der Tanzarbeit.

In dem ersten Tanz aus der Anfangsphase – es ist ihr vierter Tanz – wird deutlich, wie schwer es ihr fällt, sich in den Kontakt mit sich selber und zur Gruppe hineinzubegeben. Sie hat sich als Musik »Die Moldau« von Smetana gewählt. Diese poesievolle romantische Musik scheint ihrer tiefen Naturverbundenheit zu entsprechen. Die Musik trägt sie eine Weile. Sie kann ihre Sehnsucht nach Bewegtheit zeigen und auch eine leichte Freude an der Bewegung. Dann aber wird die Musik zu übermächtig und lebendig, sie hat sich zu viel vorgenommen und kann die Unterstützung der Gruppe nicht spüren. Sie wirkt sehr einsam und scheint im Raum verlorenzugehen. Sie weint und bricht ab und wird von ihren Freunden fürsorglich in die Arme genommen. Es kränkt sie sehr, daß sie den Tanz nicht gestalten konnte.

Der zweite ausgewählte Tanz ist aus der Mittelphase ihrer Tanzarbeit, ca. zwei Jahre später, ihr 44. Tanz. Sie zeigt ihren Körper in einer farbigen, am Körper eng anliegenden Tanzkleidung. Sie hat sich Trommler aus der Gruppe gewählt, was sie selten tut. Die Trommeln erfordern einen stärkeren Kontakt, stärkere Aggression und Abgrenzung. Sie machen der Tänzerin mehr Angst und zeigen sehr viel mehr die Fähigkeit zur Hingabe, zur kämpferischen Auseinandersetzung. Tänze nach Trommeln zeigen die Fähigkeit, in das sozialenergetische Feld der Gruppe einzutauchen und die Sozialenergie der Trommler und der gesamten Gruppe anzunehmen, was eine Voraussetzung für ihre Heilung ist.

Dies ist ein echter Befreiungstanz. Es scheint ein völlig anderer Mensch zu sein, der in der Gruppe herumwirbelt, immer mehr die Kontrolle aufgibt und die gesamte Tanzgruppe anfeuert, so daß alle mitklatschen und sich freuen mit der Tänzerin. Sie ist verbunden mit ihrem Unbewußten und tanzt aus ihrem Körper heraus, jede Faser ihres Körpers ist beteiligt. Sie ist auch verbunden mit dem Unbewußten der Gruppe, eingebunden in einen Prozeß von Geben und Nehmen, so daß dieser Tanz eine heilende Wirkung für alle hat.

Der dritte Tanz ist ihr Abschlußstanz, durch den sie sich aus der Tanzgruppe und aus ihrer Therapie verabschiedet. Die Gruppentherapie hatte sie schon ein Jahr vorher abgeschlossen. Sie hat sich den Zugang zu Beethovens Musik erkämpft durch ihre vielen Tänze, sie tanzt zum ersten Mal nach dem fünften Klavierkonzert. Dieser Bereich der Musik war ihrem Bruder vorbehalten, für sie mit einem Verbot belegt. Befreit von dem Verbot, sich zu freuen, ihren Körper anzunehmen, ihn schön zu finden, allen ihre Freude darüber zu zeigen, tanzt sie einen ergreifenden Tanz nach Beethovens herrlicher Musik. Alle sind zu Tränen gerührt, alle haben Teil an diesem langen Weg zum Leben.

Ein weiter Bogen spannt sich in der Musik und in dem Tanz von Frau C. Sie tanzt noch einmal ihre Geschichte, nimmt sich Raum und Ruhe,

tanzt am Boden, streichelt ihren Körper, ist sehr weich und gelöst, umarmt ihre liebste Freundin, dann kommt sie zu mir und läßt sich in den Arm nehmen, weint und zeigt offen die Gefühle der Trauer, weil es ihr Abschiedstanz ist. Sie ist tief verbunden mit ihrem Unbewußten und mit der Gruppe und scheint noch einmal ihren langen Weg zu sich selber und zu den Menschen hin zu tanzen. Diese tief humanistische und freiheitliche Musik von Beethoven bildet einen tragenden Boden für ihren Abschlußstanz. Der Tanz ist wie ein Gebet und ein Dank an alle, die ihr ihre Liebe gaben für ihren langen Weg zur Befreiung für ihr eigenes Leben.

Ich möchte nun die Merkmale und Dimensionen aufzeigen, die besonders deutlich die Möglichkeiten der Tanztherapie für die Entwicklung der Körperlichkeit und Sexualität aufzeigen.

Der Tanz führt den Menschen in Grenzsituationen und macht es ihm möglich, seine Grenzen körperlich und geistig zu öffnen und zu schließen. Der Tanz schafft damit eine Voraussetzung zur Liebesfähigkeit, die eine Öffnung zum Unbewußten, zum Anderen und zur Gruppe hin bedeutet.

Tanz ist ein Identitätswurf hinein in die Gruppe, die sich liebevoll wie eine Mutter, ein Vater oder Partner so verhält, sich freut und dem Einzelnen dabei hilft, sich selbst zu entdecken, sich selber kennen- und liebenzulernen und ihn dabei unterstützt, seine Phantasien, seine Träume und Wünsche in die Realität umzusetzen.

Im Tanz kann der Einzelne auch seine Liebesbedürftigkeit zeigen. Er löst damit Gefühle der Zuneigung, der Zärtlichkeit, Verständnis und Liebe aus, je nach Verbundenheit mit dem Tänzer. Dieses liebevolle Angeschaut- und Angenommenwerden durch die Therapeutin und die Gruppe ist es, was dem einzelnen immer wieder Mut macht, das Risiko einer neuen Grenzsituation einzugehen, in die Angst hineinzugehen, sich in jedem Tanz auf etwas ganz Neues, Einzigartiges einzulassen, ohne zu wissen, wie es ausgeht. Im Tanz ist es für den Tänzer möglich, sich ganzheitlich als eigene Identität in der Gruppe zu erleben, sich Raum zu nehmen, den Raum mit seiner Energie zu füllen, die Energie der Gruppe zu spüren, sich auszutauschen in einem Prozeß von Nehmen und Geben, was auch in jeder Liebesbeziehung geschieht. Zu früh entbehrter Körperkontakt führt zu schweren Defiziten. Im Tanz können diese Defizite gezeigt und auf der Körperebene ganz real nachgeholt werden. Es werden Berührungen durch Blicke erlebt, Berührungen durch Worte, Liebeserfahrungen beim Ansehen der Tanzvideos können gemacht werden, körperliche Verlässlichkeit kann erlebt werden, Zuneigung und Liebe können körperlich gezeigt werden, die Gruppe kann als Partner erlebt werden wie in einer Liebesbeziehung.

Das flexible Umgehen mit Nähe und Distanz, das flexible Öffnen und Schließen der Grenzen ist eine der wichtigsten Voraussetzungen zur Sexualität und Liebesfähigkeit und wird in der Tanzsitzung besonders erlebbar, ebenso die Erfahrung von körperlicher Abgrenzung. Sich anvertrauen, sich zeigen, sich abgrenzen, hineingehen in die Angst, herausfinden, welchen Abstand der einzelne von der Gruppe und von dem anderen braucht, all

diese wichtigen Qualitäten im menschlichen Zusammenleben und in der Liebe sind in der Tanztherapie körperlich und geistig erfahrbar.

In einem ausführlichen Interview ein Jahr nach Abschluß der Therapie habe ich Frau C. befragt über ihren Lebensstil, ihre Arbeit, ihre Sexualität, ihre Beziehungen, um zu erfahren, ob und inwieweit sich das in der Therapie Erworbene erhalten hat. Sie lebt in einer festen Beziehung mit einem Mann. Die im therapeutischen Prozeß erworbene Bejahung ihrer Weiblichkeit und ihrer Körperlichkeit hat sich erhalten und gefestigt, ohne auf ein spezifisch weibliches Rollenverhalten fixiert zu sein. Wenn sie sich verliebt, sei es in eine Frau oder einen Mann, kann sie sich – im Gegensatz zu früher – frei entscheiden, wie sie sich verhalten möchte, und auch mit ihrem Partner sprechen. Im Wissen um ihr Unbewußtes und die Macht des Wiederholungszwanges konnte sie einen eigenen kreativen Lebensstil entwickeln.

Humanstructural Dance Therapy and the Development of Body-Ego-Identity and Sexuality

Gertraud Reitz (Munich)

This paper is an extended contribution to the humanstructural dance therapy and its importance for the development of body-ego-identity and sexuality. The humanstructural dance therapy, as developed by *Günter Ammon* offers an excellent basis for this concern.

Body-ego-identity and sexuality are embodied in the central core of the unconscious personality. Disturbances in this field always imply disturbances of the identity. Any kind of curing must therefore prepared to be done in the unconscious. For this purpose dance as an expression and access to the unconscious is an excellent therapeutic instrument.

Dance therapy is always embedded in an entire therapeutic setting. In the following example this setting includes individual, group, dance and milieu therapy as well as therapeutic conversations with the parents.

Mrs. C., a young woman with the diagnosis of anorexia nervosa was searching for therapeutic help because of strong bodily compulsions expressed by her anxiety to move and to be perceived by other people. She suffered from an intense rejection of her body and from agonizing jealousy, which again and again led to thoughts of suicide. Feelings of being deserted triggered a panicky and maniacal search for body contact, acted out in destructive, symbiotic-sexual relationships with changing girl-friends.

At the beginning of the therapy, Mrs. C's ego-structural test according to *Ammon* (ISTA) showed a high deficit of aggression, very strong destructive anxiety and a high deficit of the ability of inner and outer demarcation.

In the course of the therapeutic process vehement destructive fights above all with the lady therapist, enabled her to realize her sexual acting out as a resistance to therapy and to work it through within therapy.

She is very active in dance therapy; she dances in almost every session and goes through her anxiety. She becomes more and more transparent with her anxiety to move and to be vital and with her rage when she realizes her internalized prohibition to live.

After a prolonged break owing to holidays she was unable to accept the social energy offered by the surrounding group while she was dancing according to drums. Mrs. H. took her hand and they danced together until the dance turned into a duel. Mrs. C was shocked by her own aggression and in the transferential situation she felt her rivalry and rage concerning her sister. This dance was an important contribution to her identity and enabled her to enter oedipal rivalry to her sister under the protection of the group and of her therapist.

After a conversation with her parents Mrs. C. is in the position to realize her parents as they are and to reduce her idealization of her father and her brother. By being reflected in the group and by experiencing a belated development and a repair of her childhood on body level above all through dance therapy, she is able to develop out of the symbiosis with her mother and her entire family. Accompanying measurements with the ego-structure-test according to *Ammon* (ISTA) in the course of her therapy demonstrate the developmental process.

An extensive interview one year after termination of therapy reveals a young woman with a positive attitude to her body and to her womanhood. She lives in a continuous relationship with a man without being determined to a specific female role behaviour. Since she learned to know about her unconscious and the power of her repetition compulsion she was able to develop an own creative living style.

Literatur

- Ammon, G.* unter Mitarbeit von *Ammon, Gisela* und *Marsen, B.* (1979): Das Borderline Syndrom und das ich-strukturelle Arbeiten. In: *Ammon, G.* (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 1 (München: Ernst Reinhardt)
- (1981): Ich-Strukturelle Gruppenpsychotherapie. In: *Dyn. Psychiat.* (15) 1-9
 - (1982): Das sozialenergetische Prinzip. In: *Ammon, G.* (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 2 (München: Ernst Reinhardt)
 - (1984): Die Unerreichten – Zur Behandlungsproblematik des Urnarzißmus. In: *Dyn. Psychiat.* (17) 145-164
 - (1986): Humanstruktureller Tanz – Heilkunst und Selbsterfahrung. In: *Dyn. Psychiat.* (19) 317-342
- Harlander, U.* (1979): Die Körper-Ich-Identität nach Ammon. In: *Dyn. Psychiat.* (12) 472-493
- Keller-Husemann, U.* (1979): Psychoanalyse und Sexualität – Ein Beitrag zum Verständnis konstruktiver und destruktiver Sexualität im Konzept der Dynamischen Psychiatrie. In: *Dyn. Psychiat.* (12) 141-161
- Reitz, G.* (1981): Das Verständnis von Sexualität im Konzept der Dynamischen Psychiatrie. Vortrag gehalten auf dem XIII. Internationalen Symposium der DAP (Unveröffentlichtes Manuskript).
- (1983): Der Stellenwert der Sexualität in einer therapeutischen Gruppe. In: *Dyn. Psychiat.* (16) 254-275
 - (1986): Zur Integration des Humanstrukturellen Tanzes im gruppentherapeutischen Prozeß. In: *Dyn. Psychiat.* (19) 353-366

- (1987): Tanz, Traum und Gruppe. Der Entwicklungsprozeß einer Patientin in der Humanstrukturellen Tanztherapie und in der Gruppentherapie. Vortrag gehalten auf dem 5. Weltkongreß der WADP/XVIII. Internationales Symposium der DAP (Unveröffentlichtes Manuskript)
- (1988): Die Bedeutung der Humanstrukturellen Tanztherapie für die Entwicklung der Liebesfähigkeit. In: Dyn. Psychiat. (21) 436-447
- (1991): Der therapeutische Prozeß eines Borderline-Patienten im Feld von Gruppen- und Tanztherapie – ein kasuistischer Beitrag. In: Dyn. Psychiat. (24) 56-69

Adresse der Autorin:

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

Zur Trennungsproblematik von Borderline-Patienten – Eine Fallstudie***

Gabriele von Bülow (Berlin)*

Patienten, die unter Depressionen leiden, zeichnen sich aus durch eine tiefe Ambivalenz zwischen der Suche nach symbiotischer Nähe einerseits und andererseits starker Kontaktvermeidung aus Angst, verlassen oder narzißtisch verwundet zu werden. Diese Psychodynamik findet man verstärkt bei Borderline-Patienten mit paranoischen Zügen. Im Theorie- und Behandlungskonzept Günter Ammons wird Paranoia verstanden als eine Reaktion auf die Mutter bzw. die Primärgruppe, die als kontrollierend und verfolgend erlebt werden und die eine Abgrenzung im eigenen Recht und damit Identitätsentwicklung verbieten. Die Autorin zeigt anhand des Therapieverlaufs einer Borderline-Patientin auf, wie wichtig es ist, diesen beiden Aspekten in der Psychodynamik von Anfang an Rechnung zu tragen und den ganzen Menschen in seiner inneren Leere und Verzweiflung zu sehen, aber auch in seinem tiefen Bedürfnis nach einem eigenen, selbstbestimmten und kreativen Lebensstil.

Anhand der Erörterung behandlungsmethodologischer Fragen in der Endphase der Einzeltherapie einer Patientin soll die Bedeutung des Trennungsprozesses für den gesamten Therapieverlauf und das Gelingen einer Therapie aufgezeigt werden. Im Therapieverständnis humanstruktureller Psychotherapie nach *Günter Ammon* ist der gesamte therapeutische Prozeß als Trennungsprozeß zu verstehen: Die Entwicklung eigener Identität geht einher mit der Trennung von pathogenen Anteilen der verinnerlichten Beziehungsdynamik der Primärgruppe. Gemeint ist das Heraustreten aus der pathologischen Symbiose mit Mutter und Familiengruppe sowie die Befreiung von ödipalen Arretierungen.

»...der Abschluß der Therapie ist eine Grenzsituation, bei der es noch einmal um Sein oder Nicht-Sein geht. Diese bevorstehende Trennung wird alle Identitätsangst, alle Angst vor der Angst des Patienten reaktivieren, ihm aber gleichzeitig auch deutlich machen, daß Trennung auch Identität bedeutet. Gerade durch die Lösung vom Therapeuten entwickelt sich letztlich erst die eigene Identität. Gerade der Abschluß der Therapie ist die Trennung zur eigenen Identität, die den Menschen (sich) erst zur eigenen Persönlichkeit entwickeln läßt und ihm endgültig die Lösung vom Symbiosekomplex ermöglicht« (*Ammon 1979*).

Zu Beginn der Therapie war Frau L. eine Frau von 30 Jahren, die gerade eine stationäre psychotherapeutische Behandlung von drei Monaten hinter sich hatte. Danach hatte sie eine Abtreibung vornehmen lassen – es kamen zwei Männer als Vater infrage – und befand sich im Trennungsprozeß von

* Dipl.-Psych., Klinische Psychologin / Psychotherapeutin (BDP), Lehranalytikerin am Berliner Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP)

*** Vortrag gehalten auf dem 10. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP / XXIII. Internationales Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 25. bis 29. Oktober 1994 in St. Petersburg, Rußland

einem Mann unter ihrem geistigen Niveau, mit dem sie über viele Jahre in einer destruktiv-symbiotischen Beziehung gelebt hatte.

Sie hatte gerade eine zwei Jahre dauernde klienten-orientierte Psychotherapie beendet, weil die Krankenkasse nicht länger zahlte. Einige Monate zuvor hatte sie ihre Ausbildung als Studienreferendarin abgebrochen und stattdessen eine Ausbildung als Verwaltungsangestellte begonnen. Sie war also in vielerlei Trennungsprozesse involviert – oder besser gesagt, Abbruchprozesse –, als sie zu mir in Behandlung kam. Sie litt unter Depression und schweren Angstzuständen.

Es bestand eine offensichtliche Kluft zwischen ihrer gestylten, erotisierenden Kleidung und dem verschlossenen, zurückweisenden und mürrischen Ausdruck ihres Gesichts.

Der ISTA (Ich-Struktur-Test nach *Ammon*) zeigte extrem niedrige konstruktive Werte in allen Humanfunktionen, d.h. in Aggression, Angst und Narzißmus, sowie eine sehr brüchige Ich-Abgrenzung, die durch eine paranoide Abwehr kompensiert wurde.

Patienten, die unter Depression leiden, sind durch eine tiefe Ambivalenz charakterisiert zwischen dem Streben nach symbiotischer Nähe auf der einen Seite und dem Vermeiden von Kontakt aufgrund von Ängsten, verlassen und narzißtisch verwundet zu werden, auf der anderen Seite (s. *Ammon* 1979b). Diese Psychodynamik findet man verstärkt bei Patienten, bei denen zur gleichen Zeit paranoide Züge vorherrschen. Innerhalb des theoretischen Konzepts von *Günter Ammon* (1979c) wird Paranoia verstanden als eine Reaktion auf die Mutter bzw. Primärgruppe, die als kontrollierend und verfolgend erlebt werden, eigene Ich-Abgrenzung und Identitätsentwicklung verbietend. Es ist wesentlich bei der Therapie dieser Patienten, beiden Aspekten ihrer Psychodynamik von Beginn an Rechnung zu tragen und den ganzen Menschen in seiner inneren Leere und Verzweiflung zu sehen, aber auch in seinem genuinen Bedürfnis nach einem kreativen, selbstbestimmten Lebensstil.

Zur Primärgruppendedynamik

Frau L. fühlte sich von ihrer Mutter oft gefühlsmäßig vergewaltigt – immer sollte sie die gleichen überschwenglichen Gefühle haben wie sie. Die Opferbereitschaft der Mutter habe ihr von Anfang an ein schlechtes Gewissen gemacht. Gleichzeitig empfand sie eine innige, intensive Vertrautheit und Verbundenheit zur Mutter, phantasierte sich als ihr ritterlicher Beschützer. Der ständig arbeitende Vater habe sich ihr und den jüngeren zwei Geschwistern entzogen und »existierte nur in einem ominösen Hintergrund«, »geheimnisvoll, beladen mit Mühsal und Arbeit«. Unfähig, seine Gefühle zu zeigen, habe er nur über Schulleistung mit ihr Kontakt aufnehmen können. Die Mutter hielt den Vater vom Kontakt mit den Kindern fern, um ihn zu »schützen«. So entwickelte Frau L. zu ihrem Vater »eine Liebesbeziehung auf Entfernung und Sehnsucht«. Sie phantasierte

sich ihn als ihren König, als dessen Kronprinzessin sie sich fühlte. Beide Eltern verfochten eine ausgeprägte Familien- und »my home – my castle«-Ideologie, man lebte für sich, es gab kaum Kontakte nach außen. Dadurch seien ihr »andere« Menschen immer fremd geblieben. Als Abgrenzung gegen diese sie vereinnahmende Familiendynamik entwickelte sich Frau L. zur immer protestierenden, sich absondernden und Kritik übenden Einzelgängerin.

Zur Trennungsphase

Vier Monate vor Abschluß der Therapie kommt Frau L. äußerst deprimiert, verzweifelt und »lebensmüde« aus einem mehrwöchigen Urlaub zurück. Sie hatte dort eine zwischenmenschliche Konstellation erlebt, in der sie die Macht der sie völlig lähmenden Mutterübertragung erstmals in großer Klarheit wahrnehmen konnte. Dies war ihr möglich geworden durch den räumlich-zeitlichen Abstand zur Therapie. Für die Möglichkeit der Einsicht und damit der Distanzierung von ihrer Pathologie war dies ein wesentliches Aha-Erlebnis, da es ihr immer noch sehr schwer fiel, Übertragungsphänomene in ihrer Beziehung zu mir zu erkennen. Ich äußere mein empathisches Verständnis für die Unerträglichkeit ihres Lebensgefühls, was von ihr angenommen werden kann. Es herrscht in dieser Sitzung eine Atmosphäre eines intensiven gemeinsamen therapeutischen Arbeitsbündnisses jenseits von Übertragung.

In der darauffolgenden Sitzung berichtet sie folgenden Traum: Sie steht in der Küche ihres Elternhauses und ist mit einem Kuchenteig beschäftigt, der immer mehr aufquillt und sich in einer quasilebendigen Form verselbstständigt zu einer mütterlichen Teigbrust. Sie erlebt es als einerseits schön, sich immer wieder an den Teigbusen anschmiegen zu können, andererseits erlebt sie die Umklammerung als unangenehm; sie kommt nicht los von dem klebrigen Teig.

Im Laufe dieser Sitzung spreche ich sie auf die letzte Stunde vor ihren Ferien an, als sie sich nur kurz telefonisch am Ende der Sitzungszeit verabschiedet hatte. Ich erinnere sie daran, daß das Honorar für diese Sitzung noch ausstünde. Sie reagiert flapsig-aggressiv, mit pubertärem Trotz: »Warum?« Es folgt eine Schimpfkanonade, sie fühle sich von mir vereinnahmt und »gekrallt«, zur nächsten Sitzung wolle sie auch nicht kommen, weil sie da etwas Anderes vorhabe. Für diese ausfallende Sitzung wolle sie auch nicht zahlen, sie habe nicht so viel Geld.

Ich antworte ruhig: In der Realität sei es gerade umgekehrt. Sie habe mich eine Stunde lang warten lassen und »festgenagelt« und versucht, mir ihre Bedingungen zu diktieren. Sie möchte mich damit zu einer Übermutter machen, die alles versteht und grenzenlos alles mitmacht. Dies sei ich aber nicht. Ich deute ihren Übertragungswiderstand auch im Sinne einer Kontaktabwehr gegen den tiefergehenden menschlichen Kontakt zu mir in der letzten und auch in dieser Sitzung.

In der Woche darauf wirkt sie deutlich frischer und klarer, berichtet von erfolgreichen ersten Bemühungen um eine kreativere und ihrer Ausbildung adäquatere Tätigkeit. Sie erzählt einen Traum, in dem ein Mann ihre Mutter umbringen will – mir entschlüpft: »Herzlichen Glückwunsch« – dieser Mann wird nicht von seinen Plänen abzubringen sein, er wird seinen Weg gehen. In der Bearbeitung dieses Traumes sage ich ihr zum Schluß, daß dies ein Abgrenzungstraum aus der Symbiose sei, wobei die Mutter natürlich auch ich sei. Darin mache sie mir klar, daß sie ihren Weg gehen werde, daß sie nicht gedenke, sich von mir aufhalten zu lassen. Sie stimmt heftig und freudig zu.

Wenig später bin ich meinerseits für drei Wochen im Ausland. In der ersten Sitzung nach meiner Rückkehr eröffnet mir Frau L. erstens, daß sie schwanger sei und zweitens, daß sie die Therapie bald beenden möchte.

Die Patientin lebte zum ersten Mal in ihrem Leben – seit nun eineinhalb Jahren – in einer konstruktiven, stimmigen Partnerschaft mit einem Mann, der sie auch geistig forderte und sich emotional zu ihr bekannte. Er hatte den Wunsch geäußert, mit ihr ein Kind zu haben. In ihr hatte dies große Ängste mobilisiert, als Mutter so zu werden wie ihre eigene Mutter und mit feindseliger Eifersucht den Kontakt zwischen Kind und dem Vater des Kindes zu kontrollieren. Gleichzeitig war aber spürbar, daß auch sie sich ein Kind wünschte, was sie aber kaum auszusprechen wagte.

Ich zeigte Freude über ihre Schwangerschaft und akzeptierte in ruhiger Gelassenheit – zur sichtbaren Überraschung der Patientin – ihren Wunsch nach baldiger Beendigung der Therapie. Sie entschied sich, die Therapie in 3 Monaten zu beenden. Die darauffolgende Zeit war charakterisiert durch »klassisch« zu nennende Trennungsträume, in denen sie sich sowohl von Mutter- als auch von Vaterfiguren verabschiedet. Sie setzt sich differenziert damit auseinander, mit welchen Persönlichkeitsfacetten ihrer Eltern sie sich identifizieren kann und wovon sie sich distanziert. Sie gibt sich mehr und mehr Rechenschaft darüber, wer sie eigentlich ist und wo sie sich von den Eltern unterscheidet.

In einem Gespräch mit ihrer Mutter, die heftige Befürchtungen äußert, die Tochter würde unter den großen, mit der Schwangerschaft verbundenen »Belastungen« sicher wieder zusammenbrechen, kann sich Frau L., sogar mit einem Schuß Humor, abgrenzen. Frau L.s ganze Ausstrahlung verändert sich zusehends hin zu einer freundlichen Geöffnetheit und Weichheit, der »verbiesterte«, abweisende Trotz verschwindet anhaltend aus ihrem Gesicht.

Ich greife die Frage ihrer beruflichen Identität auf, die sie in der Vergangenheit immer wieder wütend zurückgewiesen hatte, mich dabei wie ihren Vater erlebend, der ihr seine eigenen Lebensvorstellungen habe aufoktroyieren wollen. Jetzt entwarf ich für sie eine Vision ihrer zukünftigen beruflichen Entwicklung, die angebotenen Fähigkeiten und Bedürfnisse von ihr aussprach. Dadurch unterlief ich ihre paranoische Abwehr. Sie fühlte sich nicht mehr zu etwas überredet, sondern konnte, ohne zu protestieren, hinhören.

Frau L. hatte sich für ihre eigentliche Trennung nach den Therapieferien ganze zwei Wochen Zeit eingeräumt. Ich akzeptierte dies, wohl wissend, daß dies die Art der Patientin war, mit Trennung umzugehen. Die Auseinandersetzung mit ihrer Schwangerschaft, dem endgültigen Abschied von der Kindheit, von ihrem Jugendlichen- und Single-Status nahm breiten Raum ein. Sie fand mit ihrem Partner zusammen eine schöne gemeinsame Wohnung.

In den ersten drei von vier Abschlusssitzungen schien sie wieder zu dem Menschen zu werden, als der sie in Therapie gekommen war: Depressiv, jedes Kontaktangebot von mir paranoisch wegschlagend, mich wieder wie die Eltern erlebend, daß ich etwas ganz Bestimmtes aus ihr herauspressen wollte. Ich deutete ihr dies als typische Phänomene in der Trennungsphase, in der »alle Symptome sich noch einmal zeigen – wie von ferne winken, um sich zu verabschieden«. In der letzten Sitzung konnte sie sich wieder mit all dem zeigen, was sie im Laufe ihrer Therapie verändert und entwickelt hatte und sich freundlich von mir verabschieden. Sie nahm positiv Bezug auf meine Vision ihrer beruflichen Zukunft.

Reflexion des Trennungsprozesses

Die Patientin befand sich nach ihrem Urlaub in einer existentiellen Grenzsituation: Ihr symbiotisches Gefängnis war so unerträglich geworden, daß eine Veränderung passieren mußte. Hierdurch wurde die Bearbeitung ihrer destruktiven Aggression möglich. Die Arbeit mit Grenzsituationen wird nur dann therapeutisch fruchtbar, wenn sie auf einer intensiven therapeutischen Beziehung beruht, die dem Patienten ein Grundgefühl von Verstanden- und Ernstgenommenwerden, von Verlässlichkeit und Angenommensein vermittelt hat (vgl. Ammon 1979). Dieses Grundgefühl hatte Frau L. im Laufe eines vierjährigen, immer wieder neu die Vertrauensfrage stellenden therapeutischen Prozesses entwickelt.

In der Auseinandersetzung um das nicht bezahlte Sitzungshonorar wird der Übertragungswiderstand der Patientin deutlich, die mich zu ihrer grenzenlos sich aufopfernden, für alles Verständnis habenden Mutter machen möchte, um selber nicht erwachsen werden zu müssen. Indem ich ihr Grenzen setze und realitätsgemäße Forderungen stelle, spreche ich die Patientin als erwachsenen, für die Konsequenzen seines Tuns selbst verantwortlichen Menschen an und stelle mich ihr in Abgrenzung gegen die innere, symbiotische Mutter als Identifikationsfigur zur Verfügung. Indem ich mich selber zeige als ein Mensch mit Selbstschätzung, der nicht alles mit sich machen läßt, wird es Frau L. in Identifikation mit mir ebenfalls möglich, sich abzugrenzen.

Die Sitzung, in der Frau L. mir gleichzeitig mitteilte, daß sie schwanger ist und daß sie die Therapie bald beenden möchte, markiert den Beginn der eigentlichen Trennungsphase. Von zentraler Bedeutung für den nun immer deutlichere Konturen annehmenden Prozeß der Loslösung von der inneren

pathogenen Primärgruppendynamik war meine freundliche, gewährende Reaktion auf beide Mitteilungen. In der Bearbeitung interpretierte ich die Schwangerschaft als Ausdruck der Abgrenzung von der Mutter – lange Zeit hatte sie sich gar nicht getraut, sich vorzustellen, ein Kind zu bekommen, da sie in undifferenzierter Identifikation mit ihrer Mutter Angst hatte, so wie sie zu werden. Ich verstand ihre Schwangerschaft als einen Identitätsschritt.

Ihren Trennungswunsch aus der Therapie verstand ich als adäquate Konsequenz ihrer Entwicklung. Die Patientin erlebte es als heilend, daß ich Vertrauen zu ihren konstruktiven, gesunden Kräften zeigte im Unterschied zu der skeptische Besorgnis äußernden Mutter.

Typisch für die letzten zwei Wochen war, daß die Patientin ihre Symptomatik aus der Anfangszeit der Behandlung wiederholte. Hier war es wichtig, die eigene Gegenübertragung streng zu kontrollieren, d.h., mich nicht verführen zu lassen von dem an mich nonverbal herangetragenen Appell, sie doch nicht gehen zu lassen und sie wieder zu infantilisieren. Stattdessen galt es zu verstehen, daß die Trennung, wie anfangs bei *Ammon* zitiert, alle Identitätsangst der Patientin mobilisiert, bis hin zu existentiellen Verlassenheitsängsten: Mein Ernstnehmen ihres Trennungswunsches erlebte Frau L. als ein Verlassenwerden von mir.

In der letzten Sitzung sagte sie mir, daß sie es wie ein Geschenk erlebt habe, daß ich Vertrauen gehabt hätte in ihre Entwicklung und sie gehenlassen konnte, was ihr Vertrauen zu sich selbst gegeben habe.

Nachtrag

Etwa ein halbes Jahr später bekam ich ihre freudige Benachrichtigung über die gut verlaufene Geburt einer gesunden Tochter. Wenige Monate danach holte sie sich bei mir noch einmal einige Gespräche, um über die sie irritierende Gleichzeitigkeit von zwei emotional intensiven und doch unterschiedlichen Beziehungen – die zu ihrem Kind und die zu ihrem Lebensgefährten – zu sprechen. Es sei ihr im wesentlichen gut gegangen in der zurückliegenden Zeit, depressive Verstimmungen habe sie nur selten erlebt. Diese Sitzungen hatten einen klar abgegrenzten, beratenden Charakter, ohne den Wunsch, etwa wieder einen therapeutischen Kontakt zu mir einzugehen. Sie verabschiedete sich endgültig, eine erwachsen gewordene junge Frau.

The Separation-Process of Borderline-Patients – A Casuistic Study

Gabriele von Bülow (Berlin)

By discussing in detail methodological questions of treatment during the final phase of the individual therapy of a female patient, the author tries to show the importance of the separation process for the entire course of a therapy as well for the success of a therapy. In the humanstructural psycho-

therapy according to *Günter Ammon* the entire therapeutical process is regarded as a process of separation: the development of identity goes along with the separation from pathogene parts of the internalized dynamics of the primary group's relationships. This means developing out of the pathological symbiosis with the mother and the primary group as well as the liberation from oedipal locking mechanisms.

»...the end of therapy is a borderline situation which once more is a question of being existent or not existent. This approaching separation will reactivate all the patient's anxiety of identity, anxiety of anxiety; but at the same time it will clearly show him that separation also means identity. It is exactly this severance from the therapist because of which eventually the own identity develops. And it is exactly the end of therapy, the separation towards an own identity, which allows for a human being to develop his own personality and finally solve the symbiosis complex« (*Ammon 1979a*).

At the beginning of therapy, Ms. L. – a woman of 30 years of age – was involved in many separation processes, or – more exactly – breaking off situations: She had just gone through an inpatient psychotherapeutical treatment of three months, after which she had an interruption and was in the process of separating from her partner. Some months ago, she had broken off her traineeship as a student teacher and so on. She suffered under depressions and severe states of anxiety and showed an obvious gap between her stylish, erotic clothing and the reserved, rejecting and grumpy expression of her face. The ISTA (Ich-Struktur-Test nach *Ammon*) showed extremely low constructive values in all human functions, i.e. aggression, anxiety, narcissism, as well as a very fragile ego-demarcation, being compensated by her paranoid defense.

The dynamics of the primary group was characterized by the fact, that Ms. L. often felt emotionally raped by her mother – she always had the same effusive feelings as her mother. From the beginning the mother's readiness to be the victim had evoked a bad conscience in her. At the same time she felt a profound, intense intimacy and closeness with the mother and fantasized herself to be her knightly protector. The father, who was continuously working, had withdrawn from herself and the two younger brothers and sisters. He »existed only in an ominous background, mysteriously laden with tribulations and work«. Unable to show emotions, he could only take up contact with her by way of her achievement at school. The mother prevented the father from having contact with the children, in order to »protect« him. Hence Ms. L. developed »a love-relationship on the basis of distance and yearning« towards her father. She imagined him as her king, feeling herself as his crown princess. Both parents advocated an exclusive ideology of family and of »my home is my castle«, living only for themselves, with hardly any contacts to the outside world. Therefore, »other« people always remained strange to her. As a demarcation against these demanding family dynamics, Ms. L. more and more developed into an always protesting loner, keeping very much to herself and criticizing others.

Patients suffering from depression are characterized by a deep ambivalence between striving for symbiotic proximity, on the one hand, and avoiding contacts due to a fear of abandonment and of narcissistic injury, on the other hand (cf. *Ammon* 1979 b). This psychodynamic tendency is to be confronted to a greater extent in those patients where paranoid features are prominent at the same time. Within the theoretical concept of *Günter Ammon* (1979 c), paranoia is considered to be a reaction to the mother or primary group, respectively, who are experienced as controlling and persecuting prohibiting the own ego-demarcation and identity development. It is essential in the therapy of these patients to take account of both dynamics and to realize the whole person with his underlying inner emptiness and despair, as well as with his genuine need for a creative self-determined life-style.

After her holidays the patient found herself in an existential borderline situation: her symbiotic prison had become so unbearable that something had to happen. Then it was possible to work on her destructive aggression (cf. *Ammon* 1982). The work with borderline patients will only be of therapeutic success if it is based on an intensive therapeutic relationship, conveying to the patient a basic feeling of being understood and taken serious, of reliability and acceptance (cf. *Ammon* 1979 a). Ms. L. had developed this basic feeling in the course of her four-year therapeutical process, when again and again she had asked the question of trust. The patient's transference resistance became clearly visible, when the therapist discussed the still outstanding payment – the patient would not come to the last meeting before her holidays, only shortly said goodbye to the therapist by way of telephone. She wanted to make the analyst her mother, who boundlessly sacrificed herself and had understanding and sympathy for everything, so that the patient herself had no need to grow up. By putting up boundaries for her as well as demands appropriate to reality, the analyst approached the patient as an adult person who was responsible for the consequences of her own doing, and the therapist put herself at her disposal as a figure of identification for demarcation against her internalized symbiotic mother. By representing herself as a human being having self-esteem, not wanting to stand for everything, Ms. L. in identification with the person of the analyst equally achieved demarcation.

In the absence of her therapist Ms. L. declares firstly that she is pregnant and secondly that soon she would like to end her therapy. For the first time in her life, the patient was living – for one and a half years – in a constructive true partnership with a man who challenged her also on a mental level and who emotionally declared himself for her. He had expressed the wish to have a child with her. This mobilized great anxiety in her, that she might be a mother like her mother and control the contact between child and father with hostile jealousy. At the same time one could also feel that she wanted to have a child, but that she hardly dared to express it. Anyway the therapist showed joy for her pregnancy, taking it calmly – much to the surprise of the patient –, accepted her wish to soon end her therapy. Being asked, she dated the end to be in three months' time.

The following time was characterized by what is called classic separation dreams, in which she said farewell to her mother – as well as to her father-figures. She differently discussed and analyzed those personality facets of her parents, with which she could identify and from which she distanced herself. More and more she realized who she actually was and in which aspects she differed from her parents. The session, during which Ms. L. told the analyst at the same time that she was pregnant and soon wanted to end therapy, marked the beginning of the actual phase of separation. The therapist's friendly, supporting reaction on both informations was of crucial importance for the process of dropping the inner pathogenic dynamics of her primary group, which became more and more clearly outlined. Working on it, the therapist interpreted her pregnancy as an expression of demarcation from her mother – for a long time she hadn't even dared to imagine getting a child, because in her undifferentiated identification with her mother she was afraid of becoming like her. The analyst understood her pregnancy as a step towards identity. Her wish to end therapy the therapist understood as an adequate consequence of her development. The patient experienced it as healing that the analyst – in contrast to her sceptically worried and concerned mother – showed confidence in her constructive, healthy powers.

For the last two weeks it was typical that the patient was repeating her symptoms from the beginning of the treatment. Here it was important to strictly control the counter transference, that means, not admitting to be seduced – by the nonverbal appeal to the therapist – into stopping her from going and again to infantilize her. Instead of this it is necessary to understand that the separation, as quoted by *Ammon* in the beginning, mobilizes the patient's earlier anxiety for identity, up to existential anxieties for being left alone; inbetween Ms. L. had experienced the analyst's taking serious her wish for ending therapy as being left alone from the analyst. During the last session she said to the analyst she has experienced it like a gift, that the analyst had trust in her development and could let her go, what had given her confidence in herself.

Literatur

- Ammon, G.* (1979a): Das Borderline-Syndrom und das Ich-strukturelle Arbeiten. In: *Ammon, G.* (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie. Bd. 1 (München: Ernst Reinhardt)
- (1979 b): Entwurf eines Dynamisch-Psychiatrischen Ich-Struktur-Konzeptes. In: ebenda
 - (unter Mitarbeit von *von Wallenberg Pachaly, A.*) (1979 c): Schizophrenie. In: ebenda
 - (unter Mitarbeit von *Ammon, Gisela; Griepenstroh, D.*) (1982): Behandlungsmethodik und Widerstand von der traditionellen Psychoanalyse zur Dynamischen Psychiatrie. In: *Ammon, G.* (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie. Bd. 2 (München: Ernst Reinhardt)

Adresse der Autorin:

Dipl.-Psych. Gabriele von Bülow
 Berliner Straße 51
 D-10713 Berlin

Psychodynamische und gruppodynamische Aspekte einer Alzheimer-Demenz**

Bernhard Richarz (München)*

In der vorliegenden Arbeit wird die Fallgeschichte eines Patienten, der, unter fortgeschrittener Alzheimer-Demenz leidend, in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige behandelt wurde, vorgestellt. Aufbauend auf dem Krankheitsverständnis der Berliner Schule der Dynamischen Psychiatrie werden psychodynamische und gruppodynamische Aspekte der Erkrankung herausgearbeitet, wie sie sich in der Biographie des Patienten, im milieuthérapeutischen Feld der Klinik und bei Angehörigengesprächen zeigten. Als wesentlich werden u.a. genannt: Die Vermeidung von Identität und ein Leben in Abhängigkeitsbeziehungen, eine massive Gefühlsabwehr und das Mitagieren der umgebenden Gruppen mit der unbewußten Identitätsangst des Patienten. Angesichts eines möglicherweise zugrundeliegenden langanhaltenden Mangels an konstruktiver Sozialenergie könnten sich neue Wege bei der Behandlung der Erkrankung ergeben.

Obwohl schon lange bekannt ist, daß der Verlauf einer Demenz durch psychologische und soziale Faktoren beeinflusst wird (*Wang 1971*), ist die heutige Demenzforschung überwiegend naturwissenschaftlich ausgerichtet. Es wird allenfalls kritisiert, daß die Perspektive des Kranken und das subjektive Erleben der Erkrankung weitgehend vernachlässigt sind (*Cotrell, Schulz 1993; Haupt, Kurz 1990*). Dabei hat bereits *Rothschild (1937, 1941)* darauf hingewiesen, daß von ihm nicht näher bezeichnete, im persönlichen Bereich liegende Faktoren hinzukommen müssen, damit die bei einer Alzheimer-Demenz festzustellenden neurodegenerativen Veränderungen zu einer manifesten Erkrankung führen. In einer Untersuchung zur Psychosomatik der Alzheimer-Demenz konnte aufgrund einer Befragung der Angehörigen von zehn Alzheimer-Patienten gezeigt werden, daß alle Patienten von selbstunsicherer und anlehnungsbedürftiger Primärpersönlichkeit waren und bereits vor Ausbruch der Erkrankung in extremer Abhängigkeit von ihren dominanten Partnern gelebt hatten (*Bauer et al. 1994a, b*).

Ein anderer, bisher wenig genutzter Weg, die Primärpersönlichkeit von Alzheimer-Patienten kennenzulernen, könnte darin bestehen, ihre Verhaltensweisen in therapeutisch kontrollierten Situationen als ein unbewußtes Ausagieren ihrer Psychodynamik zu begreifen, wie es in der psychotherapeutischen Behandlung schwer kranker Patienten üblich ist. Daß solch eine Vorgehensweise sinnvoll sein kann, wird durch Beobachtung aus der Gruppenpsychotherapie mit dementen Menschen gestützt, wonach die dort zu beobachtenden Prozesse denen in anderweitig beschriebenen Gruppenpsychotherapien mit anderer Klientel entsprechen (*Hartmann et al. 1992*). Es ist davon auszugehen, daß zumindest zu Krankheitsbeginn

* Dr. med., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Dynamisch-Psychiatrische Klinik Mengerschwaige

** Vortrag gehalten auf dem 10. Weltkongreß der World Association für Dynamic Psychiatry WADP/XXIII. Internationales Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 25. - 29. Oktober 1995 in St. Petersburg, Rußland

Erlebnisweisen und Reaktionen der dementen Patienten denen gesunder Menschen ähnlich sind (*Haupt und Kurz* 1990).

Noch weniger als dem Einfluß der Persönlichkeit des Kranken auf die Manifestation einer Alzheimer-Demenz nachgegangen wurde, wurde bisher die Krankheitsentwicklung unter gruppenspezifischen Gesichtspunkten untersucht, obwohl durch die umfangreiche Literatur über Angehörigengruppen ausreichend Material zur Verfügung steht, um Einblick in die Gruppendynamik um Alzheimer-Patienten zu gewinnen. In erstaunlicher Übereinstimmung wird berichtet, daß die Angehörigen die Erkrankung oft lange verleugnen (*Lazarus et al.* 1981; *Teusink, Mahler* 1984; *Bräne* 1986) oder, falls das nicht mehr möglich ist, daß sie sich und ihre Bedürfnisse völlig aufgeben (*Aronson et al.*, 1984; *Chenoweth, Spencer* 1986), um eine Trennung, wie sie beispielsweise mit einer Aufnahme in ein Pflegeheim verbunden ist, zu vermeiden. Die Bereitschaft, dem Kranken zu helfen und für ihn zu tun, was er selbst nicht mehr vermag, ist überaus groß.

Dabei ist der pflegende Angehörige, meist eine Frau, völlig vereinsamt (*Lazarus et al.* 1981; *Chenoweth, Spencer* 1986; *Goldstein* 1990), alle Beziehungen außer zum Kranken sind zusammengebrochen. Zwar wird die Isolierung beklagt, aber die Versorgung des Kranken wird in der Realität nur selten Außenstehenden überlassen (*Kurz et al.* 1987). Diese aufopfernden Verhaltensweisen der pflegenden Angehörigen sind oft mit Gewaltphantasien und Todeswünschen den als anspruchlich erlebten Kranken gegenüber verbunden (*Gwyther, Blazer* 1984; *Kurz et al.* 1987). Die Angehörigen selbst erleben die Erkrankung mit Gefühlen der Hilflosigkeit und Ohnmacht (*Teusink, Mahler* 1984), wehren aber ihre Gefühle und die Notwendigkeit eigener Unterstützung durch die vorgegebene Sorge um den Kranken ab (*Schmidt, Keynes* 1985; *Lazarus et al.* 1981).

Der Demenz-Erkrankung scheint also unter gruppenspezifischen Gesichtspunkten auch die Bedeutung zuzukommen, bei den Angehörigen die Wahrnehmung eigener Grenzen und eigener Bedürfnisse vermeiden zu können. An den Erkrankten wiederum sind seitens der Angehörigen unrealistische Erwartungen (*Kurz et al.* 1987) gerichtet, welche auch übertragen werden auf die behandelnden Ärzte oder die angewandten Medikamente (*Lazarus et al.* 1981). Die beschriebene Verleugnung der Erkrankung, die aufopfernde Pflege sowie die heftigen Gefühle von Wut gegen den Kranken weisen gleichermaßen darauf hin, daß dem Patienten eine besondere, mit hohen Erwartungen verbundene Stellung innerhalb seiner Lebensgruppe zuzukommen scheint, die die Angehörigen zur Aufrechterhaltung ihres eigenen psychischen Gleichgewichts möglichst lange beizubehalten bestrebt sind.

Auffallend wenig wird in den Angehörigengruppen auch die eigene Perspektive nach dem zu erwartenden Tod des Patienten besprochen (*Hepburn, Waswa* 1986). Obwohl es immer als erleichternd empfunden wird, wenn durch die Angehörigengruppe auf irgendeine Weise Abstand

zum Kranken entsteht, scheint gerade das Auseinandergehen, das letztlich auch den Tod beinhaltet, in den Gruppen um einen Alzheimer-Patienten nicht in Erwägung gezogen werden zu dürfen. Ebenfalls verleugnet wird der Bereich der Sexualität (*Hepburn, Waswa* 1986), als ob die dadurch entstehende Nähe zwischen gleichwertigen Partnern ebenfalls nicht gestattet sei. Insgesamt entsteht aus den Angaben der Literatur heraus der Eindruck einer erstarrten und leblosen Gruppodynamik um Alzheimer-Patienten, aus der sich abzugrenzen nicht möglich ist.

Es ist die Frage, ob es ausreicht, die beschriebene Gruppodynamik als eine Auswirkung der Alzheimer-Demenz zu erklären, oder ob nicht vielmehr die Grundzüge einer solchen Gruppodynamik nicht schon lange vor Ausbruch der Erkrankung bestanden haben und ob die Entwicklung einer Alzheimer-Demenz nicht gerade durch diese Art der Gruppodynamik unterhalten und gefördert wird. Für die zuletzt genannten Vermutungen spricht, daß sich bei Schwierigkeiten in der Versorgung der Patienten Familiendynamiken herstellten, die zuvor in gesunden Tagen ebenfalls bestanden haben (*Gwyther, Blazer* 1984). Es gibt also Hinweise, daß sich durch den Ausbruch der Erkrankung die gewohnte Gruppodynamik in der Familie nicht verändert.

In der vorliegenden Arbeit wird die Fallgeschichte eines Patienten mit fortgeschrittener Alzheimer-Demenz, der für fünf Monate in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige behandelt wurde, dargestellt. Herangezogen werden neben den Äußerungen des Patienten fremdanamnestiche Angaben zur Lebensgeschichte, Beobachtungen im milieu-therapeutischen Feld der Klinik, Protokolle der Angehörigengespräche, Widerspiegelungsphänomene in den Kontrollgruppen und Gegenübertragungsgefühle der beteiligten Therapeuten. Es soll dabei untersucht werden, ob die auf den verschiedenen Beobachtungsebenen erhobenen Befunde in einem inneren Zusammenhang stehen, und wenn ja, welche psychodynamischen und gruppodynamischen Aspekte der Erkrankung sich daraus ergeben.

Meinen Ausführungen liegt das Krankheitsverständnis der Berliner Schule der Dynamischen Psychiatrie zugrunde, wie es zusammengefaßt in *Ammon* und *Burbiel* (1992) beschrieben ist. Krankheit im allgemeinen und psychische oder psychosomatische Erkrankung im besonderen wird dabei als eine Einengung von Lebensmöglichkeiten verstanden. Die Erkrankung ist dabei einerseits Ausdruck verinnerlichter und gegenwärtiger destruktiver und defizitärer Gruppodynamiken; andererseits führt eine pathologische Psychodynamik immer auch zu destruktiven und defizitären Gruppodynamiken. Als wesentlich krankheitsbedingend hat sich immer wieder eine Störung der Identität ergeben, d.h., daß der kranke Mensch nicht in der Lage ist, seine Lebenssituation entsprechend seinen Bedürfnissen und in Beziehung zu anderen Menschen und zu seinem Unbewußten zu gestalten und immer wieder neu zu verändern.

Kasuistik – Aufnahmebefund und Krankheitsvorgeschichte

Von seinen Angehörigen wurde der 78jährige Herr T. wegen Depressionen mit Antriebshemmung und Initiativelähmung in unsere stationäre Behandlung gebracht, nachdem er schon längere Zeit an einer fortschreitenden Verwirrung gelitten hatte. Erste Änderungen gewohnter Verhaltensweisen, die im Rückblick als Krankheitsbeginn gewertet wurden, waren um die Zeit seiner Pensionierung aufgetreten. Ohne daß diese Auffälligkeiten zuerst als behandlungsbedürftig erkannt worden wären, führten sie dazu, daß die Ehefrau von Herrn T. ihn zunehmend von anderen Menschen zurückhielt, damit er nicht zu großen Belastungen ausgesetzt sei. Das Ehepaar lebte schließlich weitgehend vereinsamt in seiner Wohnung, wobei die Ehefrau die Beziehung zur Außenwelt aufrechterhielt. Herr T. war Tag und Nacht auf ihre Pflege angewiesen. Ein schwerer grippaler Infekt führte zur Aufnahme in das zuständige psychiatrische Landeskrankenhaus. Im dort durchgeführten cranialen Computertomogram wurde eine erhebliche corticale und subcorticale Atrophie ohne intracerebrale Raumforderung verzeichnet. Andere Ursachen der Demenz konnten ausgeschlossen werden, so daß die Diagnose einer Alzheimerschen Erkrankung gesichert war.

Bei Aufnahme in unsere Klinik war der großgewachsene und gut aussehende Herr T. hilflos. Er blickte aus tiefliegenden Augen starr ins Leere, querverlaufende Falten zogen sich über seine Stirn. Er war in allen Qualitäten desorientiert. Er meinte 17 Jahre alt zu sein, seinen Namen konnte er nicht nennen. An seiner Umgebung nahm er kaum Anteil. Die Ausfälle des Kurzzeit- und Langzeitgedächtnisses waren erheblich. Wenn er ging – mit kleinen Schritten leicht gebeugt-, drohte er jeden Augenblick zu stürzen. Er äußerte sich unartikuliert mit Lauten oder reihte scheinbar sinnlos Silben aneinander. Gelegentlich stieß er jedoch kurze und überraschend treffende Sätze hervor, die auf eine Frage antworteten oder eine Situation kommentierten. Seine ganze innere Ratlosigkeit war in der immer wieder hervorgestoßenen Frage »Wo ist meine Frau?« zusammengefaßt. Herr T. mußte beim Essen gefüttert werden, auch waschen und anziehen konnte er sich nicht mehr selbst. Er war stuhl- und urininkontinent.

Bei der Anwendung der gängigen Skalen zur Beurteilung der Schwere des Krankheitsbildes ergab sich ebenfalls das Vorliegen einer fortgeschrittenen Demenz: Im Minimal Mental State von *Folstein*, *Folstein* und *McHugh* (MMS) erreichte Herr T. 0 von 30 Punkten, bei der Skala der Selbständigkeit in den Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) 4 von 28 Punkten, bei der Skala des sozialen Verhaltens (SVS) 6 von 28 Punkten. Herr T. bot also das Bild eines schweren Persönlichkeitszerfalls.

Lebensgeschichte

Herr T. stammte aus einer alten Juristenfamilie, in der es seit Generationen üblich war, daß der jeweils älteste Sohn Jurist wurde und in

den Staatsdienst trat. Herr T. war das älteste von vier Kindern, sein Lebensweg damit vorgezeichnet. Der Vater, als Jurist im Staatsdienst tätig, sei ein störrischer und stets nörgelnder Mensch gewesen, die Mutter dagegen ruhig und verträglich, aber auch kontrollierend, habe sich selbst aufgegeben und für andere aufgeopfert. Die Beziehung unter den Geschwistern war von Eifersucht gekennzeichnet, die aber nicht offen ausgetragen wurde. Als ältester Sohn war Herr T. der einzige, der eine höhere Schulausbildung und damit die Möglichkeit zum Studium erhielt. Obwohl er sich bei seiner Berufswahl mehr zur Medizin oder auch zur Schauspielerei hingezogen fühlte, gab er dem Druck seines Vaters nach und studierte Jura. Der Zweite Weltkrieg, in dem er als Kampfflieger immer wieder in Lebensgefahr geriet, verschaffte ihm einen Freiraum, den er sehr genoß. Er heiratete während des Krieges, und sein einziger Sohn wuchs in seiner Abwesenheit heran. Er fühlte sich ihm entfremdet, für ihn war es das Kind seiner Frau. Als er aus dem Krieg zurückkehrte, wollte er deshalb noch ein Kind für sich. Seine Frau entsprach seinem Wunsch, und eine Tochter wurde geboren.

Die Ehefrau war ein mütterlicher Mensch, die die Entwicklung ihrer Person völlig zurückstellte und die ihre Bestimmung in der Unterstützung seines beruflichen Werdeganges sah. Herr T. versuchte ihr zu entsprechen. In dem von ihm eigentlich nicht gewollten Beruf als Verwaltungsjurist ließ er sich mehrfach versetzen in der Hoffnung, seine berufliche Position zu verbessern, fand dadurch aber keine Befriedigung. Obwohl er stets allein arbeitete, war er an seinen verschiedenen Arbeitsstellen sehr beliebt. Noch Jahre später erinnerten sich seine Kollegen gerne an ihn, und vor allem jüngere Mitarbeiterinnen schwärmten von seinem galanten Auftreten. In seiner freien Zeit mied Herr T. – im Gegensatz zu seiner leutseligen Ehefrau – andere Menschen, auch sein über alles geliebtes Geigenspiel betrieb er allein. In seiner Familie vermittelte er immer den Eindruck, dort wo er gerade nicht sei, lebe es sich angenehmer. Vor seinen Versetzungen wurde er oft depressiv, so daß er sich zu seiner Erholung in ein Kurheim begeben mußte, oder er verschwand für einige Tage, ohne daß jemand wußte, wo er war. Als sei nichts geschehen, kehrte er meistens in euphorischer Stimmung zurück.

Die von ihm gegründete Familie war nach außen um Anpassung bemüht und mußte wegen der herausragenden beruflichen Stellung des Vaters immer vorbildhaft wirken. In den Beziehungen innerhalb der Familie wurden Gefühle nicht gezeigt; es galt, stark zu sein, und Gefühlsäußerungen wurden bestraft. Die beiden Kinder, die der Herkunft entsprechend in christlich-bürgerlichen Wertvorstellungen erzogen worden waren, erfüllten die Erwartungen nicht, die Herr T. in sie setzte. Sie stellten für ihn vielmehr eine herbe Enttäuschung dar, da sie jeweils einen Lebensweg wählten, der seinen Vorstellungen völlig entgegengesetzt war. Er distanzierte sich deshalb von ihnen, und der Bruch der persönlichen Beziehungen wurde in den folgenden Jahren nur teilweise und oberflächlich überwunden. Auch die Beziehung zu seinen Geschwistern blieb gespannt. Lang schwelende

Meinungsverschiedenheiten konnten nicht beigelegt werden, da nach Angaben der Ehefrau alle Geschwister äußerst eigensinnig gewesen seien. Alle Geschwister verstarben, weniger als sechzig Jahre alt, an den Folgen chronisch verlaufender Erkrankungen; eine Versöhnung war nicht zustande gekommen.

Betrachtet man die Lebensgeschichte von Herrn T., so fällt auf, daß er bei wesentlichen Lebensentscheidungen nicht das tat, was er eigentlich wollte. Von klein auf erfüllte er Erwartungen, die andere in ihn setzten, ohne sich dagegen abzugrenzen. Lange Zeit erhielt er dafür Bestätigung, z.B. durch seine Ehefrau oder seine Arbeitskollegen. Er selbst blieb unzufrieden, versuchte vergeblich durch Änderungen seiner Lebenssituation sein Lebensgefühl zu verbessern. Seine eigene Familie war ähnlich aufgebaut, auch hier galt es, den gesetzten Erwartungen zu entsprechen und dadurch Bestätigung zu erhalten. Die Beziehung zu seiner Ehefrau war von einer wechselseitigen Abhängigkeit gekennzeichnet: Sie gab Fürsorge, er den sozialen Status. Sie stand an seiner Seite, forderte ihn aber nicht, wo er sich entzog. Gefühle hatten dabei keinen Platz, am wichtigsten war die gesellschaftliche Anerkennung. Herr T. war immer von vielen Menschen umgeben, innerlich aber blieb er einsam. Er konnte keine Gruppen um sich aufbauen, in denen tiefergehende Begegnungen und Auseinandersetzungen möglich gewesen wären. Seine Familie zerbrach endgültig, als seine Kinder ihn in Frage stellten. Seine Erkrankung begann, als er durch die anstehende Pensionierung auch noch die berufliche Wertschätzung verlor, und sich dadurch die Beziehung zu seiner Ehefrau veränderte.

Behandlungsverlauf

In seiner anrührenden Hilflosigkeit erweckte Herr T. Mitleid, und bei Aufnahme in unsere Klinik wurde er von seinen Mitpatienten, die meist deutlich jünger waren als er, freundlich aufgenommen. Unmittelbar in den Tagen nach der Aufnahme konnte beobachtet werden, wie er entspannt unter ihnen saß und sie für ihn musizierten. Durch die Zuwendung, die er erhielt, wurde Herr T. wacher, sein Schlafbedürfnis ließ nach, er nahm mehr Anteil an seiner Umgebung. Es stellte sich in den ersten Wochen heraus, daß er mit vielen Menschen zusammen war, ohne daß zu irgendjemandem eine persönliche Beziehung entstand. Von der therapeutischen Kontrollgruppe wurde ihm zuerst kein eigener Psychotherapeut zugewiesen, da er eh nicht mehr sprechen könne, vielmehr wurde die Internistin beauftragt, bei der Behandlung seiner körperlichen Begleiterkrankungen freundliche Gespräche mit ihm zu führen. Erleichtert wurde seine geringe, über die Grundpflege nicht hinausgehende Bedürftigkeit verzeichnet, doch manche seiner Mitpatienten erfüllte die ihm besonders zuteil werdende Zuwendung beim Anziehen, Waschen, Füttern und Betten mit Eifersucht.

Nach einer fiebrigen Bronchitis trat Herr T. mit seiner Person mehr in Erscheinung. Durch diese Erkrankung wurde deutlich, daß gerade er einen

Psychotherapeuten benötigte, der ihm half, sein Erleben zu integrieren und in Sprache zu fassen. Seinem Einzeltherapeuten gegenüber klagte er immer wieder: »Ich bin kaputt«, er wirkte aufgewühlt und wütend. Im Zusammensein mit seiner milieutherapeutischen Gruppe, die im Garten an einem selbstgewählten Projekt einer Sitzbank arbeitete, äußerte er sich stets wiederholend: »Ich muß nach Hause«, als ob dort eine Aufgabe auf ihn warte, dann verfiel er in Resignation: »Ich kann nicht, ich kann nicht« und rief hilfeschend nach seiner Frau. Ließ die Gruppe ihn nicht weglaufen, schimpfte er laut vor sich hin, gleichzeitig wurde seine Verzweiflung angesichts seiner von ihm wohl wahrgenommenen Hilfslosigkeit spürbar. In den Gruppen, an denen Herr T. teilnahm, tat er nun mit seiner eigenen Eifersucht in Erscheinung. Durch störende, nicht abgrenzbare Verhaltensweisen entsprechend den Symptomen der Demenz wie unruhiges Umherlaufen, lautes anhaltendes Klatschen der Hände oder rhythmisches Sprechen einzelner Silben, zog er die ganze Aufmerksamkeit auf sich; dann mußte er vorübergehend aus der Gruppe entfernt werden. War es dann doch gelungen, die Gruppe zu schließen, entspannte er sich und war in das Gruppengeschehen eingebunden.

Die tägliche Pflege gestaltete sich im folgenden schwieriger als zuvor, da Herr T. sich oft abwehrend und kränkend verhielt. Er beschmierte sich mit Kot oder griff einer der Krankenschwester wiederholt an die Brust. Immer häufiger wurde es vor allem von den Krankenschwestern, die sich mit großem Einsatz um ihn bemühten, als überfordert erlebt, Herrn T. zu pflegen. Ärger wurde geäußert. Man wollte ihn loshaben. Als eine Gruppe von Mitpatienten, zu denen Herr T. einen freundlichen Kontakt hatte, anbot, seine Pflege teilweise zu übernehmen und ihn abends zu Bett zu bringen, wurde dieser Vorschlag jedoch abgelehnt, da es dem alten Herrn T. nicht zuzumuten zu sei, von Mitpatienten oder Mitpatientinnen nackt gesehen zu werden. Die mögliche Lösung aus der Abhängigkeit zu den versorgenden, mütterlichen Krankenschwestern, die ihn genauso wütend machte wie diese selbst, kam so nicht zustande. Herr T. vermittelte den ihn betreuenden Personen das Gefühl, an ihm zu scheitern und ihm nicht helfen zu können. Sein Einzeltherapeut fühlte sich von seinen Kollegen alleingelassen, mied vorübergehend den Kontakt zu Herrn T., ohne seine Gefühle mitteilen zu können. Bei der Fallkonferenz, die alle mit seiner Behandlung befaßten Therapeuten zusammenführen sollte, um ein tieferes Verständnis seiner Person zu gewinnen, spiegelte sich die Verlassenheit des Patienten wider: Die Gruppe seiner Therapeuten kam nicht vollständig zusammen. Als eine seiner Helferinnen wenig später die Klinik verließ, äußerte Herr T., er müsse sterben. Abschied, so schien er uns mitteilen zu wollen, ist für mich lebensbedrohlich, Veränderung und Trennung bedeuten für mich den Tod.

Begleitend zur stationären Behandlung von Herrn T. luden wir seine nächsten Angehörigen zu Gesprächen in unsere Klinik, um ihnen Gelegenheit zu geben, ihre eigenen Gefühle angesichts der schweren Er-

krankung von Herrn T. zu erleben und sich innerlich von ihm zu trennen. Auch wenn sie unsere bereits vor der Aufnahme geäußerte Einschätzung, wegen der Schwere des Krankheitsbildes könne es nur um eine Verbesserung der Lebensqualität gehen, zu teilen schienen, war die unausgesprochene Erwartung zu spüren, wir sollten Herrn T. gesund machen, ihm die Selbständigkeit und die Sprache wiedergeben. Die Angehörigen, die ansonsten nur einen distanzierten Umgang miteinander hatten, erschienen bereitwillig, geeint durch die Betroffenheit über den Persönlichkeitszerfall von Herrn T. Besonders einig war man sich darin, daß man ihm die bestmögliche Betreuung verschaffen müsse.

Als wir die Einsamkeit von Herrn T. und seiner Frau ansprachen, setzte eine zwischen seinen Kindern scharf ausgetragene Eifersuchtsdynamik ein, deren Thema war, wer von ihnen am besten für die Bedürfnisse des Vaters sorgen können. Ein Verständnis seiner Person kam dadurch nicht zustande, es wurde dadurch geradezu verhindert, daß über die Beziehungen der einzelnen Familienmitglieder zu ihm und über die Erwartungen und Enttäuschungen aus dem gemeinsamen Leben mit ihm und miteinander in der Familie gesprochen werden konnte. Wie früher im gemeinsamen Zusammenleben der Familie wurden auch jetzt Gefühle nicht ausgesprochen, sondern ausagiert; dabei blieb erneut jeder für sich allein. Schließlich war es der Sohn, der der Familientradition entsprechend wie Herr T. selbst Jurist geworden war, inzwischen aber einen künstlerischen Beruf ausübte, der die gemeinsamen Gespräche der Angehörigen abbrach. Frau T., die bislang im Hintergrund bleibend insgeheim die Heimunterbringung befürwortet hatte, lehnte jetzt den von uns gemachten Vorschlag der Betreuung in der gemeinsamen Wohnung durch außenstehende Helfer und Helferinnen ab, da sie – wie sie offenherzig erklärte – ihre Eifersucht angesichts der erotisierenden Beziehungsaufnahme Herrn T. s. zu den jungen Helferinnen nicht in Kauf nehmen wolle.

Nachdem in den Angehörigengesprächen eine Begegnung der Familienmitglieder nicht zustande gekommen und damit ein echtes Auseinandergehen am Lebensende von Herrn T. verunmöglicht worden war, erkrankte Herr T. an einer Lungenentzündung, mußte in ein internistisches Krankenhaus verlegt werden und schwebte über mehrere Tage in Lebensgefahr. Er befand sich danach noch für einige Wochen in unserer stationären Behandlung, blieb jedoch in sich zurückgezogen. Schließlich wurde er in ein Pflegeheim entlassen, das seine Ehefrau an ihrem letzten gemeinsamen Wohnort für ihn ausgesucht hatte.

Überblickt man den Behandlungsverlauf von Herrn T., so fällt auf, daß es auch in der Klinik wie bereits in seinem Leben nicht gelang, tragende Gruppen um ihn aufzubauen. Sowohl bei den Patienten wie bei den Therapeuten war nur eine oberflächliche, anfängliche Integration möglich, die jedoch zerbrach, sobald wesentliche Bedürfnisse nach Eigenständigkeit und Abgrenzung und die damit verbundenen Gefühle von Angst und Wut anklangen. Wie in der Lebensgeschichte zu seiner Ehefrau stellte sich in der

Klinik eine intensive Abhängigkeitsbeziehung – dieses Mal zu mehreren mütterlichen Personen – her, die andere Beziehungen immer wieder auszuschließen drohte und die nicht in einer Gruppe aufgelöst werden konnte. Auch bei den Angehörigengesprächen gelang es nicht, die Abhängigkeitsbeziehung von Herrn T. zu seiner Ehefrau zu lösen und sie beide aus ihrer Einsamkeit zu führen. Es entstand vielmehr eine starke Eifersucht um ihn, die die Gruppe sprengte, so daß Herr T. erneut unverstanden blieb und seine Gefühle wie so oft in seinem Leben durch eine Erkrankung ausdrücken mußte. Damit wiederholte sich in der Klinik eine Psychodynamik, die auch das Leben von Herrn T. bestimmt und eingeengt hat.

Zusammenfassung

Folgende Punkte scheinen mir besonders wesentlich, um die Psychodynamik von Herrn T., wie sie seine Lebensgeschichte und den Behandlungsverlauf kennzeichnet, zu beschreiben:

1. Die Vermeidung von Identität:

Durch das ganze Leben von Herrn T. zieht sich die Vermeidung von Identität. Immer wieder, wenn Eigenständigkeit und Wesenhaftigkeit von ihm gefordert war, die ihn auch in Gegensatz zu anderen Menschen hätte bringen können, z.B. bei seiner Berufswahl, paßte er sich den von außen an ihn gestellten Erwartungen an. Ein eigener Standpunkt, den Herr T. in den Beziehungen, in denen er lebte, entsprechend seinen Bedürfnissen oder Erfahrungen mit entsprechender Emotionalität vertreten hätte, wurde nicht erkennbar; er reagierte vielmehr mit Krankheit oder Rückzug, wenn Identität von ihm gefordert war, wie z.B. bei seinen beruflichen Versetzungen oder im Alter an seinem Lebensende. In der stationären Behandlung war es nicht möglich, zu ihm in den Lebensbereichen, in denen er sich verwirklicht hatte, in Beziehung zu treten, nämlich als Jurist, Ehemann und Familienvater, sondern bedingt durch die Erkrankung an seinem Lebensende erschien er ausschließlich als hilfloser und auf andere Menschen angewiesener Greis, als hätten diese anderen Seiten seiner Person nie Bestand gehabt. Die Annahme, daß wie bei anderen psychiatrischen Krankheiten auch bei der Alzheimer-Demenz der Störung der Identität (*Ammon 1982*) wesentliche Bedeutung zukommt, gewinnt dadurch an Wahrscheinlichkeit.

2. Das Leben in Abhängigkeitsbeziehungen:

Die unbewußten Abhängigkeitsbedürfnisse von Herrn T. ließen seine Ehefrau zur bestimmenden Person seines Lebens werden. Sie regulierte für ihn das Ausmaß seiner Beziehungen zu anderen Menschen und seinen Zugang zu Gruppen, wobei ihr besonders bei den identitätsfordernden Situationen des Übergangs und der Veränderung große Bedeutung zukam. In der stationären Behandlung wurde diese Regulationsfunktion von Krankenschwestern und anderen weiblichen Bezugspersonen übernommen; Herr T. von ihnen zu trennen und ihn wirklich in die Gruppe seiner

Mitpatienten zu integrieren, gelang nur kurzzeitig und war letztendlich genauso unmöglich, wie es gewesen war die Abhängigkeitsbeziehung zu seiner Ehefrau zu lockern. Unsere Beobachtungen bestätigen damit Untersuchungen (*Bauer et al. 1994a, b*) über die selbstunsichere und abhängigkeitsbedürftige Primärpersönlichkeit von Alzheimer-Patienten. Die Alzheimer-Demenz stellt m.E. einen Versuch dar, die Beziehung zur dominanten Bezugsperson aufrechtzuerhalten.

3. Die Gruppenangst:

In den Gruppen, in denen Herr T. lebte, fiel er durch besondere Leistungen auf wie in der Kindheitsfamilie, beim Militär und im Beruf, ohne dabei als Mensch spürbar zu werden. Zu Auseinandersetzungen in Gruppen war er kaum fähig, er versuchte vielmehr Spannungen autoritär zu lösen, bzw. wenn das nicht möglich war, brach er den Kontakt ab wie z.B. seinen Kindern gegenüber. Auch während der stationären Behandlung war Herr T. nur oberflächlich in die ihn umgebenden Gruppen integriert, gerade bei ihm emotional belastenden Prozessen, wo er Menschen am meisten gebraucht hätten, sprengte er unbewußt seine Gruppen. Er wurde dadurch zum Außenseiter, für den nur Einzelbeziehungen blieben, in denen er versorgt, aber nicht gefordert werden konnte. Die Tatsache, daß viele Alzheimer-Patienten bis auf einen pflegenden Angehörigen völlig vereinsamt sind, ist m.E. auf eine unbewußte und ausagierte Gruppenangst zurückzuführen.

4. Die Abwehr von Gefühlen:

Herr T. fand in seinem Leben kaum Zugang zu seinen Gefühlen, was sich am deutlichsten im Umgang mit seinen Kindern zeigte, denen eigene Gefühle zu äußern verboten war. Er selbst war nicht in der Lage, seinen Mitmenschen Angst, Wut oder Trauer im Gesprächskontakt mitzuteilen, genausowenig vermochte er sich wirklich zu freuen. Er versuchte vielmehr, durch Handeln und Rationalisieren eigene Gefühle abzuwehren, oder er zeigte sich gekränkt bis zum anhaltenden Kontaktabbruch, wenn er enttäuscht war. Auffallenderweise ging durch die Alzheimer-Demenz gerade die Abwehr seiner Gefühle verloren, und er wurde, wie es sich während der stationären Behandlung zeigte, eigenen und fremden Gefühlen gegenüber sehr offen, ohne jedoch in der Lage zu sein, sie zu steuern. Die vielfach beschriebene Abwehr eigener Gefühle in Gruppen von Angehörigen von Alzheimer-Patienten möchte ich in diesem Zusammenhang als Widerspiegelung der Gefühlsabwehr des Erkrankten bzw. seiner Angst vor überflutenden Gefühlen verstehen.

5. Das Mitagieren der umgebenden Gruppe:

Durch das ganze Leben von Herrn T. zieht sich, daß er von der Kindheit über Beruf und Familie bis ins Alter von den Gruppen, in denen er lebte, nicht gefordert wurde, sich zu verändern und zu entwickeln: Er wurde in seiner Identitätsvermeidung ebenso belassen wie in seiner Gruppenangst oder in seinen Abhängigkeitsbeziehungen, so daß anzunehmen ist, daß er gerade wegen dieser Eigenschaften von den anderen

Gruppenmitgliedern gebraucht wurde, um deren eigene unsichere Persönlichkeit zu stabilisieren. Diese Gruppendynamik um ihn wiederholte sich während der stationären Behandlung, wo ihn die Krankenschwestern nicht aus der Pflegebedürftigkeit entlassen konnten. Besonders anschaulich war sie auch in der Gruppe seiner Angehörigen zu sehen, von denen trotz der schweren Erkrankung von Herrn T. keiner bereit war, seine eigene Lebensweise in Frage zu stellen. Die Alzheimer-Demenz von Herrn T. steht damit auch in Beziehung zur Dynamik in der ihn umgebenden Gruppe, welche schon längere Zeit vor Ausbruch der Erkrankung als gestört anzusehen ist. Daß der Gesundheitszustand von Alzheimer-Patienten sich stabilisierte, wenn in Angehörigengruppen gewohnte Lebenseinengungen überwunden werden konnten (*Schmidt, Keynes* 1985), erscheint mir damit ebenso verständlich wie die Wirksamkeit der Gruppenpsychotherapie mit dementen Patienten, da damit jeweils Gruppendynamiken verändert werden.

6. Sozialenergetisches Defizit:

Die Beschreibung der Psychodynamik und Gruppendynamik der Alzheimerschen Erkrankung bei Herrn T. läßt sich mit dem Humanstrukturmodell *Ammons* (1979) und seinen Energieverständnis (*Ammon* 1982) unter energetischen und strukturellen Gesichtspunkten dahingehend zusammenfassen, daß seine Persönlichkeitsstruktur erhebliche Defizite aufwies und daß die Gruppendynamik um ihn als sozialenergetisch defizitär anzusehen war. Da anzunehmen ist, daß die Sozialenergie auch auf die Ausgestaltung neurophysiologischer Strukturen wirkt, könnten die vielfach beschriebenen neurophysiologischen Veränderungen der Alzheimer-Demenz als Ausdruck eines Mangels an konstruktiver Sozialenergie verstanden werden, welcher sich durch seine lange Dauer schädigend auf die Struktur des Gehirns ausgewirkt hat.

Ausblick

Um die Alzheimer-Demenz, deren Bedeutung durch die steigende Zahl der Erkrankten weiter zunimmt, besser verstehen und den betroffenen Patienten wirkungsvoller helfen zu können, scheint es mir sinnvoll zu sein, die Psychologie der Erkrankung weiter zu untersuchen. Es entsteht der Eindruck, als ob durch die Alzheimer-Demenz wesentliche unbewußte Anliegen im Leben des Patienten, die bis dahin ungelöst geblieben sind, wie z.B. die Identitätsentwicklung in der Gruppe, aktualisiert und unter Verzicht auf die Kontrolle des rationalen Bewußtseins erneut dargestellt werden. Dem Persönlichkeitszerfall am Lebensende scheint aber auch die Gesagten auf den ersten Blick widersprechende Bedeutung zuzukommen, daß dadurch dem Kranken eine bewußte Auseinandersetzung mit dem eigenen Sterben unmöglich wird. Eine Forschung, die die einseitig naturwissenschaftliche Ausrichtung verläßt und das Unbewußte der Patienten, ihre Persönlichkeitsstruktur und die sie umgebende Gruppendynamik mit

einbezieht, kann zu diesen Fragen Aufschluß geben. Sie vermag dann vielleicht auch das mit der Diagnose einer Alzheimer-Demenz aufkommende Gefühl der Hoffnungslosigkeit bei dem Patienten und seinen Angehörigen zu überwinden.

Psychodynamic and Groupdynamic Aspects in a Case of Alzheimer's Disease

Bernhard Richarz (Munich)

Dramatically, Alzheimer's disease changes the patients' life style. They lose their independence, get unable to communicate with other people and increasingly need help in everyday's life. The well-known degenerative processes of the brain do not sufficiently explain the aetiology of the disease and its further course.

Rothschild in 1937 was one of the first who supposed that some factors in the patients' personality must be added. Recently, *Bauer et al.* (1994) reported that the personalities of ten patients suffering from Alzheimer's disease they had explored, showed remarkable characteristics before they became ill. They found that even in healthy days the patients had no self-reliance and lived in an extreme dependency from their dominant spouses.

The author presents the casuistic study of a patient with severe Alzheimer's disease, who has been treated in the Dynamic-Psychiatric Hospital Mengerschwaike for five months, in its psychodynamic and groupdynamic aspects. In his observations he starts from the assumption that groupdynamics arising around a person help to understand the unconscious structure of personality. He uses the remarks of the patient, statements on his biography given by his relatives, observations in the milieu-therapeutic field of the hospital, mirror phenomena within the therapeutic team group and countertransferences of his therapists. The findings are discussed in relation to the dynamic-psychiatric understanding of illness as it is described by *Ammon and Burbiel* (1992).

The 78-year-old patient, showed first symptoms of Alzheimer's disease when he retired from his profession as a government official. At the beginning of his treatment in the Dynamic-Psychiatric Hospital, 15 years later, he was disorientated, had lost his mind and could not speak because of aphasia. In his helplessness, not knowing what to do, he asked again and again for his wife from whom he was completely dependent. He had to be washed, dressed and fed. Common rating scales confirmed the clinical impression of a severe disease.

Looking at his biography, it is obvious that very often during his life he did what other people wanted him to do. For instance, in the choice of profession he gave in to his father and studied law, although he would have preferred to become a medical doctor or an actor. Later, his wife thought her task was to support his career. He did not like his job, but he tried to

do his best and for a long time he got respected. Each time when he was promoted, he suddenly disappeared for some days without anyone knowing where he was. He himself remained unhappy, but there was no one whom he could speak with.

Neither in his work nor in his family, the patient could surround himself with groups which are open for needs and emotions. His wife was a motherly person, but it was not possible to live sexuality with her. She cared for him devoting herself and did not challenge him whenever he escaped. They had two children. The patient was jealous of the relation between his wife and their first child, but they did not speak about these feelings and had a second child who further on was called father's child. Without verbalizing his ideas, he expected to be recognized by his children in his own right, his doings and his values. As they did not fulfill his unexpressed wishes, he was severely disappointed, and broke off relations with them. The children were punished whenever they showed their emotions.

For years, he had no affinity to his brothers and sisters. Since their childhood their relationship was full of tensions, as the patient was the only one to visit a university. Although the patient had been dealing with many people in his family or at his work, he inwardly was lonesome having no admission to his emotions and had a constant feeling of dissatisfaction.

In many points, groupdynamics arising around the patient in the milieutherapeutic field of the Dynamic-Psychiatric Hospital Menter-schwaige were similar to the dynamics of his biography. As in former days, when he was dependent on his wife, he was now related to nurses who organized his everyday life. Unconsciously acting within his dynamics, they prevented him becoming part of a patients' group. Again, he was together with many people without being in a direct contact. Thus, he was again lonely.

His resignation was so strong that it happened very often that the therapeutic team got stuck in countertransference. In several therapeutic meetings with his wife and his children it became obvious that through their own unconscious fear of death they wanted him dependent and in need of help.

In the milieutherapeutic field of the hospital, it could also be seen what the patient had missed during his life: arguing about his needs, call for identity, eroticism especially towards women. When this happened, however, he blossomed.

Summing up the casuistic study the following statements can be made:

1. In the end of a person's life, Alzheimer's disease actualizes an important unconscious unsolved lifelong task. Now he tries to master it by the renunciation of consciously controlled behaviour.
2. The disease is linked with an impaired identity that can be attributed to serious unconscious anxiety and which also conditioned the life preceding the disease in adjustment, self-abandonment and dependency.

3. The disease rises out of groupdynamics that have been disturbed for a long time as the groups the patient lived in were not capable to regulate and tolerate needs and emotions.
4. There are striking features in the unconscious personality structure of the patient which can be correlated to the human functions, such as aggression, anxiety, demarcation, narcissism, sexuality, and identity, and which can bridge the gap between the brain alterations and behaviour changes.
5. The multiple findings on the levels of brain functions, personality and behaviour can be integrated into a holistic understanding of the disease according to *Ammon's* concept of humanstructurology with its unconscious central human functions, its primary biological and physiological human functions and its secondary human functions of abilities and capabilities.
6. The reduction of structure and the loss of brain functioning can be related to constantly disturbed fields of interpersonal communication, i.e. a lack of constructive social energy.

The view of psychodynamic and groupdynamic aspects in the aetiology of Alzheimer's disease opens up new ways of its treatment; they should consist in intensivepsychotherapy and in building up constructive socialenergetic fields; they could be particularly useful in the early stages of the disease.

Literatur

- Ammon, G.* (1979): Entwurf eines Dynamisch-Psychiatrischen Ich-Struktur-Konzeptes. In: *Ammon, G.* (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Band 1. (München: Ernst Reinhardt)
- (1982): Das sozialenergetische Prinzip in der Dynamischen Psychiatrie. In: *Ammon, G.* (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Band 2. (München: Ernst Reinhardt)
- Ammon, G.; Burbiel, I.* (1992): Grundzüge der klinischen Humanstrukturellen Psychotherapie. In: *Dyn. Psychiat.* (25) 1-22
- Aronson, M.K.; Levin, G.; Lipkowitz, R.* (1984): A community based family/Patient group programm for Alzheimer's Disease. In: *Gerontologist* (24) 339-342
- Bauer, J.; Bauer, H.; Teising, M.* (1994a): Psychosomatische Aspekte der Alzheimer-Demenz. In: *Hirsch, R.* (Hrsg.): Psychotherapie bei Demenzen. (Darmstadt: Steinkopff)
- Bauer, J.; Qualmann, J.; Bauer, H.* (1994b): Psychosomatische Aspekte bei der Alzheimer-Demenz und bei vaskulären Demenzformen. In: *Heuft, G.; Kruse, A.; Nenen, H.G.; Radebold, H.* (Hrsg.): Interdisziplinäre Gerontopsychosomatik. (Braunschweig/Wiesbaden: Vieweg MMV-Medizin)
- Bråne, G.* (1986): Normal Aging and dementia disorders - Coping and Crisis in the Family. In: *Progr. Neuro-Psychopharmacol. Biol. Psychiat.* (10) 287-295
- Chenoweth, B.; Spencer, B.* (1986): Dementia: The Experience of Family Caregivers. In: *Gerontologist* (26) 267-272
- Cotrell, V.; Schulz, R.* (1993): The Perspective of the Patient with Alzheimer's Disease: A Neglected Dimension of Dementia Research. In: *Gerontologist* (33) 205-211
- Goldstein, M.Z.* (1990): The Role of Mutual Support Groups and Family Therapy for Caregivers of Demented Elderly. In: *Geriatric Psychiatry* (23) 117-128
- Gwyther, L.P.; Blazer, D.G.* (1984): Family Therapy and the Dementia Patient. In: *American Family Physician* (29) 149-156
- Haupt, M.; Kurz, A.* (1990): Alzheimersche Krankheit: Erleben, Empfinden und Reaktionsformen der Kranken. In: *Zschr. Gerontol.* (23) 211-213

- Hepburn, K.; Waswa, M.* (1986): Support groups for family caregivers of dementia victims: question, directions and research. The elderly and chronic mental illness new directions for mental health services. (San Francisco: Jossey Bass)
- Kurz, A.; Feldmann, R.; Müllers-Stein, M.; Rüster, P.; Lauter, H.* (1987): Angehörigengruppen bei der Alzheimerschen Krankheit: erste Erfahrungen und Ergebnisse. In: *Psychiat. Praxis* (14) 203-206
- Lazarus, L. W.; Stafford, B.; Cooper, K.; Cohler, B.; Dysken, M.* (1981): A Pilot Study of an Alzheimer Patients' Relatives Discussion Group. In: *Gerontologist* (21) 353-358
- Rothschild, D.* (1937): Pathologic changes in senile psychoses and their psychobiologic significance. In: *American J. Psychiat.* (93) 757-788
- (1941): The origin of senile psychoses: neuropathologic factors and factors of a more personal nature. In: *Diseases of the Nervous System* (2) 49-54
- Schmidt, G.L.; Keynes, B.* (1985): Group Psychotherapy with Family Caregivers of Demented Patients. In: *Gerontologist* (25) 347-350
- Teusink, J. P.; Mahler, S.* (1984): Helping Families Cope with Alzheimer Disease. In: *Hospital and Community Psychiatry* (35) 152-156
- Wang, H.S.* (1971): Dementia in old age. In: *Wells, C.E. (Ed.): Dementia.* (Philadelphia: F.A. Davis)

Adresse des Autors:
Dr. med. Bernhard Richarz
Orleansstraße 53
D-81667 München

Nationalism and the Protection of Minorities – Group-Dynamic Considerations Concerning the Problems of their Integration**

Helmut Volger (Berlin)*

After the collapse of the bipolar system with its two superpowers USA and USSR, the world community of states is now confronted – particularly in Eastern Europe – with the growing tendency in many multi-ethnic states towards political and cultural autonomy, accompanied by secession and disintegration. A number of ethnic conflicts had been suppressed by the former political system and led to mere adaptation without inner involvement. From the standpoint of group dynamics the ongoing processes can be interpreted as problems of groups without competent leaders and without defined group boundaries. The author suggests a number of measures such as integration of these states into larger group contexts (European Union), protection of minorities supplemented by the UN, redefinition of values in new constitutions and strengthening of the network of grass-root movements within the states and within non-governmental international organisations in different fields.

In autumn 1992 *Boutros Boutros-Ghali*, Secretary-General of the United Nations, warned the nations of the world in dramatic words of an increasing problem that had not played an important role in the almost fifty years since the foundation of the United Nations in 1945: the danger of secession, of disintegration of many states into a large number of small political units (*Boutros-Ghali* 1992).

He spoke of the problem, that the world of now 184 states might split up in about 400 small states being unable to live on their own economic resources. The splitting-up of Yugoslavia could become, said *Ghali*, a negative precedent for other states in the forthcoming decades. The end of the Cold War released many latent conflicts in Eastern Europe and other regions of the world, which had been suppressed so far by authoritarian regimes. *Ghali* saw this imminent danger of disintegration not only in Eastern Europe, but also in Africa.

As the events in Ruanda and Yugoslavia illustrate, the world is experiencing indeed a specific form of nationalism, not any longer referring to the existing nation states, based on up to three or four ethnic majority and minority groups in varying regional distribution within the territory of the state, but referring to the single ethnic community, an »ethno-nationalism«, as *Asbjörn Eide* (1992) has called it. This type of nationalism bases its claim for sovereignty exclusively on ethnic grounds and excludes other ethnic groups.

For the majority of states in the world, being based on several ethnic groups, the pre-dominance of ethno-nationalism would mean their disinte-

* Dr. phil., Head of the Department for History and Political Sciences at the Georg-Büchner-Gymnasium Berlin

** Paper presented at the 10th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry WADP / XXIIIrd International Symposium of the German Academy for Psychoanalysis (DAP), October 25–29, 1994, St. Petersburg/Russia

gration into a number of mini-states without sufficient socioeconomic basis.

From a group-dynamic perspective the states show the picture of groups without central figures and deficient group structures and group cultures, groups being in a state of search, disorientation and anxiety. What is the background of this group-dynamic situation?

In this connection it would be certainly worthwhile to deal with the developments in the Third World as well as with the events in Eastern Europe. In this paper I will restrict myself to the events in Eastern Europe. In Eastern Europe the states are in a dramatic situation of transition: For a long period of time they have been under the influence of regimes of the ruling communist party oligarchies, who had suppressed the communication about social and political problems as well as the discussion of new ideas for the reform of the societies, societies which had been modelled completely after the model of the pre-war Soviet society.

By suppressing almost any significant dialogue between the groups within the societies and by favouring a superficial role behaviour of adaptation without inner involvement, the regimes caused a far-reaching impairment of the group-dynamic network within the states. Being under constant pressure of the political authorities and under the control of the security forces, the social groups became unable to develop a constructive identity, self-confidence and the potential for articulating and demarcating their own ideas and demands in conflicts with other groups and with the political authorities.

Since the ideology of the ruling parties postulated a conflict-free relationship between the different social groups within their society, the groups hesitated to notice any tensions and conflicts within their society and identified themselves more or less with the nation to be part of a large, rather unified and uniform social and political movement in their nation and with the idea to belong to the leading political movement of the world, as their regimes made them believe.

The ruling party regimes in East Europe for their part submitted themselves to a varying extent to the political dominance and control of the Soviet Union, being present with large military units in their countries. Thus they denied any national self-pride and even acted as common police force in the interest of the Soviet Union when intervening with military forces in a member state of the Warsaw pact which challenged the common block discipline by advocating an individual, more liberal version of socialism. In their identification with the powerful leading block nation, the Soviet Union, the power elites of the East European states copied in the international context the group-dynamic situation within their states, a behaviour of adaptation marked by a lack of individual identity and self-confidence.

It goes without saying that these tendencies could be found to a different extent in the states of East Europe: states like Poland and Hungary

offered more resistance to the political and military control of Soviet Union and their societies showed also lesser degrees of repression and adaptation and more signs of independent group life and divergent thinking, as the history of the Solidarnosc in Poland and of the reform politicians in Hungary in the second half of the eighties demonstrate. That is why the deficits in the group cultures in the different East European states are quite different and why the danger of disintegration is quite different in the different states.

The repressive group-dynamic situation made the different groups within the states unable to learn methods and ways of constructive bargaining with the other groups.

Now, after the collapse of the old regimes, the groups have to learn under great efforts the difficult process of bargaining within the democratic system, of getting-along with other groups without repressive control authorities which restrict the extent and style of conflict. They have to learn to develop a conflict culture.

Most of the states have always been multi-ethnic since they were founded at the beginning of this century. But in contrast to the claim of the party regimes that in the states there prevailed a good relationship between the different ethnic groups, the authoritarian regimes simply decreed the harmony and repressed any signs of tension and conflict between the groups.

The old regimes hindered any real dialogue and political bargaining process between the ethnic groups, which makes it understandable, that now we are experiencing some conflicts between ethnic groups in Eastern Europe.

Those conflicts have to be adequately solved and the central governments have to learn their role as fair broker and referee in these conflicts, but we should not overlook the fact that the ethnic conflicts in Eastern Europe are of the same kind and intensity as the ethnic conflicts in Western Europe, in North and Latin America which have developed in the period after the Second World War, such as the Cyprus conflict or the conflicts between the white majority and the coloured people in the USA.

The fact that the ethnic conflicts in Eastern Europe appear to be so dramatic is due to the fact that the central governments in these countries are still in the process of establishing themselves and of learning the rules of self-government. Therefore the trust of the ethnic groups in the governments is still rather small, a fact, that will hopefully change in a few months.

The ethnic groups themselves have to learn that a larger degree of political freedom means also a larger degree of responsibility for the larger community they are part of, otherwise they will destroy their own prospects for the future, when they replace the efforts for common development by ethnic rivalries. That is, they have to develop an own group culture within a larger network of groups with sufficient channels of communication.

The states are also in need of central figures: They need democratic personalities who can inspire the people with some hope and provide them with orientation without becoming authoritarian again.

This is a difficult and problematic phase of transition, and we should not make the mistake to judge the events in Eastern Europe with Western standards: They are in the situation we have been in during the fifties, when we in the Federal Republic of Germany had a rather authoritarian »chancellor regime« of *Konrad Adenauer*. A certain degree of authoritarian behaviour – as demonstrated by *Jelzin* or other statesman in Eastern Europe – makes sense at the moment, as long as it serves democratic reform measures within the states.

In the international context as well as with regard to the difficult socio-economic and political situation within the Eastern European countries a certain degree of nationalism is inevitable and even constructive. On the one hand the nations have to learn to develop an own national confidence after the long period of suppression by a leading block power, before they are able and ready to integrate into larger European organisations.

The same process took place in Western Europe after the Second World War: only after a period of proud and self-confident French and British power politics both nations were ready to integrate into the European Community.

And within the nations nationalism has to serve for a certain period as means of identification and integration of a complex pattern of social groups which are still searching for common goals, ways of communicating and bargaining in social and political terms.

Therefore nationalism seems to fulfill at the moment a certain constructive function, as long as it remains a moderate type of nationalism, open to international co-operation on the one hand and open to all groups within society on the other hand.

The problem lies within the extreme and discriminating type of nationalism which excludes certain ethnic or social groups and tends to increase political tensions with the neighbour countries. This type of nationalism is harmful and should be criticized by the institutions of international politics such as the United Nations.

Nationalism is at present the correlate of the difficult state of transition in Eastern Europe, but its destructive form can endanger the whole process of reform and international cooperation within this region and within Europe.

What kind of measures can be recommended to decrease the disintegrating tendencies and to further constructive group-dynamic developments:

1. To integrate as quickly as possible the East European states into larger political, military and economic organisations within Europe. This step will in the first place give them more economic means to improve the economic situation which is the basic element of the socio-psychological atmosphere in the states: When the economy improves, people will invest

more hope and trust in society and restrict their understandable egoistic strive for material gains. It will also decrease the pressure on the borders of the states by its ethnic groups who strive for unification with ethnic groups of the same background in other states. In a larger European context they can intensify their contacts without giving it a formal political structure of statehood. The European institutions are also in a better position to play the referee in ethnic conflicts within and between the states, if all conflict parties are members of this organisation.

2. An effective international legal system of the protection of minorities with law courts, rapporteurs and public hearings might help to lessen the conflicts between the different groups within the states.

3. The states need to re-define their own goals and values: The old values of the communist regimes, often being bogey values, are gone, new sets of values are needed. This is also true for the West: The old ideals are worn out, they do not reflect sufficiently the problems and structures of today, are not followed any longer by the majority of the people in the Western societies.

All countries must develop humanistic values of a truly international kind, comprising solidarity with the socially weak, global thinking, ecological thinking and a large amount of tolerance and patience. This is a common task for all societies and the groups making them up.

This re-definition can only be achieved from the bottom, the grass roots, by group initiatives within the states, civic action groups of all kinds and persuasions. They have to take care, that humanistic values are written down in the constitutions of the states and practised in the everyday political routine of the political authorities.

In the international context this task can be organized and supported by the international non-governmental organisations within the system of the United Nations.

The Conference on Ecology and Development in Rio 1992 and the World Conference on Human Rights 1993 as well as the World Conference on Population Problems have shown the significance and influence of these non-governmental organisations, which are basically the indispensable group network of the world for the communication of global problems (cf. *Volger* 1988).

To sum up, integration within Eastern European states means in the first place the learning process of a conflict culture and of method of integration by bargaining. And it means the effective protection of minority groups.

It means for the Western nations to encourage and to support politicians in Eastern Europe who are able to take over responsibility for their states in a regional and international context and who are accepted as reliable identification figures by their own citizens. It means the integration of the nation states within larger political units of Europe like the European community in order to give the problems another dimension and to increase the means for help.

Without underestimating the efforts of the East European states to solve their social and political problems, it has to be underlined that only an effective international help can bring these nations in a position, where the socioeconomic situation makes the efforts for integration meaningful and acceptable for its citizens.

The citizens on the other hand will improve the prospects for their own future and that of their country if they learn to organize in grass roots movements and to develop international contracts through international non-governmental organisations. They provide them with information and support and show the »new nations« that the societies elsewhere in the world suffer from similar problems and that people in the other nations are also striving to solve them. This might help them to find a place within the group network of their own society and even in the »global« group network of the world community.

Nationalismus und der Schutz von Minderheiten – Gruppendynamische Betrachtungen zum Problem ihrer Integration

Helmut Volger (Berlin)

Im Herbst 1992 warnte der UNO-Generalsekretär *Boutros Boutros-Ghali* die Welt vor einem wachsenden Problem, das nach dem Zusammenbruch der Blöcke USA/UdSSR und deren Paktstaaten entstanden ist: der Gefahr der Desintegration und des Zerfalls vieler Staaten in eine Anzahl kleiner politischer Einheiten. Die jetzt existierenden 184 Staaten der Welt drohen in ca. 400 kleinere politische Einheiten zu zerfallen, deren Anspruch auf Souveränität ausschließlich ethnisch begründet ist, wobei eine ethnische Gruppe andere ethnische Gruppen ausschließt (Ethno-Nationalismus nach *Asbjörn Eide*). Außerdem fehlen diesen politischen Neubildungen jegliche ökonomische Ressourcen. Einen »negativen Präzedenzfall« stellt Jugoslawien dar, aber auch in afrikanischen Staaten droht diese Gefahr der Desintegration.

Vom gruppensdynamischen Standpunkt bieten die Staaten das Bild einer Gruppe ohne Leiter, ohne definierte Gruppengrenzen sowie defizitäre Gruppenstrukturen. Sie befinden sich in einem Zustand der Suche, der Desorientierung und der Angst.

Die östlichen Staaten (auf die sich der Autor beschränkt, wenngleich er auf eine ähnliche Problematik in Afrika hinweist) befinden sich in einem Stadium des Überganges. Vor der politischen Wende standen sie unter dem totalitären Einfluß der kommunistischen Oligarchie, welche Diskussionen über soziale und politische Probleme ebenso unterdrückt hatte wie Reformpläne. Die Staaten reagierten mit Anpassung ohne innere Beteiligung. Damit wurden konstruktive Identität, Stolz, Selbstbewußtsein und Abgrenzungsfähigkeit nicht entwickelt. Jegliches gruppensdynamisches

Netzwerk war zerstört. Dabei paßten sich die Parteiregime der verschiedenen östlichen Staaten in unterschiedlichem Ausmaß der politischen Kontrolle der Sowjetunion an. Polen und Ungarn etwa boten mehr Widerstand, und ihre Gesellschaft zeigte weniger Repression und Anpassung und mehr Anzeichen unabhängigen Gruppenlebens und divergierenden Denkens.

Die Aufgabe heute heißt, eine Streit- und Konfliktkultur zu entwickeln mit echtem Dialog und politischer Auseinandersetzung sowie mehr Verantwortung. Die Staaten benötigen eine neue eigene Gruppenkultur und zentrale Leitfiguren, demokratische Persönlichkeiten, die Hoffnung vermitteln können. Dazu müssen sie Vertrauen in ihre Nation entwickeln, wobei ein moderater Nationalismus als Mittel der Identifikation und der Integration und als Öffnung zur internationalen Zusammenarbeit wirken sollte.

Folgende Maßnahmen werden vorgeschlagen:

1. Die osteuropäischen Staaten sollten so schnell wie möglich in größere politische, ökonomische und militärische Organisationen integriert werden. Dies würde auch die ökonomischen Bedingungen verbessern, was den Menschen wiederum Hoffnung und Vertrauen gäbe. Die Konflikte zwischen ethnischen Gruppen würden entschärft werden.

2. Ein effektives internationales System zum Schutze von Minoritäten mit Gerichtshöfen, Vermittlern und öffentlichen Anhörungen sollte geschaffen werden.

3. Es müßte eine Neudefinition von Zielen und Werten erfolgen (wobei auch die westlichen Staaten gefordert sind, im Zeichen der Wende alte Anschauungen über Bord zu werfen). Alle Länder zusammen müßten humanistische Werte, Solidarität mit sozial Schwächeren, globales und ökologisches Denken, Toleranz und Geduld entwickeln.

4. Diese Neubesinnung müßte »von unten« kommen durch Gruppeninitiativen innerhalb der Gesellschaft, zivile Aktionsgruppen verschiedener Art u.ä.

Humanistische Werte sollten in den Verfassungen verankert werden. International könnte die UNO solche Aufgaben unterstützen in überstaatlichen Organisationen, die als unerläßliches Netzwerk für globale Probleme arbeiten sollten.

References

- Eide, A.* (1992): Protection of Minorities. Possible ways and means of facilitating the peaceful and constructive solution of problems involving minorities. Second Progress Report submitted by Mr. Asbjörn Eide to the Commission on Human Rights, Subcommittee on Prevention of Discrimination and Protection of Minorities, Forty-Fourth Session, Item 18 of the Provisional Agenda, 1. July 1992, NN Doc. E/CN.4/Sub.2/1992/37
- Volger, H.* (1988): Paradigmenwechsel in der internationalen Politik: Die Rolle der UNO im Gruppengeflecht internationaler Beziehungen. In: *Dyn. Pschiat.* (21) 464–479
- (1994a): Reform des Minderheitenschutzes in den Vereinten Nationen. In: *Hüfner, K.* (Hrsg.): Die Reform der Vereinten Nationen (Opladen: Leske + Budrich)

- (1994b): Gesellschaftliche Prozesse und Ideologiebildung. In: Dyn. Psychiat. (27) 266–278
- (1994c): Die Vereinten Nationen (München/Wien: Oldenbourg)
- (1995): Die vergessenen Völker. In: Blätter für deutsche und internationale Politik (40) 1358–1366

Address of the author:

Dr. phil. Helmut Volger
Ludwigkirchstraße 2
D-10719 Berlin

Buchbesprechungen / Book Reviews

Pietro Castelnuovo-Tedesco

Dynamic Psychiatry. Explorations in Psychotherapy, Psychoanalysis, and Psychosomatic Medicine

International Universities Press, Madison/Connecticut 1991, 460 Seiten

Der Autor, Psychoanalytiker und ehemaliger Professor für Psychiatrie an der UCLA School of Medicine und Chefarzt am Harbor General Hospital in Los Angeles, stellt in diesem Band eine Auswahl seiner Arbeiten in den Bereichen der allgemeinen Psychotherapie, der Psychoanalyse und der Psychosomatik dar. Entsprechend ist das Buch in drei Teile gegliedert.

Bereits in der Einleitung äußert *Castelnuovo-Tedesco* seine Sorge über die Entwicklung der amerikanischen Psychiatrie der letzten 25 Jahre: Nach den 50er Jahren, in denen die Psychoanalyse prägend war, folgte eine allmähliche Verschiebung des Schwerpunktes in Richtung einer sozialen Orientierung, um dann, in den 80er Jahren, von der Vorherrschaft einer »medikalisierenden« – d.h. biologischen und pharmakologischen – Sichtweise abgelöst zu werden. Er würdigt seine Supervisionszeit bei *Rudolf Ekstein*, von dem er Spontaneität gegenüber den Patienten, den Gebrauch der Bildersprache und eine positive Deutung krankhafter Prozesse gelernt hat, und betont, daß es ihm nicht um die (leider allzuoft versuchte) Aufstellung einer allgemeingültigen psychoanalytischen Theorie geht, sondern um die Schilderung und Mitteilung seiner klinischen Erfahrungen.

Diesem Ansatz wird das Werk auch in der Fülle von minutiös dargestellten, empathischen und gut reflektierten Fallbeschreibungen gerecht. Es handelt sich ausschließlich um Einzeltherapien. Im ersten Teil nimmt die Beschäftigung mit der »Zwanzig-Minuten-Stunde«, dem Versuch des Autors, eine fokale bzw. Kurztherapie mit beschränktem, vom Patienten festgelegtem Ziel zu realisieren, eine zentrale Stellung ein. Die nachfolgenden beiden Teile beschäftigen sich dann mit einer großen Vielfalt von Themen, von den ersten Studien über die psychoanalytische Behandlung von Patienten mit körperlichen Defekten oder Organtransplantationen und dem Symptom der »Lüge und Rache« (von ihm »Monte-Christo-Komplex« genannt) bis hin zur Psychosomatik des Ulcus duodeni, der Colitis ulcerosa und des chronischen Unterleibschmerzes. In einem besonders wertvollen Beitrag analysiert *Castelnuovo-Tedesco* ausführlich und tiefgehend die oft unterschätzte und in der Fachliteratur wenig beachtete allgemeine Angst des Patienten vor Veränderung, deren Vernachlässigung zu einem unverstandenen Widerstand und schließlich zum Mißerfolg der Therapie führen kann.

Der in klarer Sprache geschriebene, anregende Band ist besonders durch den darin mitgeteilten Reichtum an klinischer Erfahrung für jeden psychoanalytisch Interessierten und Arbeitenden zu empfehlen.

Egon Fabian (München)

Peter F. Schmid

Personenzentrierte Gruppenpsychotherapie.

Ein Handbuch. Band 1: Solidarität und Autonomie.

Edition Humanistische Psychologie, Köln 1994, 569 Seiten

In einem überaus lesenswerten Werk stellt *Peter F. Schmid*, Theologe und zeitweise Mitarbeiter von *Carl Rogers* und dem Center for the Studies of the Person in La Jolla, Kalifornien, die personenzentrierte Gruppenpsychotherapie vor. Da er sein Thema weit ausgreifend bearbeitet, wird gerade dieser erste Band des geplanten zweibändigen Handbuches für alle interessant, die sich mit Gruppenpsychotherapie im allgemeinen beschäftigen. Der Autor vertritt die Überzeugung, daß die Gruppe ein überaus bedeutsamer Ort sei, da hier erlebt werden könne, was es heißt, miteinander zu sein oder – wie er es nennt – in Solidarität und Autonomie zu leben. Gründend in einer eigenen großen Gruppenerfahrung und in einer kenntnisreichen Literaturbearbeitung vermittelt sich diese Haltung des Autors durch das ganze Buch.

In einem ersten großen Abschnitt wird die Geschichte der Gruppe mit ihren Ursprüngen in der Gruppenpsychotherapie, der Gruppendynamik und der Encounter-Bewegung dargestellt. Es handelt sich um eine anschauliche Zusammenfassung, die die wichtigsten Positionen erfaßt und deren Rezeption bei *Rogers* beschreibt. *Carl Rogers*, dessen Werdegang ein eigenes biographisches Kapitel gewidmet ist, erscheint aus der persönlichen Sicht des Autors heraus als eine sympathische Persönlichkeit, die, zeitlebens lernwillig und zum Dialog bereit, Theorie und Praxis weiterentwickelte. Im einzelnen werden seine Verbindung zu *Lewin*, *Moreno* und zum Esalen-Institut herausgearbeitet.

In verschiedenen Aspekten wird die zwischenmenschliche Begegnung als Grundlage jeglicher Psychotherapie untersucht. *Schmid* bezieht sich dabei u.a. auf *Buber* und *Levinas*, in deren Begegnungsphilosophie betont wird, daß erst im Anderen, im Gegenüber die Erkenntnis der eigenen Person möglich ist. In der Psychotherapie war *Moreno* einer der ersten, der die Bedeutsamkeit von Begegnungen für den Behandlungsprozeß herausgestellt hat. Eng zum Begriff der Begegnung gehört derjenige des Augenblicks – er verweist auf die Bedeutung der Gegenwart für eine Beziehung. Im Griechischen als *Kairos* zum Gott erhoben, ist es in der Gruppenarbeit das Prinzip des »Hier und Jetzt«, das den Zeitpunkt, auf den es ankommt, hervorhebt. *Schmid* beschreibt bei verschiedenen psychotherapeutischen Schulen, welche Bedeutung sie dem Augenblick beimessen, ehe er auf das Konzept der Gegenwärtigkeit im personenzentrierten Ansatz eingeht. Hier wie an anderer Stelle wird durch den Aufbau des Buches vermittelt, wie die Methode des personenzentrierten Ansatzes mit anderen psychotherapeutischen Schulen verbunden ist und in welcher philosophischen und geistesgeschichtlichen Tradition sie steht.

Den Blick erweiternde Zusammenhänge werden auch hergestellt, wenn der Autor das Geschehen in der Gruppe mit dem Begriff des Spielens zu

beschreiben versucht. Ausgehend von seinen Erfahrungen als künstlerischer Leiter eines renommierten österreichischen Lientheaters wird der Beziehung von Theater und Therapie breiter Raum gegeben. Beide versteht der Autor als spielerisches Handeln, was er mit verschiedenen modernen Theatertheorien ebenso belegt wie mit psychotherapeutischen Methoden, die Mittel des Theaters verwenden.

In einem weiteren Abschnitt stellt *Schmid* die Ganzheitlichkeit und Integrität der Gruppe heraus, indem er das bekannte Bild der Gruppe als Körper benutzt. Umgekehrt fordert er, daß der ganze Mensch in der Gruppe seinen Platz zu finden hat, gerade auch mit seiner Körperlichkeit. Er grenzt sich dabei von sog. Körpertherapien ab, da sie den Körper als Mittel, seelische Veränderungen zu bewirken, funktionalisieren. Zu Recht spricht er von der in der Psychotherapie noch immer verbreiteten Angst vor dem Körper. Er regt an, den sprachlichen Ausdruck des Körpers zu verstehen, und bezieht sich an dieser Stelle auf *Ammon*, den er mit dem Begriff der Körperlandschaft, die es wahrzunehmen gilt, zitiert.

Als Zusammenfassung des ersten Bandes, der die allgemeinen Grundlagen der personenzentrierten Gruppenpsychotherapie erarbeitet – der zweite wird sich spezielleren Fragen widmen –, vertritt der Autor noch einmal vehement seine Auffassung von der Gruppe als dem wahren Lernort jedes Menschen. Er faßt es zusammen in den Begriffen der Solidarität – die Person lebt in und aus der Gruppe – und der Autonomie – die Person lebt in und aus sich selbst.

Bernhard Richarz (München)

R. Berg, M. Franzen, D. Wedding
Nachweis von Hirnfunktionsstörungen
Neuropsychologische Untersuchungen für die Praxis

Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Köln 1994, 240 Seiten

Dieses Buch – eine Übersetzung aus dem Amerikanischen – ist ein praxisorientiertes Standardwerk für Psychiater und Psychologen, die mit der Aufgabe konfrontiert sind, Patienten oder Klienten zu beurteilen, deren Problemen eine fragliche organische Ursache zugrunde liegen kann. Oft gehen psychiatrische Krankheiten mit neurologischen Störungen einher und neurologische Krankheiten können sich primär unter Ausbildung klassisch-psychiatrischer Symptome präsentieren. Eine genaue standardisierte Erhebung des psychischen Befundes (Mental Status Exam, MSE) sollte dann erhoben werden, wenn in Anamnese, klinischem Befund oder Überweisung eines Patienten Hinweise auf eine organische Ätiologie enthalten sind. Mit Hilfe von Suchtests (Screening tests) können auf der Basis von Leistungsprofilen zusätzliche Daten des Patienten gewonnen werden, z.B. bezüglich seiner perzeptiven und motorischen Funktionen, die hilfreich

sind, sich für eine Überweisung zum Neurologen oder Neuropsychologen zu entscheiden und die dafür notwendigen Daten zur Verfügung zu stellen. Die von den Autoren beschriebenen Verfahren sind im Einzelnen nicht materialaufwendig, ebenso die Vorgehensweisen. Die meisten Verfahren sind auch in Deutschland weitgehend bekannt oder bereits eingeführt. Neben den klassischen neurologischen Störungen (Hirntumore, Gefäßprozesse, Demenzen, Schädel-Hirn-Traumata, Anfallsleiden), psychiatrischen Störungen mit neuropsychologischen Begleitfaktoren (Schizophrenie affektive Störungen, Alkoholismus), neurologischen Untersuchungsmethoden und neuropsychologischen Anamnesen wird die psychische Befunderhebung ausführlich besprochen, und es wollen insbesondere Verfahren dargestellt, die die perzeptiven und exekutiven Funktionen (Wahrnehmung und Motorik), die verbalen Leistungen und die Gedächtnisfunktionen prüfen. Zudem werden Suchtests für höhere kognitive Funktionen vorgestellt sowie neuropsychologische Testbatterien. Die Einzeltests einer Testatterie sollten so ausgewählt werden, daß jeder für eine ganz unterschiedliche Art von Funktionsstörung empfindlich ist. Als ein guter Test zur Erfassung z.B. komplexer visuell-räumlicher Funktionen wird u.a. das Hintergrund-Interferenz-Verfahren für den Bender Gestalttest angesehen, der eine gute Genauigkeit bei der korrekten Identifizierung von hirnerkrankten Patienten zeigt und auch hirnerkrankte Patienten von psychotischen Patienten reliabel unterscheiden soll. Ein guter Suchtest für das Vorliegen einer rechtshemisphärischen oder diffusen Hirnschädigung ist z.B. auch der Mosaik-Test des HAWIE, wie auch die Progressiven Matrizen von *Raven*. Über die Prüfung der Handmotorik mit z.B. dem Purdue-Pegoard-Test (Steckbrett) kann sehr empfindlich eine kortikale Dysfunktion sowie der Nachweis einer lateralisierten Hirnschädigung erbracht werden. Bei der Prüfung verbaler Leistungen wird z.B. der Token-Test als ein empfindlicher Test auf das Vorliegen von Störungen linguistischer Prozesse, die wesentlich für aphasische Störungen sind, angegeben oder auch die »Objekterkennung durch Gebrauch«. Der Stroop-Test, ein Verfahren zur Messung der Sprachproduktion, soll zuverlässig zwischen Kontrollgruppe, psychiatrischen und hirnerkrankten Patienten differenzieren und auch zur Lokalisierung von Läsionen verwendet werden. Der meistverwandte Test zur Prüfung des sprachlichen Kurzzeitgedächtnis ist der Untertest »Zahlennachsprechen« des HAWIE, der aufgrund seiner Gedächtnis- und Aufmerksamkeitskomponente besonders empfindlich bezüglich jeglicher Art von Hirnerkrankung ist. Auch der Nonsense-Silben-Lerntest von *Newcombe* wird als ein Test mit beachtlicher klinischer Verwendbarkeit vorgestellt. Zu den verbreitetsten Suchtests für höhere kognitive Funktionen (Konzeptbildung) gelten Tests der Interpretation von Sprichwörtern, z.B. enthalten in Verfahren wie die Wechsler-Skalen, die Skalen von Stanford-Binet sowie in der MSE. Der Sprichwort-Test von *Gorham* stellt eine Formalisierung der Aufgabe der Sprichwortinterpretation dar. Testverfahren, die abstrakte Vergleiche

zwei oder mehr Wörtern erfordern, wie z.B. der Abstrakt-Wörter-Test von *Tow*, 1955, sind ein empfindliches Maß für konkretes Denken. Ein ähnliches Verfahren ist der Untertest »Gemeinsamkeitenfinden« des HAWIE. Hier muß allerdings bedacht werden, daß solche Tests sehr von der Integrität der Sprachfähigkeiten sowie vom Grad der sprachlichen Fertigkeiten des Patienten abhängig sind. Sortieraufgaben sind die häufigste Form nonverbaler Verfahren zur Untersuchung der Abstraktionsfähigkeit und Konzeptbildung wie z.B. der Farbsortier-Test von *Goldstein* und *Scheerer* (1941) der modifizierte Vygotsky-Konzeptbildungstest von *Wang* (1984), der Wisconsin Card Sorting Test (WCST) oder der Kategorie-Test von *Halstead* (1947). Umfassende neurologische Testbatterien wie z.B. die Halstead-Reitan-, die Luria-Nebraska- oder die Wysocki-Sweet-Suchtestbatterien haben sich seit einigen Jahren als effektiv erwiesen in der Differenzierung von hirnerkrankten Patienten, psychiatrischen Patienten und der Kontrollgruppe. Diese Batterien bestehen aus 7 oder mehr Tests. Die Brief Screening Battery von *Barrett* u.a. (1981) enthält sogar Skalen aus dem MMPI. Auch der Wechsler Intelligenztest WAIS bzw. HAWIE wird als neuropsychologischer Suchtest vorgestellt. Mit ihm wurde eine Reihe von Forschungsprojekten durchgeführt, mit dem Ziel, bestimmte Muster von Untertestergebnissen zu finden, die verschiedene Arten von Hirnläsionen anzeigen. Als alleiniger Test zeigte er sich nicht empfindlich genug, um eine mögliche organische Hirnschädigung nachzuweisen. Im Zusammenhang mit einem Test für visuelles Gedächtnis gilt er jedoch durchaus als ein nützliches Suchtestverfahren. Wenngleich die im Buch besprochenen Verfahren jeweils besonders empfindlich für eine bestimmte Art von Hirnschädigung sind, können die primären Leistungsdefizite nicht näher differenziert oder Rehabilitationsmaßnahmen geplant werden. Die Autoren betonen, daß eine MSE eine vollständige neurologische oder neuropsychologische Untersuchung nicht ersetzt und auch dieses Buch die dafür entsprechend notwendige Sachkenntnis nicht vermitteln kann. Beides erfordert eine spezielle theoretische und praktische Ausbildung über mehrere Jahre. Das Buch ist eine echte Hilfe für den Psychiater oder klinischen Psychologen zur Entscheidungsfindung. Zudem ist es von Nutzen, mehr über kortikale Funktionsstörungen zu lernen und das persönliche Repertoire an Untersuchungsverfahren zu erhöhen.

Rita Apfelthaler (München)

Rolf-Dieter Stieglitz und Urs Baumann (Hrsg.)
Psychodiagnostik psychischer Störungen
Band 60 der Reihe: Klinische Psychologie und Psychopathologie
(hrsg. v. Helmut Remschmidt)

Ferdinand Enke Verlag Stuttgart 1994, 315 Seiten

Nach einer »Krise der Diagnostik« mit einer einhergehenden »Diagnose der Diagnostik« in den 70er Jahren kam es im darauffolgenden und unserem Jahrzehnt zu einer Neubestimmung, einem Paradigmenwechsel in dieser Disziplin.

War man in der Vergangenheit bestrebt, ein möglichst vollständiges Abbild der Persönlichkeit zu erfassen, Einblick in die gesamte Persönlichkeitsstruktur zu gewinnen und mit einem testpsychologischen Instrumentarium gleichsam »das Innerste der Person nach außen zu kehren«, wie *Hartmann* es 1970 formulierte, so wird die moderne Psychodiagnostik nach dem Paradigmenwechsel als Problemlösungsprozeß verstanden. Das alte »Messen von Eigenschaften« stellt nur noch einen Zwischenschritt dar. Fragen der Erfassung von Veränderungen erhalten eine zentrale Bedeutung, korrespondierend mit dem Begriff des »diagnostischen Prozesses«.

Psychodiagnostik hat nun die Funktion, Entscheidungen (etwa über Behandlungen) vorzubereiten und wird damit zu einer empirischen, experimentell arbeitenden Wissenschaft, die dem im klinischen Bereich tätigen Praktiker oder Forscher eine neue Selbständigkeit bringt, ihn aber auch zur ständigen Weiterbildung und Training der wachsenden psychodiagnostischen Verfahrensflut zwingt.

Die vorliegende Monographie weist darauf eindringlich hin und stellt selbst eine überaus übersichtliche und informationsreiche Hilfe für den klinischen Diagnostiker dar.

Das Buch gibt jedoch nicht nur den nötigen Überblick bezüglich neuer oder der Modifikation und Weiterentwicklung alter Verfahren (der Anhang dieses Buches nennt allein 394), sondern darüber hinaus vor allem Anregungen zur Diskussion inhaltlicher und methodischer Gesichtspunkte mit dem Ziel einer verantwortlichen Diagnostik in einer multimethodalen Herangehensweise.

Im ersten Teil des Buches werden die Funktionen der Diagnostik dargelegt als Beschreibung und Erfassung (Probleme, Störungen, Klagen, Beschwerden, die in Diagnostikfragen übersetzt werden müssen) als Basis der übrigen Funktionen, nämlich der Klassifikation (betreffend Klassifikationssysteme mit dem Wunsch einer stärkeren Konvergenz bestehender Systeme), der Erklärung (von Daten), der Prognose (mit oder ohne Interventions-Fragen der Prädiktorforschung) und der Evaluation (z.B. von Interventionen im klinischen Bereich.)

Der zweite Teil stellt eine Systematisierung bedeutsamer Verfahrensgruppen dar mit Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren, Verhaltensbeobachtung, Interviews, Leistungsdiagnostik aus psychiatrischer und neuro-

psychologischer Sicht, die sich stark entwickelnde Felddiagnostik mit besonderer Berücksichtigung der computerunterstützten Diagnostik und Projektive Verfahren, letztere mit einer »Renaissance« des die (zumindest im deutschen Bereich) fast in Vergessenheit geratenen Rorschach-Tests, der gleich anderen Formdeuteverfahren in eine »metrische Ära« getreten ist, d.h. über verbesserte Gütekriterien verfügt und gerade für schwere psychische Störungen wie Psychosen, Borderline-Erkrankungen und hirnorganische Störungen sowie bei der Erfassung von Denkstörungen in der jüngsten Vergangenheit wieder bedeutsam wurde.

Der dritte Teil schließlich behandelt diagnostische Fragestellungen wie biographische Diagnostik, Soziodiagnostik, Diagnostik von Bewältigung (coping), Diagnostik der prämorbidem Persönlichkeit, Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen, Diagnostik psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter, Diagnostik in Kurzzeit- und Langzeitstudien, Diagnostik in der Psychotherapie und in Psychopharmakastudien.

Die Vielfalt der Bereiche der Psychodiagnostik psychischer Störungen, wie sie das vorliegende Buch eindrucksvoll dokumentiert, fordert Weiterentwicklung und Austausch von Grundlagenerkenntnissen anderer Disziplinen wie Allgemeiner Psychologie, Sozialpsychologie, etc. Die Verknüpfung unterschiedlicher Forschungsfelder, zu denen auch Meßtheorie, Prozeßtheorie, Erhebungs- und Behandlungstheorie u.a. gehören, wirft methodische und wissenschaftstheoretische Probleme auf, die zu lösen das vorliegende Buch mit Nachdruck anregt und auffordert.

Gerhild Sandermann (München)

Friedemann Pfäfflin

Transsexualität. Beiträge zur Psychopathologie, Psychodynamik und zum Verlauf

Ferdinand Enke Verlag Stuttgart 1993, 117 Seiten

Das Buch von *Friedemann Pfäfflin* stellt eine ausführliche und engagierte Auseinandersetzung mit dem Thema der Transsexualität dar. Der geschichtlichen Einleitung, die auch juristischen und epidemiologischen Daten nachgeht, folgt der zentrale Teil des Buches, die detaillierte statistische Aufarbeitung einer Stichprobe von 118 transsexuellen Patienten, die vor, während und nach der Behandlung vom Autor mit Hilfe von 6 psychometrischen Tests untersucht wurden, ferner eine katamnestische Studie von 85 Patienten, durchschnittlich 5,1 Jahre nachdem sie sich einer chirurgischen »Geschlechtsumwandlung« (mit und ohne psychiatrische Behandlung) unterzogen haben.

Trotz der Fülle von Untersuchungsergebnissen wird in der Diskussion deutlich, daß den Studien keine einheitliche konzeptionelle Grundlage des Krankheitsverständnisses der Transsexualität zugrundeliegt. Dadurch ge-

winnen die Ergebnisse keinen theoretischen Zusammenhang; die Hypothese, daß bei der Transsexualität kein spezifisches Merkmalprofil zu finden ist, wird bestätigt, während die Resultate längerfristiger »psychiatrischer Beratung bzw. psychotherapeutischer Behandlung« (in sich ein Konglomerat höchst heterogener und unpräzise formulierter Verfahren) vage und widersprüchlich, insgesamt unbefriedigend bleiben. Dabei dürften Berichte über die scheinbare »Normalität« transsexueller Patienten, die unbefriedigenden Ergebnisse der chirurgischen Behandlung (und zwar ohne Zusammenhang mit dem »chirurgischen« Erfolg selber) und der Nachweis unterschiedlicher »Pseudoneurotizismen« – insbesondere signifikant erhöhte Skalenwerte für Paranoia, Depression und Trennungsangst – zum Schluß führen, daß es sich bei der Transsexualität um eine Krankheit im Borderline-Spektrum handelt, freilich im Rahmen eines gleitenden strukturellen Spektrums verstanden, zwischen Psychose, Psychosomatik und destruktiver Sexualität (sog. »sexuellen Perversionen«). Zu begrüßen ist die Auffassung des Autors, daß die Transsexualität einer (in seiner freudianischen Terminologie: psychoneurotischen) Symptomatologie entspricht, der eine Störung »primär der Identität, und nur sekundär der Geschlechtsidentität« zugrundeliegt. Doch führt diese Feststellung, die unter dem Aspekt einer Ich-Abwehr (*Anna Freud*) und des Identitätswiderstandes (*Erikson*) diskutiert wird, zu keinem greifbaren theoretischen Verständnis der Krankheit.

Den m.E. besten Teil des Werkes bilden die klinischen Beobachtungen und besonders die Fallvignette eines vom Autor behandelten Patienten. Die Herausarbeitung der Gegenübertragung des Therapeuten gewinnt hier eine zentrale Stellung angesichts der Feststellung, daß die meisten Patienten für die Therapeuten selbst (und für die Gesellschaft) als Provokation und Infragestellung ihres eigenen Klischeedenkens gelten, und hohe Anforderungen an die Empathiefähigkeit des Therapeuten stellen. Wäre die Gegenübertragung als Widerspiegelung der tiefen Identitätsangst des Kranken, seiner hinter dem Symptom verborgenen destruktiven Aggression und seiner Depression erkannt und bearbeitet, würde sich auch der therapeutische Pessimismus und die Resignation des Autors, (psychiatrisches Handeln zielt darauf ab, den Patienten jene tiefen Konflikte... so erträglich wie möglich zu machen«) günstig ändern.

Egon Fabian (München)

Pavel Prochazka

Sensibilität und Abgrenzung bei Neurodermitikern

Porch Verlag, CH-Wiesen 181 Seiten

Im Mittelpunkt der Betrachtungen des Autors, Psychotherapeut an der Klinik für Dermatologie und Allergie in Davos, Schweiz, steht der hautkranke Mensch mit der ihm innewohnenden Fähigkeit, seine psychische Befindlichkeit zu erkennen, zu reflektieren und damit verändernd Einfluß auf sie zu nehmen. Eine chronische körperliche Krankheit, wie z.B. auch die Neurodermitis, spiegelt durch Besserung und Verschlimmerung auch das psychische Wohlbefinden wider. Die kreativen Möglichkeiten des Menschen, nicht nur des kranken Menschen, sein seelisches Wohlergehen selbst aktiv zu regulieren, befähigen den kranken Menschen also auch zu einer Einflußnahme auf seine Krankheit. Jeder Mensch ist diesbezüglich aber mit eigenen ganz individuellen Möglichkeiten ausgestattet, die aus seiner persönlichen Lebensgeschichte erwachsen. Umgekehrt finden aber auch ganz unterschiedliche und individuelle psychische Konfliktsituationen Ausdruck in körperlichen Symptomen.

In dem vorliegenden Buch hat der Autor übereinstimmende Persönlichkeitsmerkmale herausgearbeitet, die ihm in seiner langjährigen psychotherapeutischen Arbeit deutlich wurden. Die beobachteten Ähnlichkeiten lagen im Bereich der psychischen Funktionen der Sensibilität und der Abgrenzung. Häufig kamen also Menschen in die psychotherapeutische Behandlung, die über eine hohe Sensibilität, aber schwache Abgrenzungsfähigkeit verfügten. Einfühlsam zeigt der Autor die Problematik dieser Konstellation in bezug auf verschiedene zwischenmenschliche Situationen und innerpsychische Befindlichkeiten.

Gabriele Glatzel (Berlin)

Hans Strenge, Bernhard Strauß, Catherina Strauch (Hrsg.)
Ein neues Herz – Medizinische und psychosoziale Aspekte der Herztransplantation

Hogrefe-Verlag, Göttingen 1994, 152 Seiten

Das Buch stellt eine Einführung in die komplexe Problematik der Herztransplantation dar. Es werden die Indikationsstellungen und Auswahlkriterien diskutiert, das kardiochirurgische Vorgehen beschrieben, sowie Fragen bezüglich der postoperativen Betreuung der Patienten behandelt. Die Intention der Herausgeber ist es, die in mehrjähriger interdisziplinärer Zusammenarbeit entstandenen Erfahrungen an der Universitätsklinik Kiel zu dokumentieren. Jedoch stellen sich die einzelnen Disziplinen de facto unabhängig voneinander dar. Über die medizinisch-psychologische Zusammenarbeit im Klinikalltag gibt das Buch keinen befriedigenden Aufschluß.

Veronika Latz (Berlin)

Eingetroffene Bücher / Books Received

- Brownell, Kelly D./Fairburn, Christopher G. (Editors) (1995): Eating Disorders and Obesity. A Comprehensive Handbook. New York/London: The Guilford Press*
- Buchholz, Michael E. (1993): Dreiecksgeschichten. Göttingen, Zürich: Vandenhoeck & Ruprecht*
- Buser, Kurt/Kaul-Hecker, Ursula (1996): Medizinische Psychologie, Medizinische Soziologie. Ein Kompendium zum Gegenstandskatalog der ärztlichen Prüfung. Stuttgart/Jena/New York: Gustav Fischer*
- Fairburn, Christopher (1995): Overcoming Binge Eating. New York/London: The Guilford Press*
- Faßnacht, Gerhard (1992): Das Konzept der Grenzen. Zur Bedeutung eines Arbeitsbegriffss in Theorie und Praxis der Therapie mit Kindern und Familien. Frankfurt am Main/Berlin/Bern/New York/Paris/Wien: Peter Lang*
- Heimann, Hans/Hartmann-Lange, Doris (Hrsg.) (1995): Psychische Erkrankung im Erwachsenenalter. Forschung zu Therapie und Rückfallprophylaxe. Stuttgart/Jena/New York: Gustav Fischer*
- Volkan, Vamik D. / Ast, Gabriele (1992): Eine Borderline-Therapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.*

Nachrichten / News

Internationale Nachrufe auf Prof. Ammon

In Italien wurde folgender Text in der Zeitschrift »Attualità in Psicologia« (1995, S. 257-259) veröffentlicht:

Günter Ammon (1918-1995)

Mit großem Bedauern informiere ich den Kreis der Ärzte, der Psychologen und der Kulturschaffenden Italiens, daß vor einigen Tagen Prof. *Günter Ammon* verschieden ist, eine bedeutende Persönlichkeit der europäischen und internationalen Psychiatrie nach dem Zweiten Weltkrieg. Prof. *Ammon*, der Gründungsvater der »Humanstrukturologie« und des humanistischen, weltweiten und integrierten Ansatzes in der Dynamischen Psychiatrie, war ein unermüdlicher Vorkämpfer der Idee des Menschen als multidimensionalem Wesen, eingedenk der Ebenen des Mythos und der klassischen Kultur, der Spiritualität und der Religiosität und der schöpferischen Fähigkeiten.

1918 in Berlin geboren, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, hatte er in Berlin, Heidelberg und Greifswald Medizin, Psychologie, Philosophie, Anthropologie und Archäologie studiert. Von 1952 bis 1956 hatte er seine psychoanalytische Ausbildung am Institut für Psychoanalyse in Berlin absolviert und von 1956 bis 1965 als Psychoanalytiker, Psychiater und Dozent an der Klinik und Schule der Menninger Foundation in Topeka, USA gearbeitet. 1964 forschte er bei den Lacandonen-Mayas in Mittelamerika, die für hunderte von Jahren völlig isoliert vom Rest der Welt geblieben waren; er betrieb dort tiefgehende ethnopsychiatrische Untersuchungen, die sich auf den Bezug zwischen Geisteskrankheit und sozialen Einrichtungen konzentrierten. Die Ergebnisse dieser Studien haben sich als von wesentlichem Einfluß auf die Wissenschaft erwiesen. Prof. *Ammon* hat für Jahre das Lehr- und Forschungsinstitut für Dynamische Psychiatrie in Berlin (LFI) geleitet und war sowohl Präsident der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) und der Deutschen Gesellschaft für Gruppenpsychotherapie (DGG), als auch Präsident der World Association for Dynamic Psychiatry (WADP). 1968 gründete er die internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse »Dynamische Psychiatrie/Dynamic Psychiatry«, deren leitender Herausgeber er fortan war. Die Zeitschrift veröffentlicht wissenschaftliche Beiträge in deutscher und englischer Sprache von Autoren dynamischer Orientierung, welche in den meisten Fällen zu Auseinandersetzungen mit den klinischen und psychopathologischen Kategorien der Psychiatrie führten. In München widmete *Ammon* seine Aktivitäten der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige als Supervisor und arbeitete während dreier Perioden jährlich als Gruppenanalytiker in Paestum/Poseidonia an dem von ihm selbst gegründeten Gruppendynamischen Tagungszentrum der DAP. Paestum ist ein Ort, der

unter anderem reich ist an Fundstücken der Magna Graecia und der Italiker, welche von hoher symbolischer Bedeutung sind, Metaphern der allgemeingültigen anthropologischen Struktur des Unbewußten. Darüberhinaus, daß er zwischen München und Berlin pendelte, hatte *Ammon* lebhafteste Kontakte und Austausch mit den vitalsten Zentren der dynamisch orientierten Psychiatrie von Lateinamerika bis Rußland.

Unter seinen Werken erinnere ich insbesondere an: »Gruppendynamik der Aggression« erschienen 1970, das 1973 für »l'Astrolabio« unter dem Titel »La dinamica di gruppo dell' aggressività« übersetzt wurde. In diesem Werk zeigt sich anhand des analytischen Studiums der Gruppendynamik in Familien - insbesondere in sogenannten schizophrenogenen Familien -, daß die destruktive Aggression, anstatt sich freudianisch darzustellen als Derivat des allen Menschen innewohnenden Todestriebes bei völliger Erstarrung aller organischen Systeme, sich vielmehr in erster Linie durch das Scheitern der Kommunikation zwischen den Individuen abzeichnet, und dies noch bevor sie sich als individuelle Pathologie äußert. Die destruktive Dynamik eines Individuums wird, mit anderen Worten, als Folge der Destruktivität der Gruppe betrachtet und nicht umgekehrt. Allein diejenige Gruppe, welche sich von der destruktiven Dynamik emanzipiert, kann dem Individuum die Möglichkeit bieten, sich zu befreien, indem sie zum Katalysator wird. Sie kann auf diese Weise zu einer Veränderung der gesamten Gesellschaft führen. Für *Ammon* ist die Heilung der Geisteskrankheit keineswegs unmöglich, sondern sie erfordert ein radikales Engagement auf der sozialen Ebene. Im Jahre 1973 erschien das Buch »Dynamische Psychiatrie« und es wurde 1974 abermals im »l'Astrolabio« in italienischer Sprache veröffentlicht unter dem Titel »Psichiatria Dinamica, fondamenti e problemi per una riforma della Psichiatria« (Dynamische Psychiatrie, Grundlagen und Aufgaben für eine Psychiatrie-Reform). In diesem Werk untermauert *Ammon* die These, daß die Psychoanalyse tatsächlich die grundlegende Wissenschaft der Psychiatrie werden könne, sofern sie sich nicht darauf beschränke, lediglich analytische Einzeltherapie zu betreiben. Die Psychoanalyse muß sich also den Gruppen und Institutionen öffnen; nur auf diese Weise kann sich die traditionelle Psychiatrie in eine Dynamische Psychiatrie verwandeln, in dem Wortes modernstem Sinne. Die Geisteskrankheit wird als Ergebnis und Ausdruck einer Störung und Verhinderung der Ich-Entwicklung des Patienten verstanden. In Betracht gezogen werden ganz besonders die Psychodynamik der Schizophrenie, der Depression, der sexuellen Perversionen und des Borderline-Syndroms und selbstverständlich auch der psychosomatischen Erkrankungen. Die psychoanalytische Gruppentherapie und die Milieuthherapie werden als wichtigste Mittel für die Behandlung der archaischen Ich-Krankheiten empfohlen. 1974 erscheint »Psychoanalyse und Psychosomatik«, 1977 von Borla in italienischer Sprache veröffentlicht unter dem Titel »Psicosomatica«. In diesem Text wird eine allgemeine Theorie der Psychosomatik in Zusammenhang mit dem psychoanalytischen Modell

der Persönlichkeit (konzentriert auf die Entwicklung des Ichs und dessen Störungen in der Gruppeninteraktion) interdisziplinär mit anderen Wissenschaften verknüpft. Auf diese Weise bietet sich ein konzeptionelles und wirksames Paradigma von großem Wert für alle die konkret befasst sind mit demjenigen Spektrum von Störungen, die in Bereichen der Pathologie auftreten, welche nur ungenau zu definieren sind, jedoch von wachsendem Einfluß auf den existentiellen, sowie den Arbeits- und Sozialbereich. Im Jahre 1973 erschien die Arbeit »Gruppenpsychotherapie«, 1975 »Psychotherapie der Psychosen« und 1976 »Analytische Gruppendynamik«. Leider wurde keines dieser Werke ins Italienische übersetzt. Diese von *Ammon* herausgegebenen Werke bieten eine Sammlung der besten zeitgenössischen Beiträge zum dynamischen, individuellen und Gruppenansatz der psychotischen Phänomenologie. Bedauerlicherweise ebenfalls weder ins Italienische noch ins Englische übersetzt wurde das grundlegende Werk *Ammons* »Handbuch der Dynamischen Psychiatrie«, die zweibändige Ausgabe wurde in Deutschland, im Ernst Reinhardt Verlag, München, in den Jahren 1979 und 1982 verlegt. Dieses Werk, für dessen Realisation sich *Ammon* höchst kompetenter Mitarbeiter versicherte, welche die Bearbeitung spezifischer Teilbereiche übernahmen, stellen eine außerordentliche Summe historischer Auffassungen, epistemologischer Überlegungen und theoretisch-operativer Modelle in der Dynamischen Psychiatrie dar. Es werden mit großer Klarheit und höchst detaillierter bibliographischer Dokumentation auch die ursprünglichen Entwicklungen des *Ammonschen* Gedankens erörtert, betreffend die Behandlung von psychotischen und psychosomatischen Zuständen und des Borderline-Syndroms. Ebenfalls geht *Ammon* auf die mehr philosophischen Aspekte seiner Vision vom Menschen ein. Der letzte wissenschaftliche Beitrag von großer Relevanz, den ich hier erwähnen will, ist der Band »Der mehrdimensionale Mensch - Zur ganzheitlichen Schau von Mensch und Wissenschaften«, der 1986 im Pinel Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie, Berlin, erschienen ist. Es handelt sich hierbei möglicherweise um das geistige Vermächtnis *Ammons*, in welchem er in klarer und tiefgehender Darlegung an jene Wegkreuzungen herantritt, die seine Lieblingsgedanken waren: von der Androgynität zur Identität, von der Sozialenergie zum Traum, vom Tod zur Religiosität, von der Archäologie zur Kunst, vom Tanz zur Aggressivität, zum Menschen als multidimensionalem Wesen.

Nach der großen Revolution des freudianischen Gedankens, der die Gummiwand der traditionellen Psychiatrie zerstört hatte durch die Konzeption des dynamischen Unbewußten, verdienen Leben und Werk von *Günter Ammon* ohne Zweifel zu den drei Meilensteinen der modernen Dynamischen Psychiatrie gezählt zu werden. Sein Denken reiht sich ein in die Linie einer neuartigen Ausarbeitung und Evolution der Ideen jener, die seine unmittelbaren Meister und Inspiratoren waren: *Karl Menninger, Franz Alexander, Harry Stack Sullivan, Frieda Fromm-Reichmann, Bruno Bettelheim, Kurt Lewin, Heinz Hartmann, H. Foulkes, E. Kris,*

R.M. Löwenstein, David Rapaport. Ammons Konzeptualisierung der Aggression, der Gruppendynamik, der Entwicklung des Ichs, seine Theorie über die strukturelle Sicht des menschlichen Wesens (Humanstrukturologie) und über das Prinzip der Sozialenergie stellen das Alpha und Omega seiner Behandlungsweise dar, welche als eine Form von psychischer Energie betrachtet wird, die aus interpersonellen Beziehungen und dynamischen Gruppeninteraktionen gewonnen werden kann, welche wiederum zur Entwicklung der Humanstruktur als Ganzem und zur Entfaltung der multidimensionalen Aspekte des Menschen führen. Darüberhinaus hat er die Theorie und Praxis der Tanz-Selbsterfahrung, die in die Humanstruktur integriert wird, erarbeitet (Humanstrukturelle Tanz-Selbsterfahrung). All diese Leitlinien *Ammons*chen Gedankengutes öffnen fruchtbare und lebendige Horizonte für die dynamische Richtung der zeitgenössischen Psychiatrie, welche in einem Klima enger und kreativer Zusammenarbeit zwischen Ärzten, Patienten und unterstützendem sozialen Netz wirksam werden. In dieser Zusammenarbeit kann es zu einer Wiederbelebung der dialogischen Dimension mit jenem »Klotz am Bein« des psychopathologischen Spektrums kommen, der den Schergen der sozio-institutionalen Ausgrenzung entgangen ist, einer Wiederbelebung also, die heutzutage bedroht wird durch eine systematische neurochemische »Trockenlegung«. Mit *Günter Ammon* gelingt es, in Theorie und Praxis der Psychoanalyse die schwer überwindbare Kluft zur Psychiatrie zu schließen, ohne daß diese dabei etwas von ihrer ursprünglichen Reinheit und deutlichen Wirksamkeit einbüßt. D.h. auch die Kluft zwischen Naturmensch und Kulturmensch, welche von den bedeutendsten Repräsentanten der gängigen Antropophänomenologie der Psychiatrie, von *Karl Jaspers* bis *Ludwig Binswanger*, von *Medard Boss* bis *van den Berg*, von *Daniilo Cargnello* bis *Bruno Callieri* als außerordentlich schwerwiegender Zerstörungsfaktor bezeichnet wurde.

Ich hatte persönlich das Privileg und die Freude, an der 96. Gruppendynamischen Tagung teilzunehmen, die vom 21. bis 31. August dieses Jahres (1995) in Paestum/Poseidonia, dem Sitz der Deutschen Akademie für Psychoanalyse, abgehalten wurde. Dort waren außer den Repräsentanten aus Deutschland und Italien auch israelische Kollegen von der Universität Tel Aviv anwesend. Es war dies die letzte Gruppe, die das Glück hatte, unter dem Zeichen von *Günter Ammons* Charisma als Lehrer stattzufinden, der uns, nur drei Tage nach Beendigung der Gruppenerfahrung für immer verlassen hat. In diesem Zusammenhang konnte ich direkte Kenntnis gewinnen davon, wie Psychiater und Psychologen nach *Ammons* Schule in Berlin und München ausgebildet werden, aber vor allem konnte ich den Reichtum menschlichen Potentials und menschlicher Kreativität mit Händen greifen, die einige Teilnehmer der Gruppe zum Ausdruck brachten, welche selbst Patienten gewesen waren und durch den humanistischen Ansatz *Ammons* die Fragmente ihres Selbst voll und ganz integriert hatten mit Hilfe der Lehre einer kohärenten dynamischen Vision der psychopathologischen und existentiellen Aspekte der menschlichen Person, wie sie sich

beim jeweiligen Patienten abzeichnet. Diese Vision zeichnet sich auf dramatische Weise in den kranken Anteilen des Patienten ab, aber ganz besonders und immer – so *Ammon* – in seinen gesunden Anteilen. Heute ist *Ammon* nicht mehr unter uns, aber es ist undenkbar, seine Gegenwart nicht immer wiederzubeschwören in der Berufspraxis derjenigen Psychologen und Psychiater, die mit ihrem Denken, Handeln und Fühlen eine radikale Humanisierung verfolgen und es ablehnen, sich mit der Rolle eines Medikamenten-Verabreichers oder passiven Fragestellers nach einem »unerreichbaren« Unbewußten zufriedenzugeben.

(Übersetzt aus dem Italienischen: *Gabriele Graf*)

Gilberto di Petta (Neapel)

In der polnischen Zeitschrift »Psychoterapia« (4. Quartal 1995, S. 81f.) wurde der folgende Nachruf veröffentlicht:

Dr. Günter Ammon 1918 - 1995

Am 3. September 1995 ist Dr. *Günter Ammon* gestorben, der Begründer und Präsident der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) und der World Association for Dynamic Psychiatry (WADP), ein Humanist mit breitem Horizont und vielen Interessen.

Dr. *Günter Ammon* wurde am 9.5.1918 in Berlin geboren, wo er auch in die Schule ging und die Universität besuchte. In seiner Jugend war er im Widerstand gegen den Faschismus aktiv.

Er absolvierte eine sorgfältige psychiatrische und psychoanalytische Ausbildung, u.a. jahrelang auch in den USA. Jedoch von Anfang an konnte er das traditionelle Denken und die herkömmlichen psychiatrischen Behandlungsmethoden nicht akzeptieren und er fing an, eigene Konzeptionen zu entwickeln. Sein unabhängiges Denken und seine Persönlichkeit faszinierten vor allem die jungen Menschen der 68er-Bewegung. Junge Psychiater, Psychologen und Laien sammelten sich um ihn, da seine Ideen zutiefst humanistisch waren und die Lücke zwischen der Lehre an den deutschen Universitäten und den Erwartungen der jungen deutschen Intelligenz schlossen. Dr. *Günter Ammon* befaßte sich mit allen psychiatrischen Krankheitsbildern, sein Hauptinteresse blieb das Borderline-Syndrom. Aufgrund seiner Anregung wurden in vielen deutschen Städten (Berlin, München, Düsseldorf) Institute für Dynamische Psychiatrie gegründet und die Klinik für Dynamische Psychiatrie in München aufgebaut. Ebenso entstanden die psychoanalytischen Kindergärten als Einrichtungen der Prävention im Kindesalter. In seinem letzten Lebensabschnitt habilitierte sich Dr. *Günter Ammon* an der Bechterew-Universität in St. Petersburg.

Das theoretische Konzept von Dr. *Günter Ammon* läßt sich in folgenden Punkten zusammenfassen:

1. Der Mensch ist als ein psychophysiologisches Wesen zu betrachten und, um theoretische und therapeutische Fragen beantworten zu können, ist eine holistische Betrachtung notwendig;
2. Gesundheit, Krankheit und Therapie sind prozeßhaft und ständig in Bewegung;
3. Die Sozialenergie ist die Kraft, die Menschen motiviert und die ihre Therapie ermöglicht – im Unterschied zur *Freudschen* Psychoanalyse und seinem Libido-Konzept
4. Mehrdimensionalität ist die Voraussetzung für eine Diagnose, in der die soziale Umgebung und die Sozialenergie von grundlegender Bedeutung sind.

Seine Theorie verband Dr. *Günter Ammon* mit praktischer Tätigkeit. Die Institute der DAP behandelten und behandeln alle Patienten ohne Einschränkung von Diagnose oder Alter. Nicht zu vergessen ist, daß die *Ammonschen* Konzepte in den sechziger Jahren entstanden sind und keine besondere Zustimmung unter damaligen Psychiatern fanden. Es kam daher zu Mißverständnissen und Schwierigkeiten mit Vertretern der akademischen Lehre in Deutschland, die *Ammons* Berufsleben jahrelang geprägt haben.

Dr. *Günter Ammon* war immer ein Mensch, der anderen gegenüber offen und sehr engagiert war; besonders näherte er sich allen Minderheiten und Außenseitern. Er akzeptierte nie die Teilung Europas in West und Ost und in einer Zeit, als andere gar nicht daran dachten, gab er sich viel Mühe, um Kontakte, Freundschaft und Zusammenarbeit mit Kollegen aus unserer europäischen Seite zu ermöglichen. Besonders nah standen ihm die Polen wegen ihrer Unabhängigkeit im Denken und ihres Strebens nach Freiheit. Er und seine Mitarbeiter unterstützten uns während des Ausnahmezustands, ermöglichten die Teilnahme an wissenschaftlichen Kongressen und an geistigem Austausch. Als Anerkennung seiner Verdienste wurde ihm der Titel eines Ehrenmitgliedes der Polnischen Gesellschaft für Psychiatrie verliehen.

Der Tod von Dr. *Günter Ammon* erfüllte alle, die ihn persönlich kannten, mit tiefer Trauer. Seine Lehre wird aber durch seine Mitarbeiter und alle, die er inspirierte, weitergeführt werden.

(Übersetzt aus dem Polnischen: *Malgorzata Borusiak*)

Maria Orwid (Krakau)

Die ungarische Zeitschrift »Végeken« (Nr.3, 1995, S. 18/19) veröffentlichte eine Übersetzung der Pressemitteilung der Deutschen Akademie für Psychoanalyse zum Tode von Prof. *Ammon*. Dasselbe geschah in der Zeitschrift »Pszichoterápia« (Dezember 1995, S. 441-443). Im Anschluß daran hieß es:

Günter Ammon ist in Fachkreisen in Ungarn seit Jahrzehnten vielen Menschen bekannt. Als Erinnerung würde deshalb die von seinen Mitarbeitern veröffentlichte Traueranzeige, die einen kurzen Überblick über seine Tätigkeit bietet, genügen. Sein Lebenswerk ist so reich, daß man sehr viel über ihn schreiben könnte und müßte. Wir wußten zwar, daß er krank war, trotzdem kam seine Todesnachricht unerwartet (er arbeitete bis zu seinen letzten Tagen und hatte große Pläne für die Zukunft), und sein Verlust hat uns alle, die ihn liebten und sich als seine nahen Schüler fühlten, sehr erschüttert. Deswegen kann man sich von ihm auch nicht endgültig verabschieden, er gehört zu denjenigen Menschen, über die man noch lange schreiben und sprechen muß, über die man fortlaufend Rückblicke, Bewertungen, Erinnerungen veröffentlichen muß. Über *Ammon* werden wir also noch wiederholt schreiben.

Als subjektiver Gedanke diesmal nur soviel, daß ich mich seit 1970 in wissenschaftlicher und menschlicher Beziehung mit ihm befand, seit 1973 war ich bei jeder internationalen Veranstaltung der DAP dabei, außerdem besuchte ich oft die Klinik Menterschwaige, die Institute in Berlin und München und auch die Institute und die Projekte seiner Schüler. Ich nahm mit ihm teil an der Gründung der WADP und beteiligte mich seitdem an ihrer Arbeit. Da sich seine Schüler fortdauernd unabhängig machten und andere an ihre Stelle traten, zählte ich allmählich zu seinen ältesten Mitarbeitern. Ich konnte aus der Nähe seine heroische Anstrengung beobachten, ein neues, innovatives und humanes System in der Psychiatrie zu schaffen, die Psychoanalyse zu erneuern, die Gesellschaft zum Kampf gegen die psychiatrischen Krankheiten aufzufordern. Ich sah, welche Hindernisse ihm in den Weg gelegt wurden, wie er ausgeschossen wurde, wie man seine ehrliche, zielstrebige Art zu kommunizieren, seine Leidenschaft, seinen aus Verpflichtung entstehenden kämpferischen Stil verdrehte, und wie man all dies benützte, um ihn um sein Ansehen zu bringen. Mitte der 80er Jahre war es schon sichtbar – und er wußte es auch –, daß sein Lebensweg eigentlich in einen tragischen Mißerfolg mündet, seine Botschaften nicht die Gleichgültigkeit, die aus Parteiinteressen entstehende Feindlichkeit und die auf die psychischen Krankheiten bezogene gesellschaftliche Verdrängung durchbrechen. Und trotzdem setzte er seine Arbeit fort. Es ist meine Überzeugung, daß sein Lebenswerk die großartigste Synthese in der heutigen Psychiatrie darstellt, und ich weiß, daß die Zukunft bis zu einem gewissen Grad die Vernachlässigung seines Werkes wieder gutmachen wird. Seine Offenheit war verblüffend, das zeigt auch das Lebenswerk seiner letzten zehn Jahre, in dem er viele neue Elemente von der biologischen Psychiatrie

bis hin zur östlichen Philosophie in seinem System zu synthetisieren vermochte. Sein Engagement war für mich beispielhaft, und nicht zuletzt unter seinem Einfluß wählte ich einen ähnlichen – voraussichtlich schweren und wenig erfolgversprechenden – Lebensweg. Auch heute meine ich, daß sich die Hilfsberufe nicht erneuern können, ohne daß eine zwar kleine, aber »kritische Menge« von engagierten, für Veränderung und gewisse Ideale auch Opferbereitschaft zeigenden Fachleuten zu finden ist.

Es muß vor allem erwähnt werden, daß *Ammon* unerhört viel Energie verwendete auf die Beziehung zu den Fachleuten des ehemaligen Ostblocks. Die Zahl der ungarischen Fachleute, die er zu seinen Kongressen einlud, oder in seinen Institutionen als Gäste aufnahm und lehrte, übersteigt schätzungsweise die Hundert. Er sandte große Mengen von Büchern und Zeitschriften in diese Länder. Er half besonders viel den in der ehemaligen Sowjetunion lebenden Kollegen. Seine uneigennützigkeitsvolle Hilfsbereitschaft ist demnach auch beispielhaft gewesen.

Ich konnte auch an seinem Abschied in Berlin teilnehmen, es kamen viele aus dem Ausland, und auch eine große Anzahl seiner Schüler und Patienten. Selten bewegte der Tod eines einfachen Bürgers, wie ich es in Berlin hörte, solche Menschenmengen.

Er lebt also in unseren Herzen weiter, und das gibt uns die Hoffnung, daß sich seine Gedanken weiter verbreiten und seine Ziele vielleicht verwirklichen werden: Mit anderen Worten, daß sich die Psychiatrie vermenschlicht, integriert, zu einem echten bio-psycho-sozialen therapeutischen System wird, daß die Kommunikation zwischen den verschiedenen therapeutischen Richtungen zustande kommen wird, daß sich in der Psychiatrie auch die Rehabilitation und die Prophylaxe entwickeln werden. (Aus dem Ungarischen übersetzt: Dr. *Egon Fabian*)

Bela Buda (Budapest)

Ebenfalls in Ungarn veröffentlichte die Zeitschrift »Pszichiatría Hungarica« (Nr. 1, 1996, S. 107-109) folgenden Nachruf:

Dr. Ammon

Am 3. September 1995 verstarb in Berlin *Günter Ammon*, Psychiater, Psychoanalytiker, Präsident von nationalen und internationalen wissenschaftlichen Institutionen, Chefkonsiliar der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaipe in München, geistiger Leiter der Berliner Schule der dynamischen Psychiatrie.

Vor nicht all zu langer Zeit grüßten wir ihn zu seinem 75. Geburtstag, so daß die wichtigsten Daten bezüglich seines Werkes und seiner Person in der Zeitschrift »Pszichoteràpia« (*I. Burbiel*: Zum Geburtstag von *Günter Ammon*, 1993, S. 141-142) zu finden sind. Die Bewertung seines Lebens

und seiner für die Kranken, in erster Linie für die schwer Ich-Kranken entfalteten Tätigkeit muß noch erfolgen. Vielleicht wird dabei neben der Würdigung auch die Diskussion stattfinden, die seine sehr bedeutende Lehre in der modernen Psychiatrie im allgemeinen und damit auch in unserem Land zur Geltung verhelfen wird.

Jetzt, unmittelbar nach seinem Tod, sei uns erlaubt, zunächst mit der Stimme der Subjektivität zu sprechen in der Hoffnung, daß auch diese Stimme gewisse allgemeine Rückschlüsse ermöglichen wird.

Sein unmittelbarer Mitarbeiter ungarischer Abstammung, der Psychiater und Psychoanalytiker *Egon Fabian*, schrieb folgendes über ihn: »Er war der ungewöhnlichste Mensch, dem ich jemals begegnet bin, und doch war er so menschlich – kämpferisch, aber auch gütig, entschlossen, aber auch warm, widersprüchlich und gleichzeitig flexibel, mit menschlichen Schwächen und großem Verständnis für die anderen Menschen. Kein Wunder, daß die wichtigste Konzeption der Identität von ihm stammt. Und er war ein selten guter Lehrer, der nie ruhte, ehe wir verstanden und gelernt haben, was er uns beibringen wollte, das, was ihm menschlich wichtig war. Ich kenne keinen, den er nicht veränderte – und dies kann von sehr wenigen Menschen gesagt werden. Viele hatten Angst vor ihm und mieden, sogar verfolgten ihn, weil er kein 'bequemer' Mensch war und keine Kompromisse kannte. Er hinterläßt eine unersetzbare Leere. Ich bin überzeugt, daß seine Lehre einmal allgemein anerkannt wird, vielleicht jetzt, nach seinem Tod.«

Bei mir hat *Ammon* vielleicht seinen entscheidendsten »Erfolg« erreicht, daß er mir das bis dahin Unverständliche verständlich machte, daß, was ich in meinem Leben davor wollte, aber vor der Begegnung mit ihm (und natürlich auch mit seiner Klinik und seinen Mitarbeitern) für mich »dunkel«, d.h. unlösbar geblieben war, nämlich die Psychoanalyse und die Wirkung meines eigenen Unbewußten.

Was die »Couch-Methode« der Psychoanalyse nicht richtig zu beleuchten vermochte, machte *Ammon* klar und verständlich damit, daß er aus der Dynamik der psychischen Wirkung heraustrat in die menschliche Gruppe und die grundlegenden Begriffe der Psychoanalyse in der Gruppendynamik aufzeigte. Diese – d.h. die Gruppe – führt nicht zu einem therapeutischen Adjuvans, sondern stellt selber das Medium dar, indem alles geschieht: Die Therapie, die Lehre, die wissenschaftliche Forschung. Seine Entdeckung, der präödipale, die Störung der schweren Ich-Krankheiten begründende und aus der verdorbenen Mutter-Kind-Dynamik resultierende Symbiosekomplex, wird, bezogen auf die Gruppe und den Therapeuten, verständlich und behandelbar. Die Klinik als sicherheitsspendendes, annehmendes Muttersymbol war schon vor ihm ein bekannter Begriff, aber diejenige Klinik, die auch fordert, die dem Kranken hilft, mit dieser Forderung aus seiner eigenen Problematik, aus seiner ohnmächtigen Initiativlosigkeit herauszutreten, ist in Wahrheit *Ammons* Werk.

Er hat fortwährend die Rolle der »zentralen Figur« auf sich genommen und in dieser gruppendynamischen Rolle die aus dem Ödipuskomplex

stammenden aggressiven Übertragungen und Eifersuchtsprobleme behandelt. Er kritisierte und provozierte in der Großgruppe, und während die Klinik als Mutterfigur durch das milieutheraeutische Feld den Kranken verschiedene Möglichkeiten als drittes Objekt (z.B. in der Mal-, Tanz- oder Musiktherapie) zur Förderung der Trennungsprozesse bot, forderte er die nachholende Ich-Entwicklung jedes einzelnen Mitglieds der Klinik-Großgruppe.

An seiner Seite veränderte sich jeder, einschließlich meiner Person, obwohl ich keine Patientin oder Klientin von ihm und nur für kurze Zeit seine unmittelbare Mitarbeiterin war. Auch er entwickelte sich, schöpfte und liebte bis zu seinem Lebensende. Er lenkte eine strömende Dynamik, die wenig Platz für das Kranksein übrig ließ, und suchte den mehrdimensionalen Menschen, den er in jedem einzelnen sah. Nach den Worten eines Journalisten »wird in der Klinik der Wahnsinn durch Liebe ausgehungert«, d.h., man beschäftigt sich nicht mit den Symptomen des Kranken, sondern unterstützt den kranken Menschen, seine konstruktiven Fähigkeiten.

Ammon benutzte das Wort »Liebe« kaum in seinem Werk. Ich fand es an einer einzigen Stelle, an der er eine Patientin zitiert: »Mein Kind ist lieb, weil ich es liebe«, d.h. mein Kind ist gut, weil ich es liebe und nicht umgekehrt. Auf diese Art liebte er seine Mitarbeiter und seine Patienten, die dadurch gesund blieben, oder gesundeten in dieser über die Libidotheorie weit hinausgehenden »sozialenergetischen« Dynamik.

Diese Dynamik versuchen wir in die ungarische Welt zu verpflanzen. Sein Denken, seine theoretische und therapeutische Konzeption wären geeignet, um uns in der aktuellen hiesigen Welt als Orientierung zu dienen. (Aus dem Ungarischen übersetzt: Dr. *Egon Fabian*)

Györgyi Körmendy (Budapest)

Prof. Dr. Modest M. Kabanow 70 Jahre alt

Am 19. März 1996 feierte Prof. *Modest M. Kabanow* in St. Petersburg seinen 70. Geburtstag. Prof. *Kabanow* ist Direktor des Psychoneurologischen Instituts W.M. Bechterew und seit Dezember 1995 kommissarischer Präsident der World Association for Dynamic Psychiatry (WADP).

Ins Zentrum seiner wissenschaftlichen und praktischen Arbeit stellt er stets die Rehabilitation der psychisch kranken Menschen, die für ihn die biologischen, sozialen und psychischen Bedingungen der Krankheit einbeziehen muß. Auch seine zahlreichen Veröffentlichungen widmete Prof. *Kabanow* diesem Thema: z.B. seine Habilitation 1972 und die Monographie »Die klinischen und sozialen Probleme bei der Rehabilitation psychisch Kranker« (zusammen mit *Klaus Weise*), die 1980 auf deutsch erschien. In den letzten Jahren wendet sich Prof. *Kabanow* mehr und mehr den philosophischen und ethischen Aspekten von Medizin und Psychiatrie zu.

Seit der ersten Begegnung Anfang der 80er Jahre verband Prof. *Kabanow* eine intensive Zusammenarbeit und Freundschaft mit *Günter Ammon*, dem Begründer der deutschen Dynamischen Psychiatrie. Zwischen dem Bechterew-Institut und der von *Ammon* gegründeten Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige besteht seit 1990 ein Kooperationsvertrag. Prof. *Kabanow* selbst war mehr als sechs Jahre Vizepräsident der World Association for Dynamic Psychiatry (WADP) und im Oktober 1994 Gastgeber des 10. Weltkongresses der WADP am Bechterew-Institut in St. Petersburg. Nach dem Tod *Ammons* ist er im Dezember 1995 zum kommissarischen Präsidenten der WADP gewählt worden.

Geboren 1926 im damaligen Leningrad, wuchs Prof. *Kabanow* auf in einem Elternhaus, das die geistigen Traditionen des alten Rußlands lebendig hielt. Von 1941-44 erlebte er die Blockade Leningrads durch deutsche Truppen direkt mit; seine Berufswahl Medizin wurde dadurch entscheidend bestimmt. Am Ersten Leningrader Medizinischen Institut schloß er 1948 sein Studium mit Auszeichnung ab. Die geplante Fachausbildung in Psychiatrie wurde 1949 unterbrochen, als Prof. *Kabanow* unter falschen Beschuldigungen mehrere Jahre in stalinistischen Gefängnissen und Lagern in Sibirien inhaftiert wurde.

Nach seiner Rehabilitierung bildete sich Prof. *Kabanow* am Lehrstuhl für Psychiatrie des Medizinischen Instituts zum Psychiater weiter. Von 1960 bis 1964 war er nicht nur Chefarzt eines psychiatrischen Krankenhauses, sondern auch mit der Inspektion der psychiatrischen Anstalten Leningrads betraut. Seit 1964 ist Prof. *Kabanow* Direktor des Psychoneurologischen Instituts W.M. Bechterew und hat es seither sicher durch alle politischen Stürme geleitet. Intern konnte er seinen Mitarbeitern relativ viel Freiheit lassen. An seinem Institut existierte während der Sowjetzeit die einzige genehmigte psychotherapeutische Abteilung Rußlands.

Am politischen Mißbrauch der Psychiatrie in der UdSSR hat er sich nie beteiligt. Im Gegenteil arbeitete er in der entsprechenden Untersuchungskommission mit und setzte sich, auch in Deutschland, aktiv für die Rehabilitierung des Generals *Pjotr Grigorenko* ein.

Prof. *Kabanow* ist Ehrenpräsident und Vorstandsmitglied der St. Petersburger Psychiatrischen Gesellschaft, Vorstandsmitglied der Russischen Psychiatrischen Gesellschaft und trägt den Titel eines verdienten Wissenschaftlers der russischen Föderation. Er hat das Psychoneurologische Institut W.M. Bechterew zu einem Forschungs- und Ausbildungszentrum der WHO gemacht.

Prof. *Kabanow* pflegt viele internationale Kontakte, die auch seinem Institut Nutzen bringen. Oft besucht er Deutschland, nicht nur zu Kongressen und Arbeitsbesuchen, sondern auch privat. Seine tiefe Liebe gilt der Geschichte, insbesondere der Antike – dies verband ihn auch mit *Ammon*.



Wir gratulieren Prof. *Kabanow* von Herzen und wünschen ihm gute Gesundheit und viel Zeit, um seine weiteren Pläne, zu denen auch der Aufbau einer Dynamisch-Psychiatrischen Abteilung am Bechterew-Institut gehört, verwirklichen zu können.

Die Redaktion

News from the Executive Council of WADP

At the last Executive Council meeting on 16 December 1995, after the death of the former President Prof. Dr. med. *Günter Ammon*, Professor *Modest M. Kabanov* M.D. was elected Acting-President of WADP. In addition, the Executive Council has elected three more Vice Presidents, *Marius Erdreich*, M.D., *Bertram P. Karon*, M.D. and Dr. med. *Rolf Schmidts*. The Chairman of the German Regional Branch will be *Ilse Burbiel*, Ph.D., and the Chairman of the Russian Regional Branch will be Prof. *Victor D. Wied*, M.D.

It was decided that the next World Congress of WADP shall take place in Munich in March 1997. The theme shall be »Dynamic Psychiatry Today – Integration of Psychotherapy in Psychiatry«.

Wissenschaftliche Kooperation mit dem Bechterew-Institut geht weiter – Günter Ammon zum Professor ernannt

Die Begleitumstände des ersten Arbeitsbesuches nach dem Tod von *Günter Ammon* im Bechterew-Institut in St. Petersburg waren traurig – freudig jedoch die Nachricht, welche Prof. *Modest M. Kabanow*, Direktor des Psychoneurologischen Institutes W.M. Bechterew, St. Petersburg, der DAP-Delegation aus München und Berlin nach ihrer Ankunft am 16. November 1995 überbrachte: Aufgrund der von Dr. *Ammon* im Frühjahr 1995 im Fachbereich Psychiatrie und medizinische Psychologie in St. Petersburg vorgelegten Habilitationsschrift zum Thema »Mechanismen und Behandlungsmethodik von Grenzzuständen, ausgehend von der Dynamischen Psychiatrie: Das Borderline-Syndrom – eine humanstrukturelle Erkrankung« sowie der damit verbundenen Defensio wurde ihm am 16.11.1995 vom wissenschaftlichen Rat des Psychoneurologischen Instituts W.M. Bechterew unter Vorsitz von Professor *Kabanow* sowie der höchsten Attestations-Kommission der Akademie der Medizinischen Wissenschaften in Moskau der akademische Grad eines Ordentlichen Professors verliehen.

Noch am gleichen Abend hatte Prof. *Kabanow* zusammen mit seiner Ehefrau und den Professoren *Popow*, *Tupizin* und *Wied* die deutsche Delegation mit Dipl. Psych. *Maria Ammon*, Dr. *Ilse Burbiel*, Dr. *Rolf Schmidts* sowie den Diplom-Psychologen *Sylvelin Römisch* und *Gerhard Wolfrum* in das Hotel Moskwa eingeladen, um dieses Ereignis zu feiern, die großen Verdienste von *Ammon* zu würdigen und noch einmal von ihm Abschied zu nehmen.

Im Rahmen der gemeinsamen Arbeitsgespräche wurde die Urkunde für die Professur (»Attestat des Professors«) feierlich an Frau Dipl. Psych. *Maria Ammon* überreicht, Möglichkeiten der Einrichtung eines Lehrstuhls für Dynamische Psychiatrie an der Universität St. Petersburg diskutiert so-

wie die konkrete Umstrukturierung einer Psychiatrie-Station des Bechterew-Institutes in eine dynamisch-psychiatrisch geführte Psychotherapie-Station besprochen.

Insgesamt verlief der Arbeitsbesuch in einer besonders menschlichen, freundlichen und freundschaftlichen Atmosphäre. Die weitere Bereitschaft und Entschlossenheit zu vertiefter Zusammenarbeit und wissenschaftlichem Austausch wurde deutlich: Bereits fertige Druckfahnen für die russische Ausgabe von *Ammons* Buch »Dynamische Psychiatrie« wurden vorgelegt, weitere Buch-Projekte besprochen, ein in russischen Zeitschriften erscheinender Nachruf auf Prof. *Ammon* gezeigt, einem Vorschlag von Prof. *Ammon* entsprechend der Wunsch an Prof. *Kabanow* herangetragen, die Nachfolge der WADP-Präsidenschaft zu übernehmen.

Breiten Raum nahmen die Vorbereitungsarbeiten zur Umgestaltung der ehemals von Prof. *Kabanow* und jetzt von Prof. *Wied* geleiteten Psychotherapie-Station im Bechterew-Institut ein, welche entsprechend der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige in München ein WADP-Forschungs- und Ausbildungszentrum werden soll. Dabei wurde auch die Frage erörtert, die neu gegründete russische Psychotherapie-Gesellschaft unter Prof. *Karwarsarski* in die Mitgliedschaft der WADP aufzunehmen. Auch hinsichtlich des gemeinsamen ISTA-Arbeitsprojektes wurden Detailfragen der Test-Entwicklung und vor allem der russischen Standardisierung des Verfahrens erörtert.

Auch auf der menschlichen Ebene zeigte sich eine Vertiefung der Freundschaft: Die DAP-Delegation wurde beschenkt mit einem umfangreichen Kulturprogramm sowie sehr herzlichen und gastfreundschaftlichen Privat-einladungen. Ein abschließendes Arbeitsessen im Kabinett von Prof. *Kabanow* mit vielen Tischreden rundete eine intensive Arbeitswoche mit neuen Perspektiven für die Zukunft ab.

Gerhard Wolfrum (München)

Internationales Kolloquium der Gesellschaft für Psychopathologie des Ausdrucks und Kunsttherapie in Budapest

Anlässlich des 35. Jahrestages ihrer Gründung veranstaltete die Internationale Gesellschaft für Psychopathologie des Ausdrucks und Kunsttherapie vom 5. bis 8. Oktober 1995 in Budapest ein wissenschaftliches Kolloquium, das international besucht war. Es war der Bedeutung der Kinderzeichnung und deren Beziehung zu den Werken Erwachsener gewidmet und wurde begleitet von einer eindrucksvollen Ausstellung, die in drei Schwerpunkten die zeichnerische und malerische Entwicklung von Kindern, Bilder aus dem therapeutischen Prozeß von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen und Gemälde aus dem ungarischen Rehabilitationszentrum Pomaz zeigte.

Die wissenschaftliche Tagung, von *Istvan Hardi*, dem Präsidenten des ungarischen Zweiges der internationalen Gesellschaft, bestens organisiert, wurde eröffnet mit einem kunsthistorischen Beitrag von *Muriel Laharie* über die Darstellung von Kindern in der Malerei des Mittelalters. Ihm schlossen sich Berichte über experimentelle Untersuchungen zur Entwicklung der Kinderzeichnung von *M. Kläger* und *M. Schuster* an. Die folgenden Vorträge ließen sich in zwei große Themenbereiche zuordnen: Zum einen wurde die Anwendung von Zeichnungen und Bildern als Diagnostikum zur Psychopathologie und Psychodynamik beschrieben, zum anderen wurde aus Therapien berichtet, die Bilder und künstlerisches Gestalten der Patienten nutzten, um Zugang zu ihrem vorsprachlichen oder unbewußten Erleben zu finden. So zeigte *Guy Roux* Bilder von anorektischen Patientinnen zum Thema Mutterschaft, in denen die Mutter-Kind-Beziehung entweder in Idealisierung oder in Entfremdung gestaltet war. *Ada Abraham* aus Israel präsentierte Ergebnisse ihrer umfangreichen Untersuchungen zu dem von ihr entwickelten Zeichen-Test »Zeichne eine Gruppe«, welche auffallende Unterschiede der verinnerlichten Gruppe bei gesunden und kranken Personen, aber auch in verschiedenen Kulturen zeigte. Von großem Engagement waren die Vorträge gekennzeichnet, die aus der klinischen Arbeit berichteten. Genannt werden sollen nur die Beiträge von *V. Vasarhelyi* und ihrer beiden Mitarbeiterinnen aus London über die stationäre Kunsttherapie mit jugendlichen Patienten, von *Lilla Hardi* über ihre Arbeit am Ungarischen Zentrum für Flüchtlinge und Internierte und von *Györgyi Körmendy* über ihre kinderzentrierte Familientherapie, bei der sie mit Hilfe von Zeichnungen die unbewußten Konflikte in der Familie zu erkennen sucht. Mit mehreren Beiträgen zu unterschiedlichen Aspekten der Kunsttherapie war die Psychiatrische Universitätsklinik aus Pecs unter Leitung von *Matyas Trixler* vertreten. Er führt damit an seiner Klinik eine Verstehensweise psychiatrischer Patienten fort, die dort Mitte der 50er Jahre mit einer umfangreichen Untersuchung von *Irene Jacob*, der auf der Tagung anwesenden Mitbegründerin der »International Society for Psychopathology of Expression«, bereits zu einem herausragenden Werk geführt hatte. Aus der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige in München berichteten *Georg Kress*, *Bernhard Richarz* und *Astrid Thome* unter dem Gesichtspunkt von Symbiose und Trennung über die prozeßhafte Entwicklung zweier Patienten in der Maltherapie.

Umrahmt wurde der Kongreß von einem sorgfältig gestaltetem Kulturprogramm, dessen Höhepunkt der Besuch im Museum für Bildende Kunst bildete, bei dem ansonsten öffentlich nicht ausgestellte Radierungen von *Goya* zu sehen waren.

Bernhard Richarz (München)

Besuch von Vertretern der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) in Warschau

Auf Einladung von Frau Prof. *Rosińska* von der Philosophischen Fakultät der Universität Warschau und von Dr. *Guzek*, Psychiater und Psychotherapeut sowie Vize-Präsident des seit drei Jahren bestehenden Warschauer C.G. Jung-Clubs, besuchten Dr. med. *Rolf Schmidts* und Dipl. Psych. *Gabriele von Bülow* vom 18.-21. Januar 1996 Warschau.

Im Rahmen eines Seminars der Philosophischen Fakultät, das sich mit der Beziehung von Philosophie und Psychologie beschäftigte, stellte Dr. *Schmidts* die ganzheitliche Dynamisch-Psychiatrische Schule *Günter Ammons* und ihre praktische ambulante wie stationäre Arbeit vor. Insbesondere konzentrierte sich sein Vortrag auf die philosophischen Implikationen des Begriffs der Ganzheitlichkeit bei *Ammon* und dessen psychiatriehistorische Wurzeln. Der Vortrag stieß auf großes Interesse, vor allem ethische Fragen wie die nach der Verantwortlichkeit und nach dem Menschenbild wurden lebhaft diskutiert. Mit Frau Prof. *Rosińska*, die zugleich Psychologin ist und eine Reihe von Buchveröffentlichungen über *Freud* und *Jung* sowie über psychoanalytische Kunst- und Kulturtheorie publizierte, wurden in zwei folgenden Treffen eine weiterführende Zusammenarbeit anvisiert. Nach einem Konzert in der Landvilla des bekannten polnischen Nationaldichters *Iwaszkiewicz* fand in ihrem großzügigen, gastfreundlichen Haus eine freundschaftliche und wissenschaftlich anregende Begegnung statt.

Im Rahmen des gut besuchten Seminars des Jung-Clubs in den Räumen eines Renaissance-Schlösschens referierte Frau *von Bülow* vor Medizinern, Psychologen und Studenten der Philosophie über die Bedeutung der Sprache in der Psychotherapie, insbesondere im Rahmen der nonverbalen Therapiemethoden. Das Interesse in der anschließenden ausführlichen Diskussion richtete sich schwerpunktmäßig auf behandlungsmethodische Fragen.

Das wissenschaftliche Programm fand seine Fortsetzung in der Tagesklinik der staatlichen Psychiatrischen Klinik auf Einladung des zuständigen Abteilungsarztes und Präsidenten des Warschauer Jung-Clubs, Dr. *Dudek*. Dr. *Dudek* bringt eine psychiatrisch-psychotherapeutische Zeitung heraus – »Albo albo« –, die sich besonders kreativen Prozessen und den fachdisziplinübergreifenden Themen widmet.

Dr. *Dudek* zeigte uns seine freundliche, modern wirkende und gut ausgestattete Abteilung, in der fünfzehn depressive Patienten teilstationär durch ein Team von acht qualifizierten Mitarbeitern behandelt werden, u.a. durch Psychodrama-Therapie.

Der Vortrag über humanstrukturelle Musiktherapie sowie die sich anschließende Video-Demonstration mit Beispielen der Musiktherapie in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige in München von Dr. *Schmidts* wurde mit wacher Aufmerksamkeit rezipiert. In der Reaktion der Teilnehmer auf den Workshop in Musik-Selbsterfahrung, die sich dem

Gruppenprozeß mit großem Vertrauen öffneten, war persönliche Berührt-heit und Staunen über die Möglichkeiten einer kreativen, gruppendyna-misch geleiteten Gruppe spürbar. Spontan wurde von vielen Teilnehmern eine Fortsetzung dieser Erfahrung gewünscht, deren Realisierung mit Dr. *Dudek* und Dr. *Guzek* ins Auge gefaßt wurde.

Rolf Schmidts (München), *Gabriele von Bülow* (Berlin)

Mit Pauken und Trompeten zurück ins Leben

Münchener psychiatrische Klinik setzt auf die heilenden Kräfte der Musik

München (epd). Die junge Frau trommelt wie besessen. Ein langes Stakato, ein kurzer Trommelwirbel und als ein Stock abbricht, trommelt sie mit den Händen weiter. Eine Partitur gibt es nicht für ihr Stück, der Rhythmus kommt ganz aus ihr selbst. Waltraud E. (Patientennamen von der Redaktion geändert) trommelt, als ob sie um ihr Leben kämpfen müßte. Und sie kämpft tatsächlich. Sie will endlich Nein sagen können. »Beim letzten Schlag habe ich dann gespürt, wie sich mein Körper aufrichtete. Ich habe richtig ge-merkt, daß ich das Recht habe, Nein zu sagen«, erzählt sie hinterher.

Waltraud E. ist Patientin in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige in München. Einmal pro Woche trifft sie sich mit anderen Patienten zur Musiktherapie. Mit Trommeln, Xylophonen, Rasseln, Gongs oder einem Klavier machen sie sich dann auf die Suche nach ihren wahren Gefühlen. »Es sind vor allem Menschen, die in ihrer Intimsphäre verletzt sind und unter Leistungsdruck und Schuldgefühlen leiden«, erklärt Chef-arzt *Rolf Schmidts*, der die Musikgruppe leitet. Er setzt auf die heilenden Kräfte der Musik, die in den 50er Jahren schon von *Gertrud Orff*, Ehefrau des Münchner Komponisten *Carl Orff*, entdeckt worden sind.

Seinen eigenen Ansatz zur Musiktherapie hat er 1978 entwickelt: »Alles, was in der Gruppe passiert, muß mit Instrumenten oder mit der Stimme ausgedrückt werden«, erklärt er. Und obwohl es für die Improvisationen keine musikalischen Regeln gibt, entdeckt mancher in der Musikgruppe ein bisher verborgenes Talent in sich. Nach den Erfahrungen des Therapeuten haben die Patienten häufig viele Begabungen, ohne sie zu nutzen. »In der Musik können sie sich eine neue Welt erschließen«.

Nach jeder Improvisation ermutigt der 59jährige Arzt seine Patienten, zu erzählen, was sie erlebt haben – sowohl die Zuhörer als auch die Musi-zierenden. Ein Trommelduell könne zum Beispiel Wut ausdrücken, Wie-genlieder zeugten von der Suche nach Geborgenheit und ein Wechsel der Tonart oder gar ein Posthorn-Motiv könne auf den inneren Aufbruch des Musizierenden hindeuten. »Wenn alle Krach machen, gibt es viel Angst und Eifersucht im Raum«, erklärt er. Auch über diese Gefühle wird in der Therapie gesprochen. Die Aufgabe des Arztes sei dabei, den Patienten innere Sicherheit in einem geschützten Rahmen zu vermitteln.

Chefarzt *Schmidts* ist überzeugt von seiner Methode, obwohl sie nicht unumstritten ist: Musiktherapie wird zwar seit Jahren erfolgreich in der Psychosomatik und der Neurosentherapie angewendet, findet aber nur wenig Freunde in der Psychiatrie. Die Fortschritte der Patienten seien zu wenig meßbar, ist ein gängiges Gegenargument. Doch für *Schmidts* ist es ein unbestreitbarer Erfolg, wenn sich die Patienten nach der Musiktherapie-Stunde wohler fühlen als zuvor. Thomas W., ebenfalls Patient in der Klinik Menter-schwaige, erlebt die Musik denn auch als befreiend: »Manchmal empfinde ich unendliche Trauer, Zufriedenheit oder Geborgenheit. Gefühle, die ich früher nicht erlebt habe«. (729/3.5.95)

Karin Hertzner, epd: Landesdienst Bayern)

Zum 60. Geburtstag von Dr. med. Rolf Schmidts

Am 21. März feierte Dr. med. *Rolf Schmidts* seinen 60. Geburtstag. In ihrer Ansprache vor Freunden und Mitarbeitern würdigte Frau Dr. phil. *Ilse Burbiel* den Chefarzt der Dynamisch-psychiatrischen Klinik Menter-schwaige, den Ärztlichen Leiter des Münchner Lehr- und Forschungsinstitutes der Deutschen Akademie für Psychoanalyse, den Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für psychosomatische Medizin (DGPM) und das Vorstandsmitglied der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) und der World Association for Dynamic Psychiatry WADP als einen langjährigen, innigen Freund, Mitarbeiter, treuen Kollegen und Vorgesetzten, als einen der zuverlässigsten Weggefährten für eine humanitäre Psychiatrie.

Die Redaktion

Ankündigungen / Announcements

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

Leitung: Dr. med. Rolf Schmidts
 Ort: Tagungszentrum der DAP in Paestum (Süditalien)
 Zeit: 31.03. – 10.04.1996
 Information: Lehr- und Forschungsinstitute der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V.,
 LFI Berlin, Kantstr. 120/121, 10625 Berlin, Tel: (030) 3 13 26 98
 LFI München, Goethestr. 54, 80336 München, Tel.: (089) 53 96 74

Symposium »Psychoanalytische Anthropologie«

Veranstalter: Neue Gesellschaft für Psychologie, Arbeitsgruppe Psychoanalyse und Psychologie
 Ort: Berlin
 Zeit: 20. – 21.04.1996
 Information: Prof. Dr. Jürgen Körner, Freie Universität Berlin,
 Tel.: (030) 8 38-52 77, Fax: (030) 838-7 54 81

Pre-Conference Workshops WAPR

Title: Psychosocial Rehabilitation: Moving towards the 21th century
 Organizer: World Association for Psychosocial Rehabilitation (WAPR)
 Location: Rotterdam
 Time: April 20, 1996
 Information: Congress office Bureau PAOG –Amsterdam,
 Tafelbergweg 25, 1105 BC Amsterdam,
 Phone: +31 20-5 66 48 01, Fax: +31-20-6 96 32 28

5. Weltkongreß für psychosoziale Rehabilitation

Thema: Psychosocial Rehabilitation: Moving towards the 21th century
 Veranstalter: World Association for Psychosocial Rehabilitation (WAPR)
 Ort: Rotterdam
 Zeit: 21. – 24.04.1996
 Information: D.A.P.R., Westersingel 94, 3015 LC Rotterdam,
 the Netherlands, c/o Mrs Lilian von Reenen,
 Tel. +31-10-4 36 75 77, Fax: +31-10-4 36 72 73

17. Donauesymposion für Psychiatrie

Ort: Timișoara – Romania
 Zeit: 24. – 27.04.1996
 Information: Dr. Monica Ienciu, Clinica Psihiatrică Timișoara, Str. I.
 Văcărescu 21, 1900 Timișoara-Romania,
 Tel.: 0040-56-19 38 59, Fax: 0040-56-19 09 24

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 (Süditalien)
 Zeit: 29.05. – 08.06.1996
 Information: Lehr- und Forschungsinstitute der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V.,
 LFI Berlin, Kantstr. 120/121, 10625 Berlin, Tel: (030) 3 13 26 98
 LFI München, Goethestr. 54, 80336 München, Tel.: (089) 53 96 74

1. Kongreß des World Council for Psychotherapy WCP

Thema: The World of Psychotherapy
 Veranstalter: European Association for Psychotherapy
 Ort: Wien
 Zeit: 01. – 05.07.1996
 Information: ICOS Congress Organisation Service Ges. mbH,
 Schleifmühlgasse 1, Vienna,
 Tel.: +43-1-5 87 60 44, Fax: +43-1-5 87 60 59

8. Weltkongreß für Musiktherapie

Thema: Klang und Psyche
 Ort: Hamburg
 Zeit: 14. – 20.07.1996
 Information: Dr. Henk, Smeijsters, Dr. De Weverlaan 7,
 64116 GN Heerlen, the Netherlands,
 Tel.: +27-140-84 24 70/1, Fax: +27-140-2 48 94

11th World Congress on Medical Law

Organizer: The World Association for Medicayl Law
 Location: Nothwest South Africa
 Time: July 28 – August 1, 1996
 Information: International Centre of Medicine & Law, P.O. Box 51,
 Bohrmansdrif 2867,
 Tel.: +27-140-84 24 70/1, Fax: +27-140-2 48 94

Xth World Congress of Psychiatry

Title: Satellite Symposium on »Suicidal Behavior«
 Organizer: Hungarian Psychiatric Association
 Location: Budapest
 Time: August 21 – 22, 1996
 Information: Contours Congress and Travel Bureau Ltd., Ms Katalin
 Cuhorka-H-1123 Budapest, Alkotas Str. 47, Hungary,
 Phone: +36-1.212-22 39, Fax/Phone: +36-1-156-67 12

X World Congress of Psychiatry

Title: One world, one Language
 Organizer: World Psychiatric Association
 Location: Madrid
 Time: August 23 – 28, 1996
 Information: Secretariat: Tilesa, O.P.C.,
 Princesa, 81 – 2º Izq, 28008 Madrid (Spain),
 Tel.: (34-1) 544 88 54, Fax: (34-1) 544 98 75

10th European Symposium in Group Analysis

Title: »Destruction and Desire«
 Organizer: The Group Analytic Society
 Location: University of Copenhagen
 Time: August 24 – 29, 1996
 Information: Conventum Congress Service,
 Hanchsvej 14, DK-1825 Frederiksberg C, Denmark
 Tel.: +45 31 31 08 47, Fax: +45 31 31 06 14

Kongreß der DGPPN '96

Thema: »Im Spannungsfeld zwischen Spezialisierung und Integration –
 Entwicklungstendenzen der Psychiatrie, Psychotherapie
 und Nervenheilkunde«
 Veranstalter: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und
 Nervenheilkunde
 Ort: Congress Center Düsseldorf
 Zeit: 17. – 21.09.1996
 Information: Kongreßbüro CPO Hanser Service,
 Büro Hamburg, Postfach 1221, D-22882 Barsbüttel,
 Tel.: (040) 67 08 82-0, Fax: (040) 6 70 32 83

3rd Hungarian Congress on Alzheimer's Disease

Organizer: Alzheimer's Disease Society of Hungaria,
 Hungarian Society of Neurologists and Psychiatrists
 Location: Budapest
 Time: October 17–19, 1996
 Information: P. Tariska, Memory Clinic of the National Institute of
 Psychiatry and Neurology

Congress: First Psychotic Episode of Schizophrenia

Organizer: AMC-IROS Group & Dutch Schizophrenia
 Location: RAI Congress Centre Amsterdam
 Time: November 28 – 29, 1996
 Information: Congress office, Bureau PAOG -
 Amsterdam, Tafelbergweg 25, 1105 BC Amsterdam
 Tel.: +31-20-5 66 48 01, Fax: +31-20-6 96 32 28

Im nächsten Heft erscheint...

Maria Ammon (Berlin)

Theorie und Praxis der Dynamischen Psychiatrie

Modest M. Kabanow (St. Petersburg)

Günter Ammon and the Concept of Rehabilitation

Rolf Schmidts (München)

Das ganzheitliche Prinzip in der humanstrukturellen Psychotherapieschule

Günter Ammons

Amnon Carmi (Haifa)

Dynamic Psychiatric Interview

Béla Buda (Budapest)

Nachholdende Ich-Entwicklung – Ein von Günter Ammon formuliertes

Konzept von großer therapeutischer Bedeutung

B.D. Karwarsarski (St. Petersburg)

The Influence of Dynamic Psychiatry of Günter Ammon upon Becoming
of Psychotherapeutic Services in Hospitals of Russia

Gerhard Wolfrum, Gisela Finke (München)

Der Ich-Struktur-Test (ISTA) nach Ammon – Erste Ergebnisse nach der
Revision

Ilse Burbiel (München)

Psychoanalytische Ausbildung in der Dynamischen Psychiatrie

Impressum

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

»Pinel« Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie GmbH München,
Goethestraße 54, D-80336 München, Tel. (089) 53 96 74, Fax (089) 5 32 88 37

Verlagsleitung und Hauptgeschäftsstelle/Head Office:

Kantstraße 120/121, D-10625 Berlin, Tel. (030) 3 13 28 93, Fax (089) 3 13 69 59

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

Dipl. Psych. Maria Ammon, Berlin (14%); RA Thomas Hessel, München (7%);

Dr. med. Rolf Schmidts, München (6%)

Geschäftsführer des Verlages: Dipl. Ing. Werner Schütz, Kantstraße 120/121,
D-10625 Berlin

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

Herausgeber/Editor: Dipl. Psych. Maria Ammon, Meierottostraße 1,
D-10719 Berlin (verantwortlich für den wissenschaftlichen Teil)

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

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

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

Anzeigen/Advertising Manager: Dipl. Psych. Maria Rettenberger, Schmellerstr. 17,
D-80337 München (verantwortlich)

Abonnentenabteilung/Subscription management: Dipl. Ing. Werner Schütz,
Kantstraße 120/121, D-10625 Berlin

Manuskripte nimmt die Redaktion/Manuscripts should be sent to:

Hauptschriftleitung/Address of the editorial staff:

Dipl Psych, Maria Ammon, Kantstraße 120/121, D-10625 Berlin

Mitglieder der Redaktion/Members of the editorial staff:

Dipl. Psych. Maria Ammon, Dr. med. Anette Binder, 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. med. Ulrike Fabian, Dr. phil. Gertraud Reitz, Dr. med. Bernhard Richarz, Dipl. Psych. Sylvelin Römisch, Dipl. Psych. Margit Schmolke, Dipl. Psych. Astrid Thome, Dipl. Psych. Gerhard Wolfrum.

Die veröffentlichten Artikel geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder. Manuskripte werden in Deutsch und Englisch 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 nicht vier Wochen vor Ablauf des Bezugsjahres gekündigt wird. Zahlung des Jahresabonnements bis zum 1.4. d.J. auf das folgende Konto: Berliner Volksbank (BLZ 100 900 00), Kto.-Nr. 24 011 208.

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 German and English. 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.

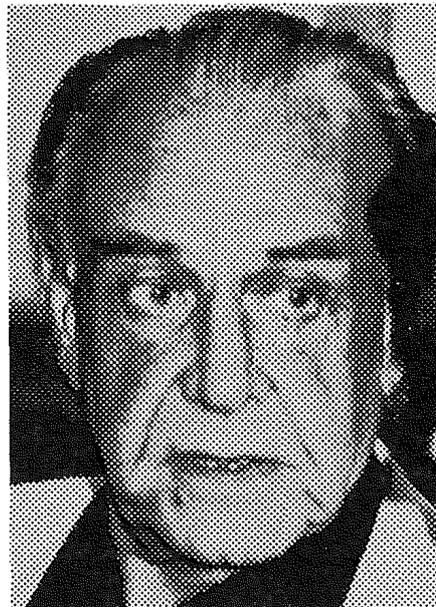
Generally, only unpublished manuscripts will be accepted. Articles published in this journal may not appear in any other publication.

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, Berliner Volksbank (BLZ 100 900 00), Kto.-Nr. 24 011 208.

Günter Ammon

VORTRÄGE 1969 – 1988



Das Buch enthält eine Sammlung von entscheidenden weiterführenden Arbeiten Günter Ammons über einen Zeitraum von 20 Jahren. Heute, da die Dynamische Psychiatrie sowohl theoretisch wie praktisch als zukunftsweisende Alternative zu den bestehenden psychiatrischen und psychoanalytischen Richtungen Gestalt gewonnen hat, kommt einer Sammlung, die die Entwicklung dieser Schule vor Augen führt, besondere Bedeu-

tung zu. In ihr zeigt sich die Dynamische Psychiatrie nicht als ein festes abgeschlossenes Lehrgebäude, sondern als eine lebendige, sich verändernde Theorie – als ein offenes System. So bietet dieses Buch Gelegenheit, die Entstehung einer grundlegenden neuen Konzeption vom Menschen von den ersten Keimen an zu erleben: die Geburt eines neuen Paradigmas, aus dem Geiste ständiger Auseinandersetzung.

Paperback DM 38,50
500 Seiten
ISBN-Nr. J-922-109-00-4



»Pinel« Verlag für humanistische Psychiatrie
und Philosophie GmbH
Kantstraße 120/121, 10625 Berlin