

Dynamische Psychiatrie

Begründet von
founded by
Günter Ammon

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

Vol. 41. Jahrgang

2008•1-4

Nr. 225-228

Dynamic Psychiatry

WADP • 25 Years: What is New in Psychiatry? • 2

Ilse Burbiel

Günter Ammon – Leben und Werk

Günter Ammon

Freundschaft • Welche Bedeutung hat Freude im Leben des Menschen?

Béla Buda

Social energy: a revolutionary concept of therapy and its new interpretations and evidences

Wielant Machleidt

The foreign in the self – the self in a foreign country

Klaus Hoffmann, Reinhard Mielke

Addicted immigrant offenders: is a bad prognosis inevitable?

Viveca Hazboun

Trauma interventions

Aida Sarac-Hadžihalilovic, Faruk Dilberovic, Abdulah Kucukalic

Hippocampal Volume in Posttraumatic Stress Disorder

Nataly Hoffmann, Renate Fischer, Walter Funk

Implementierung einer Kurzzeitspsychotherapieeinheit in das Therapiekonzept der Dynamisch
Psychiatrischen Klinik Mengerschwaike

Georg Kress

Kreative Schritte aus dem Trauma

Erwin Leßner

Psychodynamik und Behandlung der Aufmerksamkeits-Defizit-Störung mit Hyperaktivität

ISSN 0012-740 X

Inhalt • Contents

Editorial (Hellmuth Cox; Freising)	1
Günter Ammon – Leben und Werk (Vortrag: Ilse Burbiel, München)	5
Ansprache zum Andenken an Günter Ammon (Raimond Battegay, Basel)	20
Ansprache zur Feier des 90. Geburtstags von Prof. Günter Ammon (Ingeborg Urspruch, München)	22
<i>Günter Ammon</i>	
Freundschaft	24
Welche Bedeutung hat Freude im Leben des Menschen?	28
<i>Béla Buda (Budapest)</i>	
Social energy: a revolutionary concept of therapy and its new interpretations and evidences	29
<i>Wielant Machleidt (Hannover)</i>	
The foreign in the self – the self in a foreign country	42
<i>Andrzej Guzek (Warsaw)</i>	
Contemporary attitudes towards death and dying	59
<i>Klaus Hoffmann (Ulm), Reinhard Mielke (Reichenau)</i>	
Addicted immigrant offenders: is a bad prognosis inevitable?	76
<i>Viveca Hazboun (Jerusalem)</i>	
Trauma interventions	91
<i>Aida Sarac-Hadžihalilovic, Faruk Dilberovic, Abdulah Kucukalic (Sarajevo)</i>	
Hippocampal Volume in Posttraumatic Stress Disorder	102
<i>Nataly Hoffmann, Renate Fischer, Walter Funk</i>	
Implementierung einer Kurzzeitpsychotherapieeinheit in das Therapiekonzept der Dynamisch Psychiatrischen Klinik Mengerschwaike	114
<i>Georg Kress (München)</i>	
Kreative Schritte aus dem Trauma	120
<i>Erwin Leßner (München)</i>	
Psychodynamik und Behandlung der Aufmerksamkeits-Defizit-Störung mit Hyperaktivität	138
<i>Saskia Heyden (München)</i>	
Was ist das Therapeutische an den therapeutischen Wohngemeinschaften der Dynamischen Psychiatrie?	151
<i>Reimer Hinrichs (Berlin)</i>	
Neue Formen ambulanter Psychotherapie bei Suchtpatienten in Deutschland	171
Buchrezension	
Raymond Battegay: Narzissmus und Objektbeziehungen (Thomas Haenel, Basel)	193
Nachrichten	
Was ist neu in Psychiatrie und Psychotherapie? – Bericht vom 15. Weltkongress der WADP in St. Petersburg (Thomas Bihler, Gisela Finke, München)	196
Erratum	204

Editorial

Mit zwei bislang im deutschen Sprachraum noch nicht veröffentlichten Texten wollen wir Ammon, der in diesem Jahr 90 Jahre alt geworden wäre, in dieser Ausgabe der Zeitschrift, die er 1968 gegründet hat, gleichsam noch mal zu Wort kommen lassen. Seinen Geburtstag in Erinnerung gerufen hat auch allen voran Ilse Burbiel, die in ihrer Rede anlässlich des 40-jährigen Jubiläums des Berliner Lehr- und Forschungsinstituts der DAP am 21.6.08 Leben und Werk Günter Ammons in den Mittelpunkt ihrer gleichzeitig ausführlichen und knappen Betrachtungen stellt. Außerdem drucken wir zwei Reden langjähriger Begleiter Ammons, wobei sich beide bis heute in unterschiedlicher Weise als geistige Mitstreiter erwiesen haben. Gemeint sind Raymund BATTEGAY, Psychoanalytiker und emeritierter Professor der Universität Basel und Ingeborg URSPRUCH, Lehranalytikerin am LFI der Münchener DAP und Präsidentin der DGDP, welche die Mengerschwaiger Psychotherapiegespräche am 9. Mai 2008 als Gelegenheit wahrgenommen haben, um in ihren Ansprachen ihre Verbundenheit und ihre Bewunderung für diesen Mann zum Ausdruck zu bringen.

Nicht von ungefähr war das Thema dieser Mengerschwaiger Psychotherapie-tage die Borderline-Therapie, zumal von dieser eine Antwort auf eine psychische Erkrankung erwartet wird, welche sich nicht in einem Symptom äußert, sondern in einem generell misslingenden Lebensentwurf und somit noch immer eine Herausforderung darstellt, bei der eine Rückbesinnung auf die von Ammon geschaffene Begrifflichkeit einer 'Behandlungswissenschaft' nicht ausbleiben konnte.

Schon in der ersten Ausgabe der Zeitschrift 'Dynamische Psychiatrie' aus dem Jahr 1968 vermittelte Ammon ein Bild von seinen Vorhaben, psychisches Leiden einer um Kontinuität bemühten Betrachtungsweise und Begrifflichkeit zu entziehen, die anfangs in Deutschland überdauert hatte und im Rahmen derer trotz redlicher Bemühungen es nicht gelingen sollte, vereinfacht gesagt, 'Fortschritt und pessimistische Anthropologie' (Martin DEHLI 2007) zu versöhnen und die sich nur allmählich Ideen gegenüber aufgeschlossen zeigen konnte, welche es ermöglichten, psychoanalytisches Denken auch für Erkrankungen jenseits der Neurose nutzbar zu machen

Ammons Programm war, die psychiatrische Erkrankung einer Behandlung zu entreißen, die mit den wenigen Ausnahmen sozialpsychiatrischer Bemühungen im Grunde ihre Gettoisierung und Aussperrung fortsetzte, gleichzeitig versuchte er die Voraussetzungen zu schaffen, die immer mehr in den Mittelpunkt des psychotherapeutischen Interesses geratenen Psychopathologien, landläufig

subsumiert als Persönlichkeitsstörungen, als Borderlinestörung einer Behandlung zuzuführen, welche den Begriff der Grenze mit allen die Psychologie dieser Krankheit widerspiegelnden Facetten in den Erklärungsansatz mit einbezieht. Zum Schauplatz dieser Behandlung wurde von Ammon in gewisser Weise die 'Gruppendynamik der Aggression' erkoren.

Sein Genie bestand damals darin, dass er die Zeichen der Zeit erkannte, vornehmlich das neue demokratische Selbstverständnis der angelsächsischen Nationen, die sich unter Einsatz des eigenen Lebens dem Terror eines menschenverachtenden Regimes widersetzt hatten. Auf welche Weise, dieses zur Erkundung neuer die Gemeinschaft berücksichtigende Methoden und Anwendungen in der Psychiatrie beitrug, blieb ihm nicht verborgen, und er nutzte ihr Beispiel zur Entwicklung eigener Ideen, die er bereits in den weiteren Ausgaben der Dynamischen Psychiatrie erläuterte und vortrug. Als immer noch lesenswert muss in diesem Zusammenhang Ammons Artikel 'Zur psychoanalytischen Theorie und Praxis von Anpassung und Emanzipation' aus dem ersten Heft des 3. Jahrgangs 1970 erwähnt werden, in dem er, wenn auch nur implizit, Bezug nimmt auf die Dialektik von Anpassung und Emanzipation, die sein eigenes Denken bestimmte und vor Einseitigkeit, nicht aber vor Bestimmtheit bewahrte.

Ammon nahm das damalige studentische Aufbegehren gegen die deutsche Nachkriegsgesellschaft als Anregung und als Anlass, sein Verständnis einer psychoanalytischen Praxis und Theorie auf eine Weise vorzustellen, die von einer mitmenschlichen Angewiesenheit als *Conditio humana* ausgeht und damit die Ausgeliefertheit an biologische Mechanismen in den Zusammenhang einer die menschliche Entwicklung a priori begleitende Gruppe stellt und dieser damit den Schrecken nimmt. Außerdem gab diese Auffassung die Gelegenheit den von Freud in der Schwebelage gehaltenen Bereich der Hypothesenbildung hinter sich zu lassen, und wohlmöglich als ein ideologisches Instrument zur Etablierung eines den Diskurs bestimmenden Herrenschriftstücken in Betracht zu ziehen. Die Rede ist hier vom Konzept des Todestriebs, auf den sich im weitesten Sinne Freuds kulturpessimistische Einstellung gründete und an dem einige Psychoanalytiker sich Halt suchend klammerten.

Dagegen blieben bei Ammon die freien gestalterischen Möglichkeiten besser aufgehoben und hineingestellt in dem selbständigen Entscheidungen Raum gebenden Spannungsfeld der Gruppe, deren erlebbare Geschlossenheit zum Zeichen und Voraussetzung der Aufhebung psychischen Leids wird.

Ammon stützte sich bei der Entwicklung seiner Ideen, was vielleicht im Laufe der Zeit etwas in Vergessenheit geriet, auf die Ich-Psychologie hartmannscher Prägung, die es erlaubte die Ich-Entwicklung unter Gesichtspunkten

zu betrachten, die diese aus einer durch die Triebverhaftetheit des Menschen gekennzeichneten konfliktuösen Sphäre herauslösten, dafür aber in die wechselseitige Abhängigkeit vom jeweiligen Niveau der Organisation von Individuum und Gesellschaft stellte.

Bela Budas Artikel in diesem Heft greift dieses Thema wieder auf, sowie es von Ammon in den vergangenen Jahren seiner Lebenszeit weiterentwickelt wurde und seinen vorläufigen Abschluss in der Konzeptualisierung der Sozialenergie gefunden hatte. Sein Artikel ist eine Aufforderung das mit diesem Begriff verbundene revolutionäre Therapiekonzept als Basis zu nutzen, die Psychoanalyse in Theorie und Praxis weiterzuführen.

1983 veröffentlichte der 65-jährige Ammon dieser Zeitschrift den Aufsatz 'Das Prinzip der Sozialenergie im holistischen Denken der Dynamischen Psychiatrie'. Dieser Artikel selbst ist Zeugnis seines Bemühens im Kontakt zu bleiben mit allen Bereichen menschlichen Erlebens und Verhaltens. Der Begriff Sozialenergie half die Kontinuität zur Psychoanalyse Freuds aufrechtzuerhalten, aber bedeutete auch eine Abgrenzung. Psychische Energie konnte nicht länger mehr reduktionistisch und als letztendlich biologisch-physikalische Größe mit entsprechender Gesetzmäßigkeit gesehen werden. Sondern das Körperliche und Organische erwies sich als ein Aspekt einer ganzheitlich zu erfassenden Persönlichkeitsorganisation, die in ihrer Entstehung und auch was ihre Verfassung späterhin anbetrifft, immer schon auf die soziale Umgebung angewiesen ist.

Die soziale Umgebung wird erfahrbar durch die Gruppe und verliert unter Zuhilfenahme einer gruppendynamischen Erforschung und Erfassung ihre Ominosität und Anonymität. An dieser Stelle können wir nur auf zahlreichen Veröffentlichungen zum Thema der analytischen Gruppentherapie und Gruppendynamik in dieser Zeitschrift hinweisen, außerdem nutzen wir die Gelegenheit zur besonderen Erwähnung des gleichnamigen Hefts der Dynamischen Psychiatrie, das von Astrid Thome und Margit Schmolke 2007 herausgegeben wurde.

Die weitgestreuten Interessengebiete Ammons kommen nunmehr in den im vorliegenden Heft wiedergegebenen Reden und Würdigungen zur Sprache. In den bereits zu Anfang erwähnten kleineren Schriften greift Ammon auf ganz unpräzise Weise essentielle Dinge des menschlichen Lebens auf. Er vergisst dabei nicht, die Bedingungen zu berücksichtigen, die notwendig zur Werkstellung von Freude und Freundschaft sind. Er tut dies in beiden Schriften durch den immer wiederkehrenden Hinweis auf die Sozialenergie. Der Nikomachischen Ethik des Aristoteles können wir entnehmen, dass der antike Philosoph Freundschaft in Verbindung setzte mit einer Art von Tüchtigkeit.

Ist es gewagt, heute noch etwas Gleichwertiges auch aus Ammons Texten heraushören zu wollen. Beweist Ammons überlieferte Beschäftigung mit philosophischen Themen nicht sein damaliges Gespür für die Verpflichtung, als Arzt und Therapeut eine Form der Ertüchtigung bereitzustellen, eine Form der Therapie finden zu müssen, welche auch die Berücksichtigung ethischer Fragestellungen zur Voraussetzung von jedweder Heilung und Identitätsfindung machte.

Hellmuth Cox

Günter Ammon – Leben und Werk

Ilse Burbiel (München)

Sehr geehrte Damen und Herren,
 liebe Gäste, Freunde und Mitarbeiter, besonders des Berliner Institutes,
 liebe Frau von Bülow, liebe Maria,

es ist mir eine große Freude, anlässlich des 40-jährigen Jubiläums des Berliner Institutes, Günter Ammons, der am 9. Mai diesen Jahres 90 Jahre alt geworden wäre, und an dessen Geburtstag wir einen Symposiumstag in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige zum Thema Borderlinetherapie abhielten, Leben und Werk zu würdigen.

Den Menschen Ammon und sein Werk, die Spanne von 77 Jahren intensivsten Lebens und Schaffens, in einer einzigen Würdigung zu fassen, ist nicht möglich. Es widerstrebt mir, hier eine biographische Aufzählung von Einzelereignissen zu geben, die, werden sie nicht als ein Gesamtes in ein Feld von Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft einbezogen, nur ein Versuch wäre, Ammon als Menschen und sein Wirken zu ordnen, zu systematisieren und die Chronologie der Jahreszahlen als lineare Richtschnur zu Hilfe zu nehmen. Dies wäre auch Ammons Wesen, Bewusstsein, Lebensstil und wissenschaftlichem Werk fremd.

Ammon, der sich Zeit seines Lebens gegen jede Form von Systematisierung, eindimensionaler und linearer Betrachtung von Lebenszusammenhängen gewehrt hat, war ein Denken, wonach aus einem Ereignis das andere folgt und darauf zurückführbar wäre, fremd und könnte nie das fassen, was Ammon so wichtig war: die lebendige Zeit, die sich in jedem Augenblick im Dialog, in der bedeutsamen Begegnung mit anderen Menschen und wichtigen Dingen, aufspannt und in der sich Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft zu einer Einheit verbinden. So will auch ich in meiner Rede keine systematisierte Vollständigkeit anstreben, sondern versuchen, mit Ihnen in einen inneren Dialog über Günter Ammon und über das, was ihn und sein Werk ausmachte, zu treten.

In den Räumen des Berliner Institutes, nahm vor 40 Jahren die Bewegung der Berliner Schule der Dynamischen Psychiatrie ihren Anfang, als Prof. Ammon nach seiner 10-jährigen Tätigkeit in Lehre, Forschung und Behandlung an der Menninger Foundation und Menninger School of Psychiatry in Topeka (USA) in seine Heimatstadt zurückkehrte. Ammon hat sich für sein Anliegen,

Vortrag anlässlich des 40-jährigen Jubiläums des Berliner Lehr- und Forschungsinstitutes der DAP am 21. Juni 2008

die zur damaligen Zeit psychotherapeutisch als nicht behandelbar geltenden, in ihrem Bindungsaufbau früh gestörten Patienten, wie z. B. die psychotisch- und borderline-erkrankten Menschen, aus ihrer Lebensarretierung heraus zu helfen, gründlich vorbereitet und sich viel Zeit gelassen.

Zwei Jahre Aufenthalt in den Vereinigten Staaten hätten ausgereicht, um sich das notwendige wissenschaftliche und therapeutische Rüstzeug zu erarbeiten. Aber er wollte sich alles 'von der Pike auf' aneignen: Daher auch, nach der ersten großen freudianischen Lehranalyse bei Carl MÜLLER-BRAUNSCHWEIG am Berliner Psychoanalytischen Institut der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung und der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung (1952-56), seine zweite große ich-psychologisch orientierte Ausbildung bei Isaac RAMSEY am Topeka Psychoanalytical Institute und seine intensiven Bemühungen und Erfahrungen bei Carl MENNINGER zwischen 1956 und 1965 in der Psychosen-, Milieu-, Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik. Sein besonderes Interesse galt dort der Arbeit in und mit Gruppen, allen voran der Milieupsychotherapie, deren ich-psychologisch orientierte theoretische Fundierung er als Abschlussarbeit seiner Graduation an der Menninger School of Psychiatry im Jahre 1959 vorlegte, um sich dann gemeinsam mit Carl MENNINGER, Jerome FRANK, Steven APPLEBAUM und Leonard HORWITZ der Wiedereinführung der Gruppenpsychotherapie in die Menninger Klinik zu bemühen. In diese Zeit fiel auch, mit der Begegnung mit Prof. PERLMUTTER, einem Schüler von Kurt LEWIN, Ammons erste Beschäftigung mit den Grundlagen der Gruppendynamik.

Ammons Rückkehr nach Deutschland war dringend notwendig geworden. Dynamisch-psychiatrisches Gedanken- und Behandlungsgut sollte nach dem Exodus der Psychoanalyse aus dem nationalsozialistischen Deutschland wieder in die deutsche Psychiatrie reintegriert werden. Nach Leopold BELLAK trug Ammon wesentlich dazu bei „das Loch, das in der Hitlerzeit durch die Ausweisung der Psychoanalyse entstanden war, ... in den Nachkriegsjahren allmählich nachzuholen und auszufüllen“ (1973).

Dynamische Psychiatrie stand schon immer für die wissenschaftlichen und therapeutischen Bemühungen, die Psychoanalyse für die psychiatrische Wissenschaft und Behandlung nutzbar zu machen. Dies erforderte nicht nur eine Erweiterung der psychoanalytischen Theorie und Modifizierung ihrer Behandlungsmethodik, sondern auch einen Paradigmenwechsel in der Psychiatrie. Ausgehend von den Ansätzen der amerikanischen Dynamischen Psychiatrie hat Günter Ammon in den Folgejahren seine Berliner Schule durch die konsequente Integration des gruppendynamischen Ansatzes, der Etablierung eines Identitätsstrukturkonzeptes sowie durch die Anerkennung real erlebter zwi-

schenmenschlicher Traumatisierungen in der frühesten und späteren Lebensgeschichte bereits in den 60er Jahren die Voraussetzungen für die analytisch begründete Behandlung der 'früh gestörten Patienten' mit 'archaischen Identitätsdefiziten' geschaffen. „Ich habe damals“, so Günter Ammon in einem 1987 bis 1988 durchgeführten Interviewzyklus mit Oskar SAHLBERG, „den Paradigmenwechsel in der Psychiatrie eigentlich vollzogen mit der Erforschung und auch der Psychotherapie der Schizophrenie“.

Ammons Loslösung aus gelernten Behandlungsnormen begann bereits vor der Emigration in die USA in den beginnenden 50er Jahren mit der Behandlung der Schizophrenie erkrankten Malerin und Grafikerin Juanita, die mehrfach veröffentlicht wurde. Eigentlich, so Günter Ammon begann bereits in dieser Zeit 'die erste Entfremdung' zu der freudianischen Psychoanalyse.

Um diese archaisch frühest gestörten Patienten in der Tiefe ihres Wesens zu verstehen und zu erreichen, gehörte vieles, so Günter Ammon in dem o. g. Interviewzyklus:

Es gehörte dazu ein ganz neues Menschenbild, ein neues Bild von dem Therapeuten und seiner Beziehung zu seinen Leidenden, die er heilen will; und es gehörte dazu ein ganz neues Umgehen mit Mitarbeitern, ein ganz neuer Stil in der Therapie [...]. Denn bei der Schizophrenietherapie hat man sich bei einem Menschen auch vorzustellen: Was ist an ihm interessant, was ist gesund, kräftig, schöpferisch? Was ist besonders bei ihm? Wenn man das einmal vor Augen hat und sich auch von den ganzen alten Vorstellungen – auch innerlich – frei gemacht hat: Er wäre endogen, er wäre unbehandelbar und [...] nur dann kann man wirklich zu schizophran Kranken oder schizophran Reagierenden, sage ich lieber, um dieses soziale Todesurteil 'Schizophreniediagnose' zu vermeiden, Kontakt allmählich entwickeln. [...] Man muss es versuchen: Der Kampf um Kontakt mit den schizophran reagierenden Menschen ist eigentlich der rote Faden in der gesamten Behandlung und ich sage immer zu meinen Schülern und Freunden 'wenn ihr es geschafft habt, Kontakt herzustellen, dann ist der Patient geheilt.

Die Frage nach dem Wesen des Menschen, nach einem tieferen Verständnis dessen, was den Menschen ausmacht, und immer wieder die Frage nach der Idee seiner einzigartigen gesunden und kranken Entwicklung, machte wesentlich das Lebenswerk Günter Ammons aus. Dank seiner großen intuitiven Kraft und wissendem Schauen, geprägt durch die tägliche Begegnung mit dem Rat suchenden Patienten selbst, hat er für notwendige wissenschaftliche Entwicklungen gesorgt, immer auf dem Boden einer ganzheitlichen Wesensschau, die den Menschen in Begegnung und Auseinandersetzung mit dem Du und der Gruppe in einem Spannungsfeld von Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft sieht, wobei es gilt, das Gesunde des Menschen zu stärken und zum Wachsen zu bringen, damit die kranke Seelenlandschaft bereit ist, andere Menschen zuzulassen, um diese mit der eigenen und zwischenmenschlichen Kraft, die Am-

mon als die sozialenergetische Kraft formuliert hat, wieder zum Leben zu erwecken und sie zum Du, zum erfüllten Tätigsein, zum Schönen und Sinngebenden, zu übergeordneten Zielen und Aufgaben zu öffnen. Wenn Frieda FROMM-REICHMANN und Harry STUCK SULLIVAN die psychodynamische Ära der Schizophreniebehandlung eingeleitet haben, so wie dies Uwe Henrik PETERS (1992) in seinem akribischen Werk über die Emigration der Dynamischen Psychiatrie aus Deutschland in der Zeit des Nationalsozialismus betont, so kann über Ammon gesagt werden, dass er die gruppodynamische Ära der Schizophreniebehandlung eingeleitet hat. Ammons vehemente Kritik an der damaligen deutschen Psychiatrie und sein leidenschaftliches Plädoyer für eine 'Beziehungspsychoanalyse' bzw. eine gruppodynamische Psychoanalyse hat ihm viele wissenschaftliche Freunde und Wegbegleiter weit über die Grenzen Deutschlands hinaus gebracht, aber auch Widersacher aus dem Kreis der Psychiatrie und Psychoanalyse. Bis zur Akzeptanz bindungstheoretischer Formulierungen durch BOWLBY, seinen Mitarbeitern und Nachfolgern und damit der Akzeptanz der Auswirkungen früher Interaktionsvorgänge zwischen Mutter und Kind auf die Entwicklungsvorgänge beim Kind, galt die humanstrukturelle Psychoanalyse in manchen psychoanalytischen Kreisen als nicht analytisch.

Kranksein ist nach Ammon nicht der Verlust von gesund sein, sondern auch immer eine der menschlichen Möglichkeiten. Jeder Mensch hat gesunde und kranke Anteile in seiner Persönlichkeit, wobei es zwischen beiden fließende Übergänge gibt. Kranksein ist ein zeitweiliger Verlust der Homöostase der Identität. Krankheit bedeutet Stillstand von Entwicklung, eine Arretierung und ständige Wiederholung von Dynamiken, die keine Struktur verändernde Sozialenergieaufnahme zulassen. Kranke Menschen sind entfremdet in ihrem Kontakt zu sich selbst, zu ihrem Nichtbewussten, zu ihren Bedürfnissen nach Identität, entfremdet in ihrem Kontakt zu anderen Menschen, zur Umwelt, zur eigenen Geschichte, Kultur und Natur. Kranksein ist eine in der frühesten Kindheit beginnende tiefste Verletzung des Menschen in seinem Bedürfnis, als eigener und ganzer Mensch wahrgenommen zu werden.

Ammon begreift den Menschen als einen ganzheitlich und mehrdimensional in seinen seelischen, geistigen und körperlichen Seiten, Werdenden, der seine Identität immer wieder neu gestaltet in Richtung auf neue Entwicklungsmöglichkeiten und Ziele, ohne dass bereits Erreichte aufzugeben. „Identität ist das Bleibende in einer Persönlichkeit und sie ist gleichzeitig nichts Bleibendes. Identität ist ein Prozess, ein fortwährendes Suchen, eine fortwährende Entwicklung“ (Ammon 1999). Entwicklung ist nur in Beziehung zur Gruppe zu denken. Unter gesunder Entwicklung versteht Ammon die Möglichkeit, entwicklungsfähig zu bleiben, Sozialenergie annehmen und in Identität umwandeln

und wieder in die Gruppe geben zu können.

Ammons Anliegen war immer Zersplittertes, Gespaltenes, Unverbundenes im Menschen, zwischen den Menschen und zwischen den Menschen und ihrer Umwelt, der Natur, Kultur, Gesellschaft und der Welt, wieder zu einem Ganzen, zu einer ganzheitlichen Identität von Menschen und Gruppen, zu verknüpfen, damit wir Menschen in unseren Bezügen zu uns selbst und zu den anderen, uns aus dem Unvertrauten zur vertrauensvollen Begegnung, hin bewegen, aus der Arretiertheit in die Dynamik und in den Prozess weiterer Entwicklungen, aus der Sinnlosigkeit zur Sinnfindung, aus der Verzweiflung in die Getragenheit, aus dem Toten zum Lebendigen und Kreativen, aus dem Konkretistischen zum übergeordnet Geistigen, aus dem destruktiv Narzisstischen zur Solidarität, aus dem Hedonismus zur übergeordneten Aufgabe, aus der Einengung zu den mehrdimensionalen Entfaltungsmöglichkeiten.

In allem, was Ammon tat, ging es ihm darum, Arretierungen aufzuheben, die den Menschen binden und ihn unfrei machen. Philosophisch gesehen ist die Wiederherstellung der menschlichen Freiheit im tiefsten Sinne Ammons Anliegen, wobei für Ammon Freiheit nur in Verbundenheit mit dem anderen Menschen möglich sein kann. Ammons Freiheitsverständnis liegt in der Tiefe der Identitätsentwicklung, die ohne sozialenergetischen zwischenmenschlichen Raum nicht denkbar ist.

Identität ist, dass der Mensch sich als Werdender und als in seinem Werden zeitlich begrenztes Wesen auffasst, d. h., dass er sich wesensmäßig verändernd und sich dennoch übereinstimmend erlebt. Den Bezugsrahmen für das Wesensmoment, des Mit-sich-übereinstimmens in der Zeit, bildet die Einmaligkeit und Besonderheit des Ichs, die Unterscheidung von anderen Ichs und Nicht-Ichs, im interpersonellen Raum der Gruppe. Die erkenntnistheoretische Konsequenz von Identität als Wesensbestimmung menschlichen Lebens ist: Kenntnis von Wahrheit von Menschen besteht in der Erfassung ihrer Einmaligkeit und Besonderheit.

Menschsein ist bei Ammon nicht ein Begriff von etwas Statischem, sondern der Inbegriff eines dynamischen Pulsierens und Aufeinanderbezogenseins des Einzelnen und der Gruppe, wobei sich die energetische Kraft, bei Ammon die Sozialenergie aus der dialektisch-synergistischen Einheit bzw. der dynamisch sich ändernden Verbundenheit zwischen allen an diesem Prozess beteiligten Identitäten bildet.

Freiheit liegt in der Lösung des Menschen aus der Arretierung in der Vergangenheit hin zur Integration in die Gegenwart und Zukunft hinein. Denn das zukünftig Mögliche des Unbewussten ist dem Menschen wesensimmanent und stellt für jeden Menschen das Prinzip Hoffnung dar. Freiheit liegt in der Auf-

spannung vom linearen, eindimensionalen, kausal begründeten Lebensfeld des Menschen hin zu einer räumlich-zwischenmenschlich mehrdimensionalen Lebenswirklichkeit, in der die Dualismen von Gut und Böse, Freund und Feind, Mann und Frau, Jugend und Alter, gesund und krank aufgehoben sind, durch ein Denken in spektralen Verbindungen. Dualität bedeutet Nichtentwicklung, Nichtbegegnung, tote Zeit.

Um Getrenntsein wieder zu verbinden, so dass die verschiedenen Teile miteinander in eine energetische, pulsierende Schwingung geraten, bedarf es Menschen, die Integrationskraft in sich tragen, die sie anderen zur Verfügung stellen.

Eine dieser hervorragenden Persönlichkeiten, die aus einer inneren Notwendigkeit heraus sich dies zur Lebensaufgabe gemacht hat, war Günter Ammon. Er hat einen Zugang zu dem gesunden und kranken Menschen entwickelt, der sich dem Zugriff einer Schematisierung, Kategorisierung, Entgeistigung, Entleerung, Entwertung, kurz der Entfremdung des Menschen vom Menschlichen entzieht.

Mit dem Aufbau einer Dynamischen Psychiatrie in der BRD sollte nach der Rückkehr Ammons aus den USA sofort begonnen werden.

Es war die Zeit, in der nach ersten Veröffentlichungen von Ammon schon vor seiner 10-jährigen Zeit in Amerika, wozu z. B. auch seine blutphysiologischen Forschungen besonders über Tiefkühlung, Bluttransfusion, Syphilis und Blutkonservierung gehören, aber auch erste Veröffentlichungen zum Thema Androgynität im Jahr 1950, grundlegende Arbeiten erschienen, wie 'Gruppendynamik der Aggression', 'Gruppendynamik der Kreativität' und 'Dynamische Psychiatrie', in dem eine Psychiatriereform für die Deutsche Psychiatrie entwickelt wurde; und Jahre, in denen erste öffentliche Stellungnahmen für psychisch Kranke abgegeben wurden, wie beispielsweise eine erste Demonstration für die Rechte von psychisch Kranken in Berlin auf dem Kurfürstendamm zusammen mit anderen Organisationen und Gewerkschaften sowie Stellungnahmen gegen ein geplantes Zentralregistergesetz für psychisch Kranke.

Im gleichen Jahr, ebenfalls 1968, kam es auch zur Gründung des ersten psychoanalytischen Kindergartens in Berlin durch Gisela Ammon sowie der Aufbau des Tagungszentrums für intensive Gruppenpsychotherapie in Stelzerreut im Bayerischen Wald, nachdem bereits ein Jahr zuvor in Paestum bei Neapel auf archäologischem Gebiet ein altes Steinbauernhaus mit Grund erworben wurde, das sich nach und nach zum Tagungszentrum der DAP entwickelte, mit ersten 'Casa'-Kongressen und seitdem jährlich stattfindenden Tagungen.

Das war auch die Zeit, in der organisatorische Strukturen gelegt werden mussten, die der Arbeit in der Therapie, Prophylaxe und Ausbildung das not-

wendige Feld bereiten sollten, wie z. B. die Gründung der Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft (DGG), der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), die ersten Internationalen Kongresse in Paestum und Stelzerreut, die Gründung des ersten Institutes, hier in Berlin, die Gründung weiterer und folgender Institute und als wichtiger Kristallisationspunkt die Geburt der internationalen Zeitschrift 'Dynamische Psychiatrie / Dynamic Psychiatry', die von Ammon 1968 aus der Taufe gehoben wurde und als deren Herausgeber er bis zu seinem Tode diente. Die Zeitschrift, die in diesem Jahr ebenfalls vierzigjähriges Jubiläum feiern kann und die Ammon so viel zu verdanken hat, ist lebendige Geschichte und macht die wissenschaftliche, therapeutische und organisatorische Entwicklung einer Schule dem Leser transparent. Alles wird offen dargelegt und zur Diskussion gestellt, denn Transparenz und Öffentlichkeit war Ammons grundlegendes Prinzip. Es folgen in den weiteren Jahren mehr als 400 Veröffentlichungen und mehr als 20 Bücher, teilweise in mehrere Sprachen übersetzt, die Ammon geschrieben und herausgegeben hat.

Wissenschaftlich gesehen erfolgte der erste entscheidende Schritt auf dem Weg von einer ich-psychologisch und objektbeziehungstheoretisch fundierten amerikanischen Psychoanalyse hin zu einer gruppensystemisch-sozialenergetisch fundierten identitätsstrukturellen Psychoanalyse durch die Neuformulierung des Aggressionskonzeptes in den späten 60er Jahren. In Loslösung von der freudianischen Theorie des Aggressionstriebes nahm Ammon die Aggression im Sinne des *Adgredi* als eine primär konstruktive Entwicklungskraft des Menschen an, die sich lebensgeschichtlich erst durch spezifische destruktive Gruppendynamiken zu dem entwickelt, was gemeinhin unter Aggression im Sinne einer zerstörerischen Kraft verstanden wird (Ammon 1970).

Diese Entwicklung entsprach Ammons positivem Menschenbild und war kohärent mit seinem Glauben an die Entwickelbarkeit des Menschen in und durch die Gruppe im Sinne einer Kreativierung bzw. Reaktivierung der Persönlichkeit. Durch die Einbeziehung der Aggression in die zwischenmenschlichen Beziehungen wurde der Weg frei, nicht nur für die Integration gruppendynamischen Denkens als einem zentralen Theoriebestandteil für menschliche Entwicklung überhaupt, sondern auch für das Verständnis von gesunder und kranker Persönlichkeit im Rahmen des von ihm im Jahre 1976 neu formulierten Persönlichkeitsmodells, dem Humanstrukturmodell.

Das Humanstrukturmodell entstand aus der Notwendigkeit heraus, die Borderlinepatienten mit ihrer Vielfalt an Symptomen, pathologischen Erlebens- und Verhaltensweisen in der Tiefe zu verstehen und das psychopathologische Syndrom als ein eigenständiges einheitliches Krankheitsbild zu fassen. Diese Entwicklung war so bedeutsam, dass danach Ammons Psychoanalyse den

Namen Humanstrukturologie erhielt.

Die Krankheitsbilder hat Ammon immer schon auf einem gleitenden Spektrum angesiedelt, gruppenspezifisch, psychogenetisch, psychodynamisch und humanstrukturell formuliert und als mehrdimensionales, ganzheitliches Geschehen betrachtet.

Er formulierte ein unitäres Krankheitsverständnis, das alle früh gestörten Patienten individuell verschieden und gleichzeitig strukturell einheitlich, als in der zentralen Struktur gestörte Persönlichkeiten, betrachtet. So gesehen formulierte er ein über einen störungsspezifischen Ansatz hinausgehendes, individuell konzeptioniertes Diagnose- und Behandlungsmodell. Das Behandlungsprogramm wird entsprechend der individuellen entwicklungsgeschichtlich spezifisch entwickelten Identitätsstruktur auf diese abgestimmt.

Als die wichtigsten grundlegenden Theoriepfeiler formuliert und veröffentlicht waren – in diesem Rahmen sind besonders die beiden Handbücher der Dynamischen Psychiatrie zu erwähnen, die Ammon herausgegeben hat –, konnte Ammon seinen ganzheitlichen Denkansatz, den er zeitlebens hatte, in den verschiedensten menschlichen Dimensionen weiterverfolgen und ausdifferenzieren, wie die Androgynität des Menschen, seine Körperlichkeit, Arbeit und Tätigsein, Zeit- und Zeiterleben, Tod und Sterben, Religiosität, Frieden und Aggression, um nur einige zu nennen. Heinrich SCHIPPERGES, der berühmte Heidelberger Medizinhistoriker schreibt zu dem 1982 erschienenen Handbuch der Dynamischen Psychiatrie (Bd. 2):

Die neue synergistisch und ganzheitlich eingestellte Disziplin hat sich weitgehend von der traditionellen Psychoanalyse gelöst und möchte am liebsten auch auf den Begriff 'Psychiatrie' Verzicht leisten. Als Dynamische Psychiatrie basiert sie auf den Prinzip der Sozialenergie, das allen Bezügen zur Umwelt und Mitwelt, zur Arbeit wie zur Erotik systematisch nachgeht und den Menschen in seiner Ganzheit wie seinen Beziehungen in der Gruppe zu betrachten und zu behandeln sucht. Das Konzept besticht durch seinen integrativen Charakter, der alle Bereiche der Lebenswelt umgreift und mit seinem therapeutischen Optimismus über die seelischen Störungen hinaus einer den ganzen Menschen umfassenden Heilkultur vorzuarbeiten trachtet (SCHIPPERGES 1982, S. 442).

In dem Buch 'Vorträge' kommt es zu einer Gesamtschau der bisherigen Theorieentwicklung, um dann in den letzten Jahren seines wissenschaftlichen Schaffens, gleichsam in einem Rückgriff auf die Wurzeln seines wissenschaftlichen Lebensweges, die Neurosentheorie in die Dynamische Psychiatrie zu integrieren.

Ursprünglich führte Ammon die Psychotherapie der Psychosen ambulant durch, in den von ihm begründeten Lehr- und Forschungsinstituten und den dort integrierten therapeutischen Praxen mit milieuthérapeutischen Zentren in

Stelzerreut und Paestum und in Zusammenarbeit mit herkömmlichen Kliniken, in die die Patienten vorübergehend aufgenommen wurden. Dann ergab sich die Möglichkeit im Jahr 1979 die Klinik Mengerschwaige als zweite Klinik nach der bereits im Jahr 1975 aufgebauten Obermenzinger Klinik zu begründen. Dann wurde die Klinik Obermenzing in die Klinik Mengerschwaige integriert. Im nächsten Jahr kann die Klinik auf ihr 30-jähriges Bestehen zurückblicken. Die Klinik Mengerschwaige wurde von Ammon immer als das 'Herzstück' seiner Arbeit bezeichnet. Dort wirkte er von 1979 bis zu seinem Tode als Chefkonsiliarius. Im Rahmen dieser Aufgabe kam er wöchentlich in die Klinik, um dort neben Fortbildung, Supervision und Selbsterfahrung mit nahezu jedem Patienten Gespräche zu führen.

Die Klinikgründung fiel in eine Zeit – vier Jahre nach der Veröffentlichung der deutschen Psychiatrieenquete und ein Jahr vor dem ersten bayerischen Psychiatrielandesplan – in eine Zeit des Aufbruchs der Psychiatrie in Deutschland nach jahrelanger Stagnation und noch nicht begonnener Vergangenheitsbewältigung.

Das humanstrukturelle Arbeiten im Rahmen der Identitätstherapie in unauf löslicher Partnerschaft mit der Gruppendynamik und dem sozialenergetischen Prinzip der umgebenden Gruppe konnte der Klinik bereits als Startpaket mit auf den Weg gegeben werden. Von Anfang an war die Klinik als ein großgruppendynamisch-, milieuthérapeutischer, die gesunden und kreativen Kräfte der Patienten fördernder Entwicklungsraum konzipiert, in den zunächst die analytische Milieuthérapie mit ihren Projektgruppen, die Einzel- und Gruppenpsychotherapie sowie die Großgruppentherapie und zahlreiche Interessensgruppen eingepflanzt wurden.

Nach und nach kam es zur Entwicklung milieudifferenzierender Prozesse, wie beispielsweise der Aufbau einer Theatertherapiegruppe, besonders gefördert durch die damalige Chefärztin Ingeborg Urspruch. Es waren vor allem die nonverbalen und rekreativierenden Therapieansätze, die aus behandlungsmethodischen Notwendigkeiten heraus für unsere Patienten schon sehr früh in das Therapiespektrum aufgenommen wurden, wie z. B. die Mal- und Kunsttherapie unter Leitung unseres langjährigen Kunsttherapeuten Georg Kress mit all ihren beeindruckenden Einzel- und Gruppenausstellungen.

1982 erfolgte dann die Entwicklung der humanstrukturellen Tanztherapie durch Günter Ammon, die mittlerweile zu einem festen Bestandteil nicht nur der stationären, sondern auch der ambulanten Therapie und Selbsterfahrung wurde. Wenig später dann die Entwicklung der Musiktherapie durch den damaligen langjährigen Chefarzt Dr. Rolf SCHMIDTS und unserem heutigen Chefarzt Dr. Egon FABIAN, in der die 'Gruppendynamik zum Singen und zum Schwin-

gen' kommt. Wichtig war auch der Aufbau einer psychiatrischen Mutter-Kind-Station in den Jahren 1983 bis 1985, damals ein Novum in der deutschen Psychiatrielandschaft. Später kam es zur Ausdifferenzierung des körpertherapeutischen Arbeitens, nicht zu vergessen der Reittherapie, und in den letzten Jahren zur Integration traumatherapeutischer, behavioral-kognitiver und psychoedukativer Ansätze.

Am 10. Dezember 1985, genau um 8.30 Uhr kam es dann zu einer Großrazzia gegen unsere Klinik unter Einsatz von 150 Polizei- und Kripobeamten, Steuerfahndern, Beamten der Gesundheitsbehörde sowie Staatsanwälten zu dem Zweck sämtliches Schrift-, Bild- und Videomaterial zu beschlagnahmen. Zeitgleich gab es Razzien in der Tagesklinik für intensive Gruppenpsychotherapie, in den therapeutischen Wohngemeinschaften, in den beiden Lehr- und Forschungsinstituten der DAP in München und Berlin, im psychoanalytischen Kindergarten in Berlin, im 'Pinel' Verlag, sowie in der Privatwohnung von Günter Ammon.

Erst nach fast drei Jahren existenzieller Kämpfe um den Bestand der Klinik konnte die Klinik die Akteneinsicht und damit Kenntnis der konkreten Anschuldigungen erhalten und den Hintergrund für eine solche unverhältnismäßige Polizeiaktion erfahren: Die Klinik und ihr Hauptangeschuldigter Günter Ammon wurden verdächtigt, obdachlose Jugendliche zu Terroristen auszubilden und RAF-Terroristen zu behandeln. Das im Jahre 1990 eingestellte Verfahren hinterließ neben großen finanziellen Einbußen anhaltende Rufschädigungen, traumatisierte Patienten, ein traumatisiertes Team und einen traumatisierten Günter Ammon, der in dieser Zeit eine lebensgefährliche Erkrankung bekam, die letztendlich zu seinem für uns alle viel zu frühen Tod im Jahre 1995 führte.

In der Zeit, wo andere ihren Hut nehmen und pensioniert werden, also mit 65 Jahren, legte Ammon noch einmal so richtig los: Die Gründung der WADP fiel auf das Jahr 1981, deren 1. Weltkongress 1982 in Lübeck/Travemünde zum 'sozialenergetischen Prinzip in der Dynamischen Psychiatrie' durchgeführt wurde. Damals nahm Ammons Freund Kardinal Corrado URSI, der Erzbischof von Neapel daran teil, der zwölf Jahre später den Wunsch von Maria Ammon unterstützte, dass Ammon auf dem akatholischen Friedhof auf Capri beigesetzt werden konnte.

Die Gründung der WADP kann als internationale Resonanz auf Ammons jahrzehntelange Engagement gewertet werden, das große Interesse an Dynamischer Psychiatrie und deren zentralen Postulate auch für und in andere kulturelle und gesellschaftliche Felder zu integrieren, was einen regen internationalen wissenschaftlichen Austausch nicht nur auf den jährlich stattfindenden Welt-

kongressen, sondern auch in zahlreichen Publikationen, wechselseitigen wissenschaftlichen Austauschprogrammen, wissenschaftlichen Kooperationsverträgen u. a. ihren Ausdruck fand. Seit Anerkennung der Dynamisch Psychiatrischen Klinik Mengerschwaike als internationales Ausbildungszentrum der WADP kam es zum Aufbau dynamisch-psychiatrisch orientierter Abteilungen, insbesondere in den osteuropäischen Ländern und in Russland.

Mit der Weiterentwicklung psychoanalytischer Theoreme und Techniken durch die Integration des Gruppendynamischen Prinzips trennte sich Ammon nicht wissenschaftlich von der Psychoanalyse, sondern griff alte psychoanalytische Fragestellungen auf und führte diese im Sinne der Psychoanalyse fort. Die grundlegenden Konzepte und Arbeitselemente wie z. B. die Arbeit mit Übertragung, Gegenübertragung, Widerstand und dem Unbewussten sind beibehalten; allerdings theoretisch anders gefasst, basierend auf den Grundkonzepten der Humanstrukturologie mit entsprechenden Konsequenzen für die Behandlungsmethodik wie beispielsweise die in zahlreichen Veröffentlichungen beschriebene 'Identitätstherapie', die das Fundament für alle Einzel- und Gruppenpsychotherapien sei es mehr verbaler oder nonverbaler, expressiver Form, bildet. „Die Gruppe fordert selber jeden Einzelnen maximal zu sich selbst, zu höherer Identität und Kreativität.“ (Ammon im Interview mit SAHLBERG) Auch hier fordert Ammon konsequenterweise die theoretische und praktische Integration der Behandlungstätigkeiten in ein ganzheitliches Theorienkonzept und Behandlungsnetzwerk.

Sehr geehrte Damen und Herren, lassen Sie mich abschließend Günter Ammon würdigen als einen Psychiater, Psychoanalytiker und Wissenschaftler, der im Rahmen seiner umfassenden ganzheitlichen Menschenkunde dank seiner großen wissenschaftlichen Intuition und Kreativität heutigen theoretischen und behandlungsmethodischen Entwicklungen oftmals voraus war:

- Die frühe konsequente Integration nicht nur der britischen und amerikanischen Objektbeziehungsansätze wie z. B. bei WINNICOTT, FAIRBAERN, BALINT, ERIKSON, JACOBSON, SULLIVAN und BION, sondern darüber hinausgehend des gruppendynamischen Denkens. Psychodynamisch gesehen werden nicht nur Objekte und deren Eigenschaften internalisiert, sondern die gruppendynamischen Prozesse zwischen den Objekten. Internalisiert werden nicht nur Selbst-Objekt-Dynamiken, sondern ganze Familien- oder/und Gruppendynamiken, die dann in den therapeutischen Gruppen im Sinne des so oftmals beschriebenen Wiederholungszwanges so lange ausagiert werden, bis die verinnerlichten gruppendynamischen Probleme durch korrigierende zwischenmenschliche Erfahrungen verändert sind. Die Patienten können dann ihre verinnerlichte gruppendynamische Position in

der Primärfamilie mit ihren meist unbewusst zugeschriebenen Rollenerwartungen, wie z. B. der Erlöser, Integrator, Mutter bzw. Partner eines Elternteils zu sein, aufgeben. Sie können transgenerational weitergegebene gruppensystemische Traumata und Verluste überwinden und sich neuen Aufgaben im Leben zuwenden. Es wird deutlich, dass dieser Ansatz ein systemischer ist.

- Die frühe Formulierung des Aggressions- und Kreativitätskonzeptes und die damit verbundene Ablösung von der Triebgebundenheit beider Konzepte. Kreativität nicht nur für den Künstler, sondern als Entwicklungsmöglichkeit für alle Menschen.
- Durch die Formulierung des Symbiosekomplexes, der sich vom Symbiosebegriff von MAHLER unterscheidet sowie
- durch die Formulierung des psychologisch-systemisch geprägten Strukturmodells sowie
- durch die Anerkennung früher Realtraumatisierungen von präödiपाल gestörten Patienten wurden die Voraussetzungen für deren psychotherapeutische Behandelbarkeit geschaffen. Immerhin leitete Günter Ammon in der Zeit von 1975-1979 ein Forschungsprojekt über Kindesmisshandlung, dessen Ergebnisse in dem Buch über Kindsmisshandlung (1979) veröffentlicht wurden.
- Der frühe Mut zur Gruppe und zu den Gruppenpsychotherapien, den verbalen, nonverbalen (Mal-, Theater-, Tanz-, Musik- sowie der Milieuthherapie). Wie überhaupt die oben beschriebenen behandlungsmethodischen Konsequenzen im Rahmen der von ihm formulierten Identitätstherapie die Widerstände gegen die Gruppenpsychotherapien in der Psychoanalyse damals groß waren, da die Psychoanalytiker die Gruppentherapie für eine verwässerte Psychoanalyse hielten, die nur den Zweck hätte, viele Patienten auf einmal zu behandeln. Ammon geht es um die Komplexität und Vielfalt zwischenmenschlicher Prozesse, um eine Multidimensionalität von Entwicklungsvorgängen und nicht um kausale 'Unilinearität'.
- Eine gruppensystemische Sichtweise lehnt streng genommen Polarisierungstendenzen menschlicher Psyche und zwischenmenschlichen Geschehens lehnt Ammon zugunsten eines systemisch geprägten gruppensystemischen Denkens ab.
- Entwicklung der humanstrukturellen Tanztherapie,
- Entwicklung eines Identitätskonzeptes;
- Identität als ganzheitliches, mehrdimensionales Prozessgeschehen, das in Synergismus mit der Gruppe nach Differenzierung, Regulation, Integration und als offenes System nach sozialenergetischem Austausch zwischen innen und außen strebt und sich dabei ständig weiterentwickelt,

- die Qualifizierung der Identitätsentwicklung in konstruktive, destruktive und defizitäre Entwicklungsanteile mit der besonderen Bedeutung der defizitären Anteile als die am stärksten pathogenen Seiten,
- die frühe Betonung der Bedeutung der gesunden Identitätsanteile und deren behandlungsmethodologische Konsequenzen,
- Integration der Identität nicht über den Körper, sondern über das geistige Prinzip,
- Identität als ethisches Prinzip,
- Mut zur eigenen Identität und zur Einnahme eines Standpunktes,
- Einbeziehung des Körpers und der Körperlichkeit in die Psychoanalyse, weg von der geschlechtlichen Rollen Anpassung, hin zur Rollenbefreiung durch das Androgynitätskonzept,
- die frühe Beschäftigung mit Tod und Sterben,
- frühe Integration hirneurophysiologischer Forschungen in die Theorieentwicklung:

Wir können heute bereits vorsichtig andeuten, dass wir berechtigten Grund zu der Annahme gruppodynamischer Einflüsse auf Gehirn und Neurophysiologie nachweisen können und dass wir den für Freud unerfüllt gebliebenen Wunsch, auch im Gehirn den Niederschlag von Strukturen psychischer Systeme wie das des Unbewussten, der Tätigkeiten, der Fantasie, des Träumens, der Aggression und anderer wichtiger Ich-Funktionen annehmen können. (Ammon 1982)

- Abkehr vom triebpsychologisch begründeten Energiebegriff psychischer Energie hin zum sozialenergetischen Konzept und damit Formulierung einer Individuum-Gruppeneinheit,
- besondere Bedeutung integrativer Prozesse sowohl theoretisch als auch praktisch bei der Entwicklung von Identität und Gruppe, als Behandlungskonsequenz und in der Wissenschaft,
- vor dem Hintergrund eines strukturellen Unitaritätskonzeptes letztendlich kein ausdrückliches störungsspezifisches, sondern individuelles Gesundheits- und Krankheitsverständnis;
- notwendige organisatorische Strukturen und Prozesse wie z. B. Institute, Kliniken, Wohngemeinschaften, Kindergärten, Kongresse u. a. werden als gesamtgruppodynamische Räume mit Identität konzeptualisiert.
- Wissenschafts- und erkenntnistheoretisches Verständnis unter dem Primat von Gruppe und Identität,
- Psychoanalyse als eine ganzheitliche, viele Lebensbereiche umfassende, transkulturelle und transgesellschaftliche Wissenschaft, daher auch Beschäftigung mit Tod und Sterben, Zeit und Zeiterleben, Religiosität und Spiritualität, Arbeit und Freizeit, Frieden und Aggression;
- geprägt wurde Ammons Dynamische Psychiatrie auch durch sein Interesse

an der Archäologie, Philosophie, Anthropologie und Geschichte.

- Theorie-, Praxisinterdependenz und Theorie- und Praxisidentität unter Einbeziehung qualitativer und quantitativer Forschung und eigener Methodenentwicklung (ISTA).

Ammon hat seine ganze Arbeit immer am Menschen orientiert, der ihm den Stellenwert und die Praxisrelevanz seiner wissenschaftlichen Konzeption korrigiert und erweitert hat. Ammon ging es immer darum die Lebenshaltung, die er lehrte, auch selbst zu leben. Auch hier forderte er Identität, d. h. Übereinstimmung von Theoretischem und real Praktiziertem.

Im tiefsten Wesen war Ammon ein freiheitsevolutionärer, nicht unbedingt ein revolutionärer Mensch. Es ging ihm nie darum nur Altes zu zerstören, sondern auch das Alte, auch die Tradition, wenn sie für das menschliche Zusammenleben und für die Weiterentwicklung integrativ ist, zu bewahren, aber auch neue Werte zu schaffen, die dem Menschen einen Sinn geben, im tiefsten Sinne eine Befreiung zur eigentlichen Wesenhaftigkeit und Menschlichkeit zu ermöglichen. Dabei konnte man den Menschen Ammon als den konzeptionell Planenden, den tatkräftig Vorwärtsschreitenden, den in großer Ernsthaftigkeit Verspielten und Humorvollen, den intuitiv Liebenden und Verstehenden, aber auch den unbedingt Fordernden kennenlernen, denn in der Forderung lag für ihn Entwicklung, aber auch den Leidenden. Der Weg, zu dem Ammon sich entschlossen hatte, war nicht leicht, aber er hätte auch keinen anderen Weg gehen können, auch wenn er selbst oft zweifelte. Er musste sagen und schreiben, was er für richtig hielt. Darin war er uns ein Vorbild.

Für seinen unerschütterlichen menschlichen, therapeutischen und wissenschaftlichen Optimismus, seinen tiefen Glauben an Entwicklung und Veränderung, seinen Zweifel und seine Kritik, seine Großzügigkeit im Geben von Sozialenergie, seine unbedingte Präsenz für die wesentliche Zeit, die er uns gegeben hat: Dass wir so viele Jahre seines Schaffens, Lehrens, Forschens und Behandelns haben mit ihm teilen können, dafür sind wir ihm zutiefst dankbar. Er hat uns einen Reichtum an Wissen, Erfahrungen, Einstellungen, Werten und Aufgabenfeldern hinterlassen, eine Quelle, aus der wir immer wieder schöpfen und seine Arbeit weiter tragen und weiter entwickeln können und werden.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

Literatur

- Ammon, G. (1979): Kindsmisshandlung. München: Kindler TB.
 — (1982): Hirnstrukturen, Unbewusstes und Ich-Strukturologie. In: G. Ammon (Hg.): Hdb Dynam. Psychiat. S. 89-122; Bd. 2. München: Reinhardt.
 — (1986): Der mehrdimensionale Mensch. München: Pinel.

— (1999): Gruppendynamik der Aggression. Eschborn: Klotz.

Bellak, L. (1973): Buchbesprechung: G. Ammon: Dynamische Psychiatrie. *Dynam. Psychiat.* 6:434-435

Peters, U. (1992): Psychiatrie im Exil: die Emigration der dynamischen Psychiatrie aus Deutschland 1933-1939. Düsseldorf: Kupka.

Schipperges, H. (1983): Buchbesprechung: G. Ammon (Hrsg.): Hdb. Dynam. Psychiatrie, Bd. 2. *Ärzteblatt-Baden-Württemberg* (38); Abdruck: *Dynam. Psychiat.* 16:442.



Abb. 1: Dr. Karl Menninger, Prof. Dr. Günter Ammon

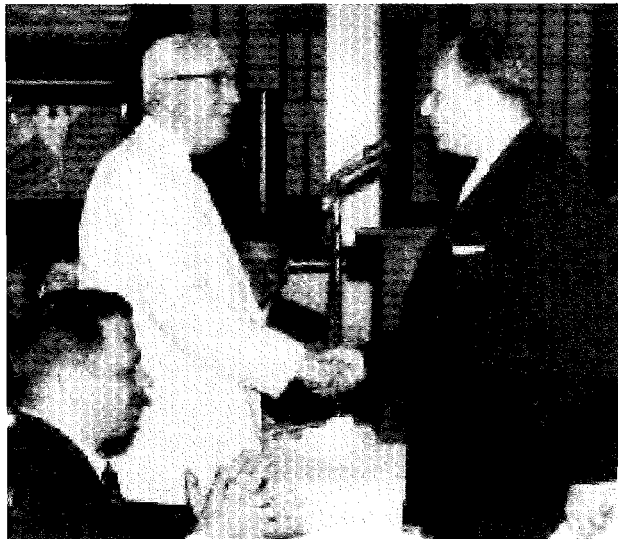


Abb. 2: Dr. Karl Menninger, Prof. Sir John Eccles

Ansprache zum Andenken an Günter Ammon

Raimond Battegay (Basel)

Günter Ammon, der in den Jahren 1956-65 in den USA, vorwiegend an der berühmten Menninger Foundation in Topeca, Kansas, tätig gewesen ist, war durch seine dortigen Erfahrungen zutiefst beeindruckt. In seinem Werk 'Der mehrdimensionale Menschen' schreibt er u. a. darüber das Folgende:

Meine langjährige Zeit des Lernens in den USA zeigte mir am Beispiel der Menninger Foundation, dass unabhängig vom Staate private Initiative möglich ist auf allen Dimensionen meines Berufes in Psychiatrie und Psychoanalyse. Dort waren sowohl klinische wie auch Forschungsabteilungen, eine große Abteilung für Ausbildung, für Gesetz und Psychiatrie, Religion und Psychiatrie, eine Kinder- und Jugendlichenabteilung, ein archäologisches und anthropologisches Museum, sowie eine große Mineraliensammlung, die der Vater der Brüder Karl und William Menninger angelegt hatten. Es lernten und wirkten dort Psychiater und Psychologen aus aller Welt, und der Besuch ausländischer Gelehrter wie auch bedeutender amerikanischer Wissenschaftler war die Regel. Wir aßen, lebten und diskutierten miteinander, trugen gegenseitig vor und Karl Menninger forderte klar und frei zu denken und zu sagen, was man meinte, was das eigentliche Leiden eines Menschen sei, und konnte sich außergewöhnlich aufregen, wenn ihm eine Diagnose wie, 'Schizophrenie' oder 'Homosexualität' an den Kopf geworfen wurde. Er konnte dann schreien mit den Worten: ‚Was meinen Sie damit. Was ist das überhaupt 'Schizophrenie', oder was verstehen sie unter 'Homosexualität'. (Ammon 1986)

Es war Menninger offensichtlich darum zu tun, Menschen nicht mit plakativen und zeitbedingten Begriffen abzustempeln, sondern sie als Menschen ganzheitlich zu verstehen. Günter Ammon war indes nicht ein Mann, der gläubig die Theorien anderer übernahm. Er hat vielmehr eigenständig auch neue psychodynamische Ansichten entwickelt, die er konsequent vertrat. Dabei stützte er seine Theorien auf seine große psychiatrische, psychologische und psychotherapeutische Erfahrung.

Das Denken 'in Kategorien und Diagnosen' suchte er zu überwinden und sich frei mit dem Menschen zu beschäftigen. Er befasste sich, wie er in seinem Buch 'Der mehrdimensionale Mensch' schreibt, mit menschlichen Dimensionen, die vom ganzen Menschen ausgehen, aber doch einer speziellen, eingehenden Betrachtung bedürfen, wie z. B. jene der Kreativität, des Traumes, des Lebens im sozialen Verband, z. B. in der Gruppe. Dementsprechend hat Ammon Bücher zur Psychoanalyse und zur Gruppenpsychotherapie verfasst. Er hat sich aber auch u. a. mit Themen, wie Eifersucht, Frieden und Aggression und mit kranken und dissoziativen Aspekten des Menschen befasst. Ammon interessierte sich ferner auch für außereuropäische Kulturen, wie z. B. indianische

Kulturen Nord- und Mittelamerikas und veröffentlichte darüber wissenschaftliche Arbeiten.

Ammon war also ein reger Geist und vermochte seine Schüler durch sein umfassendes Wissen und sein Charisma zu fesseln. In der durch ihn begründeten Dynamischen Psychiatrie leben seine Ideen weiter, wobei deren heutige Vertreter ganz im Sinne Ammons das dynamisch-psychoanalytische Gedankengut weiter nach neuen Einsichten und Forschungen bearbeiten. Ich wünsche allen an der Dynamischen Psychiatrie Beteiligten und Interessierten viel Erfolg im weiteren Erforschen der unzähligen Facetten des Menschen in einer ganzheitlichen Sicht.

Ansprache zur Feier des 90. Geburtstags von Prof. Günter Ammon

Ingeborg Urspruch (München)

Liebe Freunde und Gäste, liebe Mitarbeiter und Patienten!

Ich möchte Ammon anlässlich seines 90. Geburtstages für seinen Mut und seine Unerschrockenheit im Einsatz für psychisch Kranke danken. Mut und Unerschrockenheit zeichneten die junge Generation der 68er-Zeit aus, in der Ammon aus Amerika zurückkehrte, Mut und Unerschrockenheit alte Strukturen und Denkweisen in Frage zu stellen. Die jungen Menschen dieser Zeit, insbesondere die Studenten waren offen für Ammons geistigen und therapeutischen Weg, dem wir diese Klinik verdanken.

Ammon war seiner Zeit voraus und er wusste es. Neuen Denkweisen schlugen immer eisige Wogen des Widerstandes entgegen, die er und wir oft zu spüren bekommen haben. Hier zu bestehen, verließ sich Ammon auf die Menschen, denen wie ihm die Humanisierung der Psychiatrie und ein fundiertes Verständnis und Behandlungskonzept ein eigenes Anliegen war. Auf die Kraft der Gruppe zu vertrauen hat er gelebt und den Patienten und Mitarbeitern als Basis seines Behandlungskonzeptes zur Verfügung gestellt.

Und allen Patienten und Mitarbeitern sollte immer wieder bewusst sein oder bewusst gemacht werden, dass jeder Einzelne in der Gruppe wichtig ist, was immer er zu dieser Gruppe beitragen kann. Und wenn er sich anfangs als Patient oder Mitarbeiter noch schwach, inkompetent und unwichtig vorkommt, sollte er oder sie darauf vertrauen, dass man in Gruppen wachsen kann, wenn man sich dem Gruppenprozess anvertraut.

Wenn wir heute zurückschauen, so hat Ammons Werk unendlich viel in Bewegung gesetzt. In den 70er Jahren, als ich meine Ausbildung am Berliner Institut begann, haben wir ambulant schon psychotisch reagierende und Borderlinepatienten behandelt. Wenn diese Patienten in eine Krise kamen, gab es in Berlin in keiner Klinik eine psychotherapeutisch stationäre Behandlung. Wir mussten unsere Patienten in Wachsäle von psychiatrischen Akutstationen bringen. Bei einer solchen Begleitung einer Patientin habe ich meine erste und einzige Ohrfeige von einer Patientin bekommen, weil sie wusste, was auf sie zukam und was ich ihr zumuten musste. Ich habe der Patientin diese Ohrfeige nicht eine Sekunde übel genommen. Ich habe sie verstanden und diese Ohrfeige hat mir die Bedeutung unserer Arbeit noch einmal verstärkt deutlich gemacht.

Ansprache gehalten in der Klinik für Dynamische Psychiatrie, München, 9.5.2008

Ammon war ein stets reflektierender Mensch. So war ihm auch bewusst, dass die kulturelle und geistige Entwicklung in einem evolutionären Fluss verläuft. Doch jeder Fluss ist ein träger Fluss, wenn er nicht mit der ihm innewohnenden Kraft Klippen und steinige Gestade überwindet – und das hat Ammon getan.

Selbstgefälligkeit (auch der Psychiatrie) und geistige Trägheit sind das größte Hindernis jeglicher Entwicklung. Und da wir Menschen alles in uns tragen, was eben menschlich ist, auch das, was uns nicht gefällt, sollte sich jeder Einzelne immer wieder einmal fragen, wieviel Selbstgefälligkeit und geistige Trägheit ihn vielleicht schleichend – heimlich und leise – eben unbewusst gefangen hält. Wer nicht im freundlichen und interessierten Kontakt mit seinem Unbewussten und seiner und der Geschichte insgesamt lebt und sich damit immer wieder aufs Neue vertraut macht, kann die Wahrheit nicht finden, ein Grundelement geistigen Strebens seit Menschengedenken, dem sich Ammon zutiefst verpflichtet fühlte. Ammon hat die Wahrheit immer offen gemacht und Wahrheitssuche ist für unsere therapeutische Arbeit unabdingbar.

Dies versuchen wir täglich unseren Patienten nahe zu bringen und unsere Patienten haben das Recht, dies auch von uns zu erwarten.

Wer glaubt – und da gibt es viele – mit ihm oder seiner Generation hätte die Welt erst begonnen, der irrt und hat die umfassende Bedeutung eines gesamt geistigen Gruppengeschehens nicht wirklich verstanden. So wird er sich für die Zukunft, die seine Aufgabe ist, in diesen Prozess auch geistig nicht einreihen können. Es ist deswegen auch wichtig uns zu solchen Anlässen wie dem heutigen an die Geschichte dessen zu erinnern, was heute ist.

Wir haben ein gutes Behandlungskonzept, aber kein vollendetes. „Diese Klinik,“ so hat Ammon oft gesagt, „ist die beste Klinik und die schlechteste Klinik, aber wenn ich sie einmal bräuchte, würde ich mich ihr anvertrauen.“ Und so sind wir gefragt und insbesondere die Mitarbeiter dieser Klinik, ihr Wirken weiterhin in den Dienst unserer Patienten zu stellen, indem wir die uns innewohnende geistige und emotionale Kraft nutzen und in Bewegung halten, auch für uns selbst, damit der von Ammon begonnene Weg weitergeführt wird, dadurch, dass wir ihn zu unserem Weg machen! Und wir brauchen auch den Kontakt zu anderen Wissenschaftlern und Behandlungskonzepten, was beispielhaft an diesem heutigen Symposium wieder geschehen ist.

Ich möchte allen Mitarbeitern dieser Klinik, den leitenden Mitarbeitern wie auch jedem an seinem Platz im Namen der Trägergesellschaft der Klinik danken, die die therapeutische Arbeit dieser Klinik leisten oder möglich machen. Ich weiß, wie viel Kraft Sie alle dafür einsetzen.

Ich wünsche Ihnen allen weiterhin Offenheit im Miteinander und Erfüllung in der gemeinsamen Arbeit.

Freundschaft

Günter Ammon

Freundschaft wird heute verstanden als eine *bedeutende* und *wichtige Beziehung* zwischen zwei Menschen, die auf gegenseitigem Vertrauen, Verstehen, Fürsorge und inniger Verbundenheit für höhere gemeinsame Ziele beruht. Linguistisch gesehen ist vom Althochdeutschen und Mittelhochdeutschen kommend auch *Freundlichkeit* und *Freiheit* sowie *Schaffen* und *Erschaffen* mit dem Wort Freundschaft verbunden. Es ist also eine freie Beziehung zwischen freien Menschen, eine Beziehung, die prozesshaft immer wieder erschaffen und geschaffen werden muss. Gleichzeitig drückt Freundschaft auch eine *Gruppenverbundenheit* aus, eine Gruppe, die von zwei Menschen gebildet wird, aber auch eine Gruppe im Sinne von 'Gemeinschaft', Bruderschaft, Genossenschaft, Gewerkschaft; sie kann auch verschiedene Gruppen und ihre Dynamik umfassen. Freundschaft ist daher als *dynamischer* und *humanistischer* Begriff aufzufassen, bei dem es um eine interpersonelle prozesshafte und *dynamische* Beziehung geht. In der Regel ist Freundschaft nicht an menschliche Organisationsformen gebunden, kann aber auch rituell kultische Bezüge haben wie z. B. bei der Blutfreundschaft von Indianerkulturen oder bei verpflichtenden Initiationen von Bruderschaften geistiger und religiöser Art.

Freundschaft ist in ihrer vollen humanistischen Tiefe nicht gebunden an Geschlecht, Alter, Volks- und Religionszugehörigkeit. Sie ist damit ein *grenzüberschreitender* und *ganzheitlich* zu verstehender Begriff. Sie ist in der Regel nicht an Erotik oder Sexualität gebunden, was z. B. auch so treffend in dem Ausdruck 'platonische Liebe' umschrieben wird. Eine sexuelle Liebesbeziehung zwischen zwei Menschen kann jedoch mit Freundschaft verbunden und dadurch vertieft werden; ebenso wie eine eheliche Beziehung oder das Umgehen der Mitglieder einer Familie oder Sippe miteinander.

Die Qualität von Elternschaft sollte daran gemessen werden, inwieweit Eltern gute Freunde ihrer Kinder sein und sich mit ihnen entwickeln können. Entsprechendes gilt für die Beziehung zwischen Psychotherapeut und psychisch Leidendem, sowie für alle sozialen Berufe. Die platonische Freundschaft ist eigentlich im tiefen Sinne die Grundlage allen echten Lehrens und Lernens, des „sinnvollen Werbens der Jugend um die Weisheit und des weise gewordenen Alters um jugendliche Nachfolge im ewigen Kreisen von Lehrer und Schüler, alt und jung“ (Ammon 1950, S. 2). Freundschaft bedeutet daher auch gegenseitige Forderung und Herausforderung zum Schöpferischen, zu Leistung, Auseinandersetzung, Frage und Gespräch. Oft haben Freundschaften ihren Beginn

in einer wichtigen Frage oder in einem langen Gespräch. Eine Freundschaft ist ein lebenslanges Gespräch mit gegenseitiger menschlicher geistiger und zum Tätigsein hinführender Herausforderung, d. h. auch Leistungsforderung. Freundschaft besteht nur solange, wie sie von beiden oder allen Seiten unterhalten wird durch Verantwortung für sie und Bedürfnis nach ihr.

In Freundschaften und Gruppenfreundschaften können durchaus gegensätzliche Meinungen bestehen, Auseinandersetzungen darüber statt finden, aber der Freund wird den anderen gerade dann achten und lieben, wenn er andere Auffassungen vertritt. Freundschaft bewährt sich in Grenzsituationen wie Not, Gefahr, Vergehen und Fehlverhalten, Krankheit und Unglück. Der Freund wird zum Freunde auch dann stehen, wenn dieser sich, nach seiner Auffassung, gegen von ihm vertretende Ethik vergangen hat. Er wird ihm dann die verstehende und helfende, aber auch kritische Freundeshand reichen. Zur Freundschaft gehört Treue.

Freundschaften sind bedeutsame Begegnungen, oft eine Kette von bedeutsamen Begegnungen. Von Anbeginn haben sie eine große Rolle in der Geschichte der Menschheit eingenommen. In Umbruchs- und Aufbruchszeiten waren Freundschaften oft von größter Bedeutung. Denken wir an die Freundschaften und Liebe zwischen Echnaton, Nofretete und seinem Lehrer Eje, die Freundschaft zwischen Sokrates und Platon, zwischen Aristoteles und Alexander dem Großen, Friedrich II. von Hohenstaufen und Hermann von Salza, Luther und Melanchthon, Goethe und dem Herzog von Weimar, Madame de Stael und Talleyrand, zwischen Marx und Engels u. a.. Freundschaften haben die Entwicklung von Kunst, Wissenschaft, Literatur und Architektur maßgeblich beeinflusst. Am Arbeitsplatz eines jeglichen Menschen kann Freundschaft die Arbeitszeit zu einer lebendigen und erfüllten Zeit machen, da die Freundschaft die Dynamik in sich birgt, die Zeit für den Menschen voll und lebendig werden zu lassen.

Freundschaft ist zu beobachten bei kleinen Kindern im Kindergarten, die sich freuen, wenn sie sich sehen, sich viel zu erzählen haben, die gerne miteinander spielen und große Innigkeit miteinander ausstrahlen. Freundschaft gibt dem Menschen Stärke und soziale Energie und fördert damit seine Entwicklung. Der Mensch kann auch von verinnerlichteten Freundschaften sprechen, die zur Identitätsentwicklung einer Persönlichkeit beitragen. Diese Freundschaften gehen über den Tod hinaus, der die Grenze von zeitlicher und räumlicher Beziehung ist. Freundschaft ist jedoch nicht an den Raum gebunden und bedingt nicht ständiges Zusammensein an einem Ort. Bedeutsame und unerschütterliche Freundschaften können auch unter Menschen, die in verschiedenen Teilen der Erde leben, zur gegenseitigen Befruchtung und Unterstützung unterhal-

ten werden. Damit tragen diese Freundschaften auch zu Verständnis und Frieden unter den Völkern bei.

Frieden und Freundschaft sind eng miteinander verwoben.

Freundschaft kann auch ein integrativer Faktor für den Menschen, menschliche Bewegungen und Gruppen sein. Freundschaft kann aber auch wie jede menschliche Beziehung defizitären und destruktiven Charakter bekommen, wenn die Freundschaft zu einer Symbiose führt, in der freie Entwicklung des Einzelnen ersetzt wird durch kontrolliertes und totes Leben und Isolierung von anderen und Gruppen. Wenn Freundschaft einseitig ist, kann sie durch Ausbeutung und Ausnutzung zerstörerischen Charakter annehmen; auch kann Freundschaft durch Treubruch und Verrat aufgehoben werden. Dies gilt auch für Gruppen und für die Beziehungen der Völker untereinander.

Freundschaftsfähigkeit und die Art von Freundschaft sind kennzeichnend für die Persönlichkeitsstruktur eines Menschen. Der Volksmund spricht von Menschen ohne Freunde und gebraucht auch das Sprichwort: „Sage mir, mit wem Du umgehst, und ich sage Dir, wer Du bist.“ Den Wert der Freundschaft kann man daran messen, inwieweit Menschen sich durch sie miteinander und füreinander günstig entwickeln. Eine Vielfalt von Freundschaften verhindert Erwartungsenttäuschung, Überforderung und Unfreiheit in einer bedeutsamen Freundesbeziehung, da ein Mensch allein einem anderen nicht alles geben kann.

Zur Freundschaftsfähigkeit gehören in der psychischen Struktur des Menschen auch nicht bewusst entwickelte Ich-Funktionen wie Abgrenzung, konstruktive Aggression, Frustrations- und Toleranzregulation, Kreativität für und in Beziehungen, Umgehen mit sexuellen Bedürfnissen, Lernfähigkeit, konzeptionelles Denken, Fähigkeit zur Aktivität, Kontakt und Beziehungen, Umgehenkönnen mit der Angst und schließlich zentral die Identität. Der eine oder andere dieser strukturellen Persönlichkeitsfaktoren wird jedoch immer stärker und schwächer entwickelt sein, was die Einzigartigkeit jeder Persönlichkeit in Beziehung zu biologischen und gesellschaftlichen Faktoren der Entwicklung von Formen von Verhalten und von Fähigkeiten und Fertigkeiten ausmacht.

Die Qualität von Freundschaft kann auch am Zeiterleben gemessen werden. Je bedeutsamer und reicher die zugebrachte Freundeszeit erlebt wird, desto höher ist die Qualität der Freundschaft einzustufen. Dies gilt auch für die Freundesgruppen. Freundesgruppen können sich spontan bilden ohne jede organisatorische Form, sie können sich jedoch auch aus der Form heraus entwickeln. Das in Gruppen entstehende einzelne Freundschaftsbündnis kann jedoch manchmal einen Abwehrcharakter gegen die Gruppe annehmen und als ein Angstbündnis von zwei Außenseitern bewertet werden.

Freundschaft hat immer wieder Dichtung und Musik inspiriert. Die schönste Hymne auf die Freundschaft ist u. E. die Arie aus der Oper 'Die Zauberflöte' von Wolfgang Amadeus Mozart: 'In diesen heiligen Hallen' und Hermann HESSES Werk 'Narziss und Goldmund'.

In der Bewegung des neuen Humanismus mit ihrer ganzheitlichen Schau von Mensch, Gesellschaft und Natur kommt der humanistischen Psychoanalyse (Humanstrukturologie) eine besondere Bedeutung zu, da in ihr Freundschaft einen Eckpfeiler menschlichen Zusammenlebens darstellt. Ihr Menschenbild ist das eines Menschen, der ein Freund und Helfer anderer ist und über persönliche Freundschaft hinaus jedem bedrängten Mitmenschen die Freundeshand reicht.

Aus der Sicht der humanistischen Dynamischen Psychiatrie ist das tragende Element von Freundschaft wechselseitiger sozialenergetischer Austausch, in dem sich die Freunde Kraft, Energie, Lebensmut und Selbstwertgefühl geben. Freunde tauchen auch oft in bedeutsamen Träumen auf, in denen Gespräche mit dem Freunde geführt werden. Bedeutsame Briefwechsel zwischen Freunden können über große Entfernungen hinweg Sozialenergie spenden und es sind uns derartige Briefwechsel erhalten, wie z. B. der bekannte Briefwechsel zwischen Sigmund Freud und Wilhelm Fließ. Freunde sind oft Vorbilder, mit denen man sich identifizieren kann. Freundschaft besteht in der Regel zwischen Menschen mit eigener Identität. Im Volksmund sagt man: „Wenn Du einen guten Freund hast, kannst Du die ganze Welt erobern“, was die schöpferischen Möglichkeiten, die in der Freundschaft liegen, ausdrückt.

Literatur

Ammon, G. (1950): Yang und Yin. *Colloquium* 1(7):2.

Welche Bedeutung hat Freude im Leben des Menschen?

Günter Ammon

Freude ist der Energiespender für menschliches Leben und Tätigsein. Freude ist die Quelle geistiger, körperlicher und seelischer Gesundheit. Freude empfindet man bei der Begegnung mit Menschen, die erfreuen durch ihre Ausstrahlung, Freundlichkeit, geistige, menschliche und körperliche Schönheit und Beziehung zu uns, die oft mit Freundschaft verbunden ist.

Gute Gespräche machen uns Freude und geben uns Kraft. Menschen, die Freude ausstrahlen, befreien uns von Sorgen und Grübeleien. Freude macht uns auch die Sonne mit ihrer Wärme, schöne Landschaften, Bauten und Kunstwerke und Arbeit, die uns die Freude des Erfolges schenkt. 'Freude schöner Götterfunke' ist die Hymne, die viele Menschen in der Nacht zum beginnenden neuen Jahr anhören.

Freude ist mit der von mir entwickelten Theorie der Sozialenergie verbunden, der Energie, die Menschen sich untereinander geben, auch durch das sozialenergetische Feld der Dynamik von Lebens- und Arbeitsgruppen. Freude ist lebensnotwendig für die Entwicklung von Kindern. Man sollte ein Kind täglich zum Lachen bringen, wie auch einen geliebten Menschen. Freude und Liebe sind untrennbar miteinander verbunden.

Social Energy: A Revolutionary Concept of Therapy and Its New Interpretations and Evidences

Béla Buda (Budapest)

The paper outlines a view on the theory of social energy as a conceptual cornerstone of Dynamic Psychiatry. It stresses the expectation that a significant development of this school could be achieved by expanding the ideas of social energy in a more detailed way. In order to initiate this process the paper reviews the evolution of Freud's theories of psychic energy and the shift towards a social version of the energetic and economic principle by Ammon including the ideas of narcissism, the self and identity but especially by taking account on the importance of group dynamics and group processes for the fostering of arrested ego growth and identity development of severely impaired patients.

Keywords: psychic energy, social energy, self, identity

Günter AMMON created a new school of psychoanalysis and psychotherapy and left behind an impressive life work, not only in form of publications but also in a system of training, outpatient services and clinical practice. Looking at bulk of his books and articles and taking into account his long working activity his oeuvre seems to be full and completed. He enriched every part of his scientific field, he contributed to important theoretical issues as well as to therapeutic methodology. Nevertheless, this large intellectual heritage needs further scrutiny and reinterpretation, because it has many unexplored implications and condensed contents. AMMON was not a theorist. He was first of all therapist. His science he called 'science of therapy' ('*Behandlungswissenschaft*') and he valued concepts and theories as much as they were useful for the patients. Therefore he did not elaborate his theories in a classical scientific way, he did not strive for a complete overview of literature and for a thorough conceptual analysis, although his writings have many citations. He did not produce his publications for a scientific audience, but he wrote for therapists, his pupils in training, even for his patients who in process recovery had taken an active role in his clinic and in his milieu therapy projects or in some seminars.

This situation can be illustrated on the example of one of his pivotal theoretical concepts, social energy.

This notion signifies a sort of epistemological turn in AMMON's thinking. This is the cornerstone of his therapy system, but at the same time a symbol of his interpersonal, group dynamic orientation in the psychoanalytic theory. Both

the therapy system and the reorientation in theory served the understanding and the treatment of the severely ill (called by him sufferers of archaic ego-disturbances) for him.

AMMON went beyond neuroses and disorders of ‘discontents of civilisation’ (to paraphrase FREUD’s famous book title), the preferred territory of indications for classical psychoanalysis, and aimed psychotics, borderline patients, psychosomatic diseases, addictions. This is why he insisted to name his school as school of dynamic psychiatry.

The dynamic moment is closely connected with the energy metaphor coined by FREUD. As RAPAPORT called, the dynamic principle (1960) was important for FREUD to include quantity, strength in conceptualising drives and their conflicts, but also think about transformations of these drives, about the ‘fate’ of them during the developmental process (quoting again a well-known FREUDian publication title). The dynamic principle was important for FREUD to speculate about psychic structures. Without presupposing structures continuity and order in behaviour and experience can not be explained. Structures were seen by FREUD dynamic, i.e. using energies, like social structures need capital in order to function and to grow, and the main task of developmental psychology is to follow, how these structures develop, deteriorate or change.

Dynamics and structure are basic concepts also for AMMON, but he shifted from an intrapersonal to a social focus. Social energy is highlighted in AMMON’s thinking to carry out this shift.

Dynamics and structure are very important metaphors, their elaboration would need a monograph, but perhaps it is helpful if we take a short look at the evolution of the dynamic principle and the energy analogy in FREUD’s theories.

1. History of the idea of psychic energy in psychoanalysis

- the energy metaphor at FREUD in the beginning – tension release, sublimation, the economy model of instinctual forces
- later views of FREUD – investments, the origin of ego’s energies, the concept of narcissism
- the theory of object relations – transference from the point of view psychic energy – developmental aspects
- the issue of structure – the structural metaphor

This table shows the evolving aspects of the use of the energy concept. Firstly FREUD attributed different sources of drive energy for his supposed structural elements (ego, id) but later he thought always in terms of sexual energy, i.e. libido (leaving now his later attempt to introduce death instinct out of consid-

ration). Libido is 'invested' in psychic structures, relationship patterns function as structures, at least in terms of their libidinal content. 'Investment' hints at an other side of the dynamic view, to the so-called 'economy' (or economic) metaphor. The issue of narcissism was stressed by FREUD later becoming crucial for ego psychology.

At the late FREUD and especially at his pupils like HARTMANN, FEDERN, FENICHEL and others structures was related mainly to the ego. Structures were meant as ways of perceiving, organising and using experiences in order to function in the world.

2. The social approach in the analytical understanding of the energy dimension

- the shift in focus of theory and of therapy towards the ego – a hidden 'cognitive turn'
- the emotional needs of child development – Spitz, the Harlow experiments – 'the nature of love'
- KOHUT and his emphasis on empathy and mirroring
- attachment theory and its consequences
- self theory and identity – creation and development of the person in relations and social processes

This table is going over to the post-FREUDian theory development in psychoanalysis. Even this process was led by challenges of therapy, since old models of tension release, insight, working through, etc. Did not explain and could not guide theory. Transference implied dynamic thinking and structures were imagined as stable mechanisms of knowledge about reality and of control over inner conflicts and wishes. Self was conceptualised as a historically evolved system of such structures.

The words of this table are familiar from AMMON's writings, he had closely followed this theoretical lines and thought us a lot about them, thus it is not necessary to quote the relevant literature here, the titles are regarded as classics in the school dynamic psychiatry, too. KOHUT's influence along these lines is still remarkable (KARTERUD, MONSEN 1997, 2005), he influenced also AMMON.

AMMON grew out from these theoretical contexts. His contribution was a sort of synthesis. He integrated all these developments into his system (he rejected only the idea of a death instinct and did not accept the methodological conservatism and pessimism in the classical analysis) but expanded his horizons by working with therapy groups and taking group dynamics seriously.

3. Group analysis – the emergence of group and community treatment

- shift from working through to social actions – living learning – insight and change through communicative behaviour and emotional experiences
- social reality in therapy – experiencing rules and boundaries – the therapeutic community
- AMMON – early innovations – new understanding of group dynamics, large group, milieu therapy
- The therapeutic challenge of the borderline syndrome and psychosis to AMMON's theoretical work – the problem of the essence of therapy

This table shows the appearance of the group dynamic approach in general and at AMMON. Again we know well, how much he was open to extend also the group concept, for example he resonated early to the large group technique which included organisational reality into therapeutic world, or he saw family as a centre for primary group, and thereby he introduced group dynamics also into family socialisation process in order to understand the genesis of archaic ego disturbances (AMMON 1973, 1980, 1979a). AMMON also investigated basic human capacities, such as aggression or creativity from a group dynamic point of view (AMMON 1970, 1974).

Historically AMMON was motivated to theoretical innovations as well as to deploy new treatment methods by the challenges of the borderline syndrome, which he had encountered in increasing amount in his and his pupils' practice (AMMON 1988a). The problems of narcissism and identity were consequently followed by him along his effort to deal with impaired personality structures, as it can be seen from his yearly lectures at the DAP and WADP congresses (Ammon 1988b).

4. Social energy – the evolution of a concept

- the emergence of social factors in AMMON's theories – the Laios complex, the role of primary group in child development, the psychoanalytic pre-school, living communities, social participation of patients, chains of (group) therapy modalities
- the role of interactions and group relations – an implicit use of social energy view
- formulation of social energy as a core concept – a late theoretical synthesis and elaboration for explaining therapy processes and effects, with special regard to archaic ego disorders

- the growing role of identity in the expanding holistic and multidimensional horizon of Dynamic Psychiatry

The sentences mentioned in this table hint at AMMON's theoretical and methodological innovations and sources of experiences which had influenced and stimulated him later to turn towards social interaction. The idea of social energy was born as well as a new approach to therapeutic structure development and correction, which was called the socioenergetic principle or principle of social energy (GRIEPENSTROH, VON WALLENBERG PACHALY 1979), which is similar to FREUD's psychic energy, but is essentially different from it, since energy is conceived not being inherent in the person, but coming from outside, from the significant and meaningful interaction partners.

The idea of social energy acted as a revelation for all those who were followers of AMMON, because its synthetic force struck everybody immediately and its many implications became clear. Social inputs were conceived as narcissistic nurturance, but mainly as activating identity processes. Identity work is going on in exchange influences in groups and in social transactions.

5. Excerpt from definitions of Ammon concerning identity

- "Identity as a dynamic process evolving on the border between the individual and the group, identity as interpersonal space, and identity as provoking change in other persons.
- The dimensions of identity as an economic principle, i.e. psychic energy as social energy and thus the dynamic nucleus of ego-structural development." (AMMON 1988b; p. 276).

This is expressed in short definitions given by AMMON.

6. Ammon about social energy

Social Energy is energy which causes the ego-structure to grow. This ego-structure is to be understood as social energy which manifested itself as the result of group-dynamic contacts, processes and conflicts. The essential feature of these group-dynamical relations is taking the other person seriously, both in terms of approval and criticism. Social energy is the motivational factor of the developmental process of any individual. Identity is the sum-total of the social energy which one has received up to now, both in a quantitative and in a qualitative respect. Social energy fulfils a transmitting function between the here and now of group processes and the effects on the ego structure of a given person. (AMMON 1988b; p. 276-277)

A more detailed definition deals again with identity, i.e. social energy is viewed in the framework of identity.

7. Ammon: social energy versus psychopathology

The concept of a social-energetic circle also helps to understand the vicious circle of pathological development, the inevitability for psychically ill people to have destructive and deficitary group experiences, and it helps to realise the starting-point of social energetically constructive group-dynamics as a therapeutic means. In therapy, existential border situations are essential for the patient, for such situations his identity can grow. The identity of a person is shaped by every meaningful contact; therefore identity is to be conceived of as the ever-changing, holistic result of a chain of meaningful contacts border situations. (AMMON 1988b, p. 277)

This is the most important element in the social energy concept, because in therapy not the disease, the psychopathology has to be evaluated, but the restitutive, reconstructive processes have to be supported and this can be realised along social energy dimensions.

8. Ammon: further important thoughts

A lack of social energy arises when all attention, interest and meaningful contact is denied whether consciously or unconsciously. Bodily contact is also of extreme importance of social energy. People who have never been caressed and have never experienced bodily contact have not received social energy in a large sector of themselves which reaches deep within their personality. The deficient dynamics of social energy are expressed in a lack of interest and a lack of attention in the case of formal supervision. (AMMON 1988b, p. 293)

These excerpts point out to the nature of social energy in human contacts, but these thoughts lead to the so-called human-structural development of AMMON's view of man, of his psychological anthropology (in the sense of GADAMER, who postulated an anthropology in every ontological field of human sciences). As we know, he integrated biological processes and dimensions of spirituality into his later theoretical system.

9. The social energy concept – condensed and almost cryptic

- the historical context in AMMON's movement in Germany and world-wide – therapy systems and new therapy approaches and modalities, researches, and the "bodily dimensions" (neurophysiology) and spirituality, unconscious and its resources for creativity
- taking persons seriously, approval and criticism, the social energetic circle, bodily experiences, spirituality through exercising creativity – the ego-structural dance therapy
- the pivotal role of social energy concept in Dynamic Psychiatry – the central metaphor and AMMON's heritage

This is a continuation of AMMON's thesis in the previous table, and it is written

to illustrate, how high degree of abstraction is involved even in the explanations of the social energy principle, and how large realms of experiences and contexts are implied by them.

Before going further to inquire into social energy concept can function as a bridge to other schools of therapy, where similar processes are described and emphasised. Without a claim to a full overview, in the next table kin concept of central importance are shown in other schools and theories of psychotherapy. GRAWE merits mentioning because most of the alternative views which he enlists as acting forces in psychotherapy and which are often meant as criticism against dynamic vies, can be translated to terms of the social energy principle (GRAWE, DONATI, BERNAUER 1995, GRAWE 1998). This translation could be a conceptual research in order to reach a more deep understanding of AMMON. Again, evaluation of the vast literature about self-help groups (HÖFLICH, MEYER, MATZAT, BEUTEL 2007; in order to quote only a recent publication from the rich German language output), or about the systemic community treatment approach (e.g. MOSHER, BURTI 1994) would produce many examples and corroborations for a social energy interpretation of results and data stemming from these fields. Identity enhancement (a term coined after experts of philosophy of medicine trying to explain different processes of human capacity development; e. g. PARENS 1998) is widely accepted in modern society in a variety of group practices, e.g. in awareness raising, encounter, training, communication, role enrichment, etc.. Groups, also demonstrate how effective and important social energy exchanges are, if they are incorporated to professional frameworks.

They are, however, specific components in AMMON's social energy concept, which can be supported by other schools' experiences and theories or observations gained from different human social activities but which can not be reduced to them. These are the directions where further theory building and conceptual work would be needed within the school of Dynamic Psychiatry. Some of these elements are listed in the next table.

10. Specific elements in the therapy system of Dynamic Psychiatry related to Social Energy

- the dialectics of taking a patient seriously – concern, support, tolerance, meaningful tasks, challenges and empowering
- human destruction – a neglected or repressed area in other systems of psychotherapy, the issue of constructive aggression
- artistic – i.e. symbolic, metaphorical, archetypical – communication through creative group therapies
- the bodily dimension and the ego-structural dance therapy

- peak experiences in real life processes, rites, feasts, commemorations
- world view issue: multidimensional participation at humanistic values

This is what is familiar for all of us from the daily practice of dynamical psychiatry. Each of one, however, could be grasped by new definitions, could yield phenomena to qualitative and quantitative inquiry. You associate, surely, to these sentences the milieu therapy which is a wonderful innovation of AMMON, the human structural dance therapy, which is a joint product and true discovery of the core teams of the school and which is quite unique still worldwide, even though body therapies are mushrooming, or the use of artistic self-expression and identity work in creative therapies deployed in the different treatment modalities of Dynamic Psychiatry. Human destruction remains a number 1 enemy in our approach, but we need further research to tame it or to convert it to constructive forms of self-assertion and communication. There are crucial events of manifestation of social energy, such are the peak experiences (a term borrowed from MASLOW, and closely connected with this issue, spirituality and world view taken in the sense of existential philosophy and psychotherapy) can be investigated also from the point of view of social energy or could be compared with AMMON's handling these questions in his writings.

Just to demonstrate that Dynamic Psychiatry is living and practising social energy principles attention should be directed towards a recent thematic number of the journal *Dynamische Psychiatrie* (vol. 39, no. 217) dealing with therapeutic communities.

We have to remember, that according to AMMON there are destructive social energies and destructive structures can be developed in the self in consequence of them, thus social energy can not only be deficient, i.e. insufficient, but also it can manifest itself in pathological forms.

In two interesting papers the life of living communities for chronic patients is portrayed (REITZ, HESSEL 2006, SPLETE 2006). Both articles show the professional organisation of the communities aims to foster the development of identity. For this they fulfil multiple tasks. There is a balance between conflicting forces. The group environment can be supportive but also therapeutically counterproductive. Psychopathology: e.g. pathologic repetition compulsion, fixations in structure development, destructive aggression, anxiety, especially the fear of contact etc. have to be counteracted, sometimes by therapeutic splitting, where at other, different, more strongly integrated group sitting has to be used to work through phenomena of negative transference and destructive strivings. Groups can cause traumas, e.g. through scapegoating some members, or allowing to some persons to fill in an oppositional leader role in the group. Therapeutic team has to be supported by counselling and supervision (control)

groups. Project groups and milieu therapy are helpful, they yield realistic self esteem and offer fields for learning and acting. Levels of reality and relationships have to be dealt with separately.

Conflicts have to be manifested. Transference might be destructive but if manifested in a controlled way they can enhance social energy processes. Groups have to provide corrective experiences. In general, groups – even in living communities – have to be environments which create identities by their stimulating effects. The boundaries of groups play an important role in securing spaces for protection and for growth of identity. Group leadership is emphasised as the source of therapeutic effects. As AMMON stated: “The central position of the leader attracts the destructive potential of blocked conflicts in process of group dynamics and thereby sets free basic energies to create an interpersonal field for identity awareness in the groups” (AMMON 1976, p. 55). In well functioning groups auxiliary ego functions are also manifested where group members help each other in interactions.

These are only selected concepts which are used for initiating and regulating as well as for evaluating group dynamic processes in living communities. Thus communities became important parts in a chain of therapeutic modalities in which interventions are co-ordinated. This is illustrated in the papers by case studies. The realistic episodes and problems described here show the manifestations of social energy but also the implications and uncertainties of the concept. The metaphor should be converted to psychological and interpersonal concepts which can be used for indications, process monitoring and evaluation. To put in other terms, the magnificent theory system of AMMON – as outlined in the two volumes of *Handbook of Dynamic Psychiatry*, edited by AMMON (1979b, 1982), and especially his social energy theory have to be developed by re-formulations, re-interpretations and comparisons with similar key concepts in other schools in order to continue the evolution of Dynamic Psychiatry.

Summary

The paper outlines a view that the School of Dynamic Psychiatry of Günter AMMON rests on some conceptual cornerstones and one of them is the theory of social energy. It is a typical concept in this therapy system, since it is heuristic, innovative and integrating but at the same time casts in general terms and works with many implications and unexplained contents. A significant development of the school could be expected by expanding the ideas of social energy in a more detailed way. In order to initiate this process the paper looks back

to the evolution of FREUD's theories of psychic energy, and the shift towards a social view of energetic and economic principle by AMMON, via the emergence of the ideas of narcissism, self and identity in the post-FREUDian psychoanalysis. AMMON's system is build upon group dynamics and group processes. Only group forces can foster arrested ego growth and identity development in severely impaired patients, because creation of healthy ego and identity structures need inputs of social energy. A quick overview is given of AMMON techniques and theories where social energy plays a crucial role, and recent articles coming from the Dynamic Psychiatric school to illustrate the depths of the daily therapy practices which are suitable for explanations in terms of the social energy principle.

Sozialenergie – ein revolutionäres Therapiekonzept und seine neuen Interpretationen und Beweise

In diesem Artikel vertritt der Autor die Ansicht, dass Günter AMMON mit seiner von ihm gegründeten Schule der Dynamischen Psychiatrie von einigen bestimmten Konzeptionen ausgeht, die sich im Gefolge der Auseinandersetzung mit der Psychoanalyse FREUDS und ihrer Weiterentwicklung herausgebildet haben. Weiterhin wird darauf hingewiesen, dass das Interesse AMMONS an der praktischen und therapeutischen Arbeit mit Patienten und dem Erfordernis theoretischer Erweiterungen und Erneuerungen, die sich aus dieser Aufgabe ergaben, von ihm und später von seinen Mitarbeitern und Schülern als zusätzliches Moment der Beschleunigung und Intensivierung die Theoriebildung genutzt wurden, und dass er selbst diesen praktischen Aspekt nie aus dem Auge verlor und für dieses Vorgehen den Begriff der Behandlungswissenschaft kreierte .

Dieser Artikel zeigt die historische Entwicklungen auf, welche zur Hervorbringung des Begriffs der Sozialenergie geführt haben und verweist auf die Stringenz mit der dieser Begriff mit anderen Untersuchungen AMMONS verflochten ist. Der Begriff hängt eng zusammen mit der grundlegend konstruktiven Auslegung menschlicher Kapazitäten wie der Aggression und Kreativität, deren Entfaltung und Schicksal in Abhängigkeit von der gruppenspezifischen Interaktion in Primärgruppen und den diesen nachfolgenden Gruppen, bis hin zu therapeutischen Gruppen gesehen wird.

In AMMONS Überlegungen fließen FREUDS Theorien über psychische Energie und ihre triebmäßige Herkunft und die Notwendigkeit ihrer Kanalisierung und Strukturierung im Zusammenhang der Ich-Bildung ein und in ihnen wird auch das Narzissmuskonzept FREUDS aufgegriffen, aber letztlich eine neue Wendung

gegeben. Mit dem Verlust der Selbstverständlichkeit eines funktionierenden Ichs bei den archaischen Ich-Störungen, die immer mehr ins Blickfeld der therapeutischen und psychoanalytischen Praxis gerieten, wuchs auch die Notwendigkeit den Zugang zu den energetischen Vorgängen neu zu formulieren.

Die Entstehung des Ichs als lediglich intrapsychisches Geschehen zu begreifen, reichte nicht mehr aus, um in letzter Konsequenz der Pathologie archaischer Ich-Störungen entgegenzutreten und die in diesen Störungen aufscheinende Unzulänglichkeit und Destruktivität bestimmter Ich-Funktionen einer Bearbeitung zuzuführen. Dies konnte nur vor dem Hintergrund und im Rahmen eines sozialenergetischen und zugleich gruppodynamischen Prozesses geschehen. Hierbei half die dieser Diskussion schon seit langen begleitende Konzeptionalisierung der Aggression als einer von Anfang an konstruktiven Persönlichkeitsdimension, welche ihren Einsatz auch im therapeutischen Bereich als die nachholende Ich-Entwicklung ermöglichende Energie legitimierte. Im Zusammenhang damit konnte auch die Unterscheidung getroffen zwischen einer das Ich letztlich nur aufblähenden narzisstischen Zufuhr und einer diesen Vorgang korrigierenden Prozedur ernsthaften, von sozialenergetischen Prinzipien geleiteten Auseinandersetzung.

Das Konzept trug einem sich mehr und mehr in den letzten Schaffensjahren AMMONS steigenden Bedürfnis nach einer humanistischen Ausrichtung der therapeutischen Theorie und Praxis Rechnung, von Anfang an aber einer sozialpsychologischen ausgerichteten Psychoanalyse, welche die Bedeutung der Identitätsentwicklung für den psychischen Genesungsprozess betonte. Angesichts der Beobachtung einer Entgrenzung bei der Psychose, die das Individuum verwechselbar und bar jeglicher Identität macht, und einer Grenzstellung zwischen fassadärer Anpassung und destruktiven Ausbruch bei der Borderlinestörung, welche als symptomatisch für eine allgemein gesellschaftliche Identitätslosigkeit gedeutet wurde, wurde die Befolgung des sozialenergetischen Prinzips auch bedeutsam für die Rückbesinnung und Wiederherstellung von Werten, sowohl in einem philosophischen, als auch spirituellen Sinne.

Diese mehr theoretischen Erörterungen werden ergänzt durch Schilderungen der praktischen Arbeit im Rahmen von therapeutischen Wohngemeinschaften, die sich in ihrer Organisation an Theoreme und Erkenntnisse der Dynamischen Psychiatrie ausrichten. Hier wird gezeigt, dass durch die aktive und engagierte Grenzsetzung einer im gruppodynamischen Sinne zentralen Figur dem destruktiven und sich verweigernden Verhalten der Gruppenteilnehmer gegenüber ein sozialenergetisches Feld bereitgestellt werden kann und dass diese Grenzen wiederum eine wichtige Rolle bei der Sicherung des Wachstums von

Identität und Kreativität darstellen können.

Gegen Ende seiner Arbeit verleiht der Autor seiner Hoffnung Ausdruck, dass von einer vergleichenden Beschäftigung mit Konzepten anderer Schulen, besonders welche sich auf den angesprochenen energetischen Aspekt beziehen, Anregungen auch für eine Fortsetzung der 'Evolution' der Dynamischen Psychiatrie erwartet werden können. Nach Meinung des Autors erlaubt das Erbe AMMONS und seiner Schule im Augenblick viele Möglichkeiten der Reinterpretation, insbesondere wenn man bereit ist, einer Reihe von ausschlaggebenden Konzeptionen in anderen Ausrichtungen sowohl der Psychotherapie, der Beratung und Handhabung menschlicher Ressourcen als auch der modernen Psychotherapieforschung Rechnung zu tragen. Je mehr eine vergleichende Analyse und je mehr empirisches Material zugelassen werden, welche einerseits das sozialenergetische Prinzip bestätigen und andererseits mit Hilfe andere Begrifflichkeiten zu erfassen suchen, desto mehr erweist sich möglicherweise der heuristische und praktische Wert dieses Konzepts und desto mehr wird das revolutionäre Moment in dieser Entdeckung AMMONS erkennbar.

Literature

- Ammon, G. (1970): Gruppendynamik der Agression. München: Kindler.
- (1973): Dynamische Psychiatrie. Grundlagen und Probleme einer Reform der Psychiatrie. Darmstadt: Luchterhand.
- (Hrsg.) (1974): Gruppendynamik der Kreativität. München: Kindler.
- (Hrsg.) (1976): Analytische Gruppendynamik. Hamburg: Hoffmann Campe
- (1979a): Kindesmisshandlung. München: Kindler.
- (Hrsg.) (1979b): Hdb Dynam. Psychiatrie. Bd.1. München: Reinhardt.
- (1980): Dynamische Psychiatrie. München: Kindler.
- (Hrsg.) (1982): Hdb Dynam.Psychiatrie. Bd. 2. München: Reinhardt.
- (1988a): Das Borderline-Syndrom. Krankheit unserer Zeit. Berlin: Pinel.
- (1988b): Vorträge 1969-1988. München: Pinel.
- Grawe, K. (1998): Psychologische Therapie. Göttingen, Bern: Hogrefe.
- Grawe, K.; Donati, R.; Bernauer, F. (1995): Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen, Bern: Hogrefe.
- Griepenstroh, D.; von Wallenberg Pachaly, A. (1979): Das energetische Prinzip bei Freud und Ammon. In: →Ammon 1979b; S. 213-232.
- Höflich, A.; Meyer, F.; Matzat, J.; Beutel, M. E. (Hrsg.) (2007): Selbsthilfegruppen für psychisch und psychosomatisch Kranke. Zugangswege – Barrieren – Nutzen. Essen: Bundesverband der Betriebskrankenkassen, .
- Karterud, S.; Monsen, J. T. (1997): Selvspsykologi. Utviklingen etter Kohut. Oslo: Notam Gyldendal.
- (2005): Szelfpszichológia. A Kohut utáni fejlődés. [translation: Self Psychology. The development after Kohut]. Budapest: Animula.
- Mosher, L.; Burti, L. (1994): Community Mental Health. A Practical Guide. New York, London: Norton.

Parens, E. (ed.) (1998): *Enhancing Human Traits. Ethical and Social Implications*. Washington D.C.: Georgetown Univ. Press

Rapaport, D. (1960): *The Structure of Psychoanalytic Theory. A Systematising Attempt*. New York: Intern. Univ. Press.

Reitz, G.; Hessel, T. (2006): *Erfahrungen und Ergebnisse aus der Arbeit in den Wohngemeinschaften der Dynamischen Psychiatrie*. *Dynam. Psychiat.* 39(217):126-141.

Splete, R. (2006): *Zur Gruppendynamik der Aufbauphase therapeutischer Wohngemeinschaften (TWGs)*. *Dynam. Psychiat.* 39(217):175-190.

Author's address

Béla Buda, M. D. • POB 434 • 1537 Budapest, Hungary • E-Mail: buda.bela@ndi-int.hu

The Foreign in the Self – The Self in a Foreign Country ‘Cultural Adolescence’ in Migration Processes and Psychotherapeutical Approaches

Wielant Machleidt (Hannover)

Psychotherapy with migrants is a challenge for any form of analytical method to prove the possibility of its cross-cultural application and effectiveness. If the migration is seen as a third individuation phase or a ‘cultural adolescence’ then the appearance of psychic disturbances is to understand as an expression of the specific vulnerability in these phases often associated with social isolation and ostracism. The necessary cultural forming of identity and ego-structure represents the particular aspect of the psychotherapeutic approach with migrants. It must therefore concentrate both on the narcissistic compensation of the respective injuries and insufficiencies and on the acquisition of new roles by testing reality according to real abilities to form a new integrative bi-cultural self.

Keywords: migration, self, psychotherapy

Introduction

Psychotherapeutic work with migrants puts the applied methods to the test from a theoretical and practical standpoint. We must pose the question, do psychotherapeutic methods include a model that attempts to place the anthropological phenomena of migration and its pathological manifestations in a plausible explanatory framework? The answer to this question is all the more significant because a concept on the nature of migration is most likely to lead to a guiding principle for a coherent therapeutic practice. Inter-culturality is something of a novelty when constructing theories and methods in psychotherapy, apart from ethno-psychoanalysis. The current theoretical concepts and methods, recognized by international psychotherapy, were developed in Europe and North America and are applied successfully in this cultural region, yet in this sense are doubtlessly of ethnocentric design. If the cultural horizon is expanded, then it will inevitably lead to a second expansion namely to cross-school concepts. The cultural history of psychotherapy shows (ELLENBERGER 1996) the effectiveness of indigenous ‘psychotherapy’ on the development of similar methods of intervention in various cultures at different times, especially before the development of modern psychotherapy at the end of the 19th century in Europe.

Worldwide multi-culturality presents psychotherapy with a challenge and op-

portunity at the same time to develop concepts and methods that are understandable and effective across school boundaries, across cultural borders, and beyond. This challenge will have a lasting effect on the theory and practice of psychotherapy, e.g. in the sense of a greater variety of intervention forms and the integration of 'culture-foreign' elements. The answer to question must be found on an evidence-based scientific level that is able to categorise core elements of a psychotherapy as 'effective' beyond cultural boundaries. This is an ambitious goal on a path to intercultural psychotherapy. Today only preliminary answers can be given to this question.

Who is a migrant?

Migrants are crossers of cultural boundaries and wanderers between ethnic worlds. Migrants are the symbolic figures of the foreign par excellence. Yet who is a migrant? We have known the definition for a long time: migration means changing one's regular place of habitation to another culture for an extended period of time or permanently. Migration involves leaving the culture of origin and gradually growing into the host culture. Accordingly, migrants are all persons who move their residence either voluntarily or by force to another country, such as expatriates, guest workers, migrant workers, (late) re-settlers, exiles, displaced persons, war refugees, asylum applicants, political refugees, illegal immigrants and re-immigrants (MACHLEIDT, CALLIESS 2004). Migrants comprise approximately 18% of the population in Germany, including those who already hold a German passport. However, the term migrant can be put into perspective in other ways.

If we stretch the time dimension somewhat and look beyond the migrant generation, then there is a multitude of people who immigrated into the German cultural environment from other cultures. Most of them are well acculturated in the meantime and only the family name reveals their cultural extraction.

What does foreign mean?

Yet what does foreign mean? Who is a foreigner? The term 'foreign' can be understood through one of FREUD's metaphors as the 'inner foreign land', what is foreign in the self? In this instance, foreign stands for the unconscious that only becomes accessible to the conscious upon paying the price of overcoming the defences. During the emotional process, beginning with curiosity about becoming conscious and anxiety about becoming conscious, consciousness is achieved when the anxiety defence mechanism, in not too severe form, is over-

come. This is tantamount to transforming something foreign into one's own, into something familiar. When getting to know a foreigner, a migrant for instance, this process takes place externally. The phase of ambivalence during familiarization is necessarily influenced by being 'curious about' and 'anxious about'.

When it comes to a 'confrontation or an encounter with' the foreigner, then the integration of the foreign into something familiar has already begun. The greater the fascination with and the exotic appeal of the foreigner is, the more dynamically is the transformation process. This process is not linear but cyclical. The feelings of familiarization oscillate back and forth between trusted and foreign. An analogy between the conscious and the unconscious and the foreign and familiar is obvious (s. ERDHEIM 1992; CHU-JUELICH 2002). The unconscious only remains unconscious as long as it is not revealed to conscious perception, and the foreign is no longer foreign when appropriation has taken place, when it has been made one's own and integrated into the familiar, in other words when the alien has become un-alien.

The 'inner picture' of the foreign

Birth is the child's first confrontation with the foreign, which is identical with the extra-uterine reality. This primary encounter unfolds, as is generally known, according to its own dynamic and all subsequent encounters with the foreign potentially contain this drama in their core. However, the primary encounter with the foreign goes hand in hand on the side of security with getting to know the mother. Indeed the mother must accept the child, and the child the mother. The successful mother-child relationship is the original form of de-alienating the alien and can be understood as formative for all trust-building processes. On a secondary level, the foreign is then everything 'non-mother' (ERDHEIM 1992). Her absence releases existential anxieties or aggressive feelings, and in some instances depressive mourning. If it were not for the curiosity about and fascination with the foreign, the child would become fixated on the mother as a security-giving object. Without this there would be no expansion of the child's own world by the foreign. By turning his attention to foreign objects he perceives, however, the child receives an opportunity to open and diversify the mother-child relationship. In the process of oscillating between the mother and the foreign, an affectively formed inner picture of the foreign emerges. ERDHEIM (1992) writes: "The picture of the foreign offers an alternative which allows a child to initiate a relationship with a person who is not its mother." (translation by the author) Symbolically the inner picture of the

foreign contains the encounters with all foreigners whom he has come across, not concretely perhaps, through concrete memories, as the case may be, but rather in his emotional evaluation as experience. The sum of these experiences forms the picture of the foreign, 'representation of the foreign'. This has at least two important normal psychological functions for the child: for one it offers him the opportunity to expand his own world with every foreign world experienced as good, and secondly it protects his emotional and physical integrity through the preventative defence of foreign objects anticipated and perceived as being destructive.

Models for understanding the process of migration

Migrants move from one relatively distinct reality of their culture of origin, letting go of ingrained behavioural and experiential patterns into a relatively ambiguous reality necessitating the acquisition of new behavioural patterns. This 'transition phase' alters the identity of the affected individual himself and is accompanied by a developmental phase that can be termed the third individuation in a person's life.

By the term 'identity', I refer here, following ERDHEIM (1992), to a psychological structure "that provides an orientation aid by putting the categories of familiar and foreign in relation to each other [...] and is used to orient oneself within social relationships." Every ethnic group distinguishes itself from the neighboring culture in order to maintain its own identity. It stereotypically elevates the members of its own group while denigrating those of the foreign neighboring ethnic group, both within and outside the nation state (see ethnic satirical witticism.).

Every ethnic group forms beliefs or prejudices against everything foreign and develops ways of dealing with foreigners. For the following considerations, one question is of particular interest, namely how individuals cope with the process of acquiring a foreign culture and what changes they undergo in the process.

Migration the third individuation: the intercultural birth

"Metaphorically we can regard the development of an individual's life as a series of 'migrations' by means of which the individual gradually removes himself from his primary objects" (L. GRINBERG, R. GRINBERG 1990).

The biographical migratory movements of an individual undergo two individuation phases in terms of developmental psychology, namely birth and

adolescence. These are the two great individuation steps. These are distinct from weaning during early childhood, learning to walk and talk, integration into pre-school, beginning primary school, etc. – which are frequently critical experiences of transition in the development of the individual. In adulthood this would include, for instance, moving out of the parent's household, starting and/or completing vocational training, starting a job, entering into a stable relationship, birth of an own child, taking on a management position, death of a parent, etc. These steps can be regarded as an 'internal migration'. What the two major individuation phases share in common with the transition situations is the demand on the individual to remove himself gradually from his original primary object, thus gaining increasing independence.

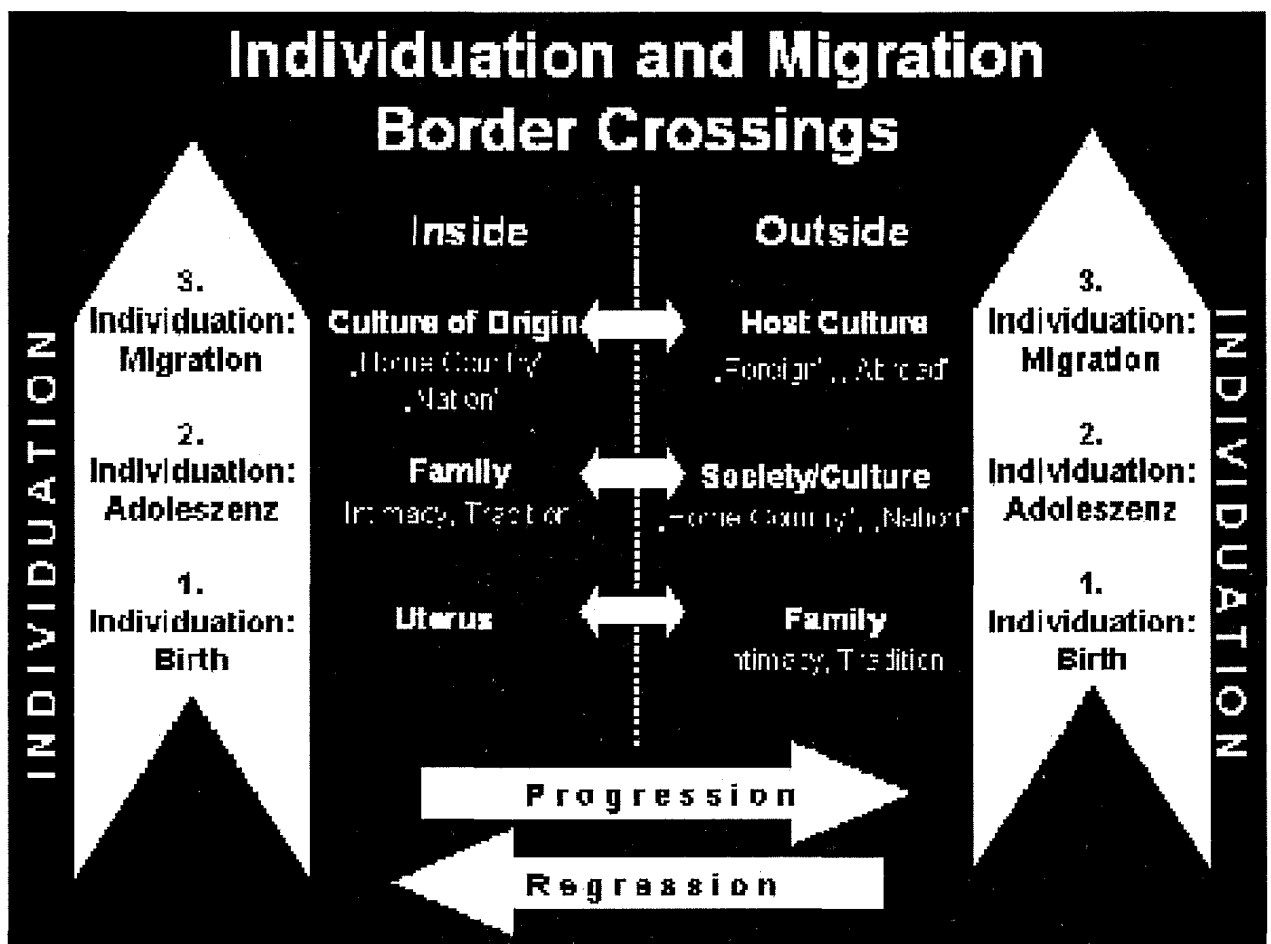


Fig. 1: Migration is a individuation process with it's typical 'border crossings'.

Each one of these individuation steps requires detachment and offers increasing degrees of freedom. How is this to be understood with regard to migration as the third individuation, the 'birth of a citizen of the world' that follows the 'birth of the individual' and 'birth of the adult'? What additional process takes place which allows us to understand migration, i. e. leaving the culture of origin and becoming integrated into a foreign culture, as the third individuation

phase or as the ‘cultural adolescence’ in a person’s life?

Distancing oneself from the primary object increases dramatically, and frequently irreversibly, through migration to a foreign culture. Leaving one’s own cultural space requires, similar to adolescence, detachment from culturally typical relationship objects that possess a surrogate character as a replacement for a parent (e. g. native language, native country). The culturally typical parent surrogates must be replaced by culturally foreign parent surrogates. The culturally typical reference objects are representatives of the own national cultural universe which exists in a more or less closed space in which the individual previously has experienced security, familiarity, safety, gratification, etc. Leaving this space through migration is a border crossing into a foreign, unknown terrain, comparable with leaving the family circle during adolescence or the uterus during birth.

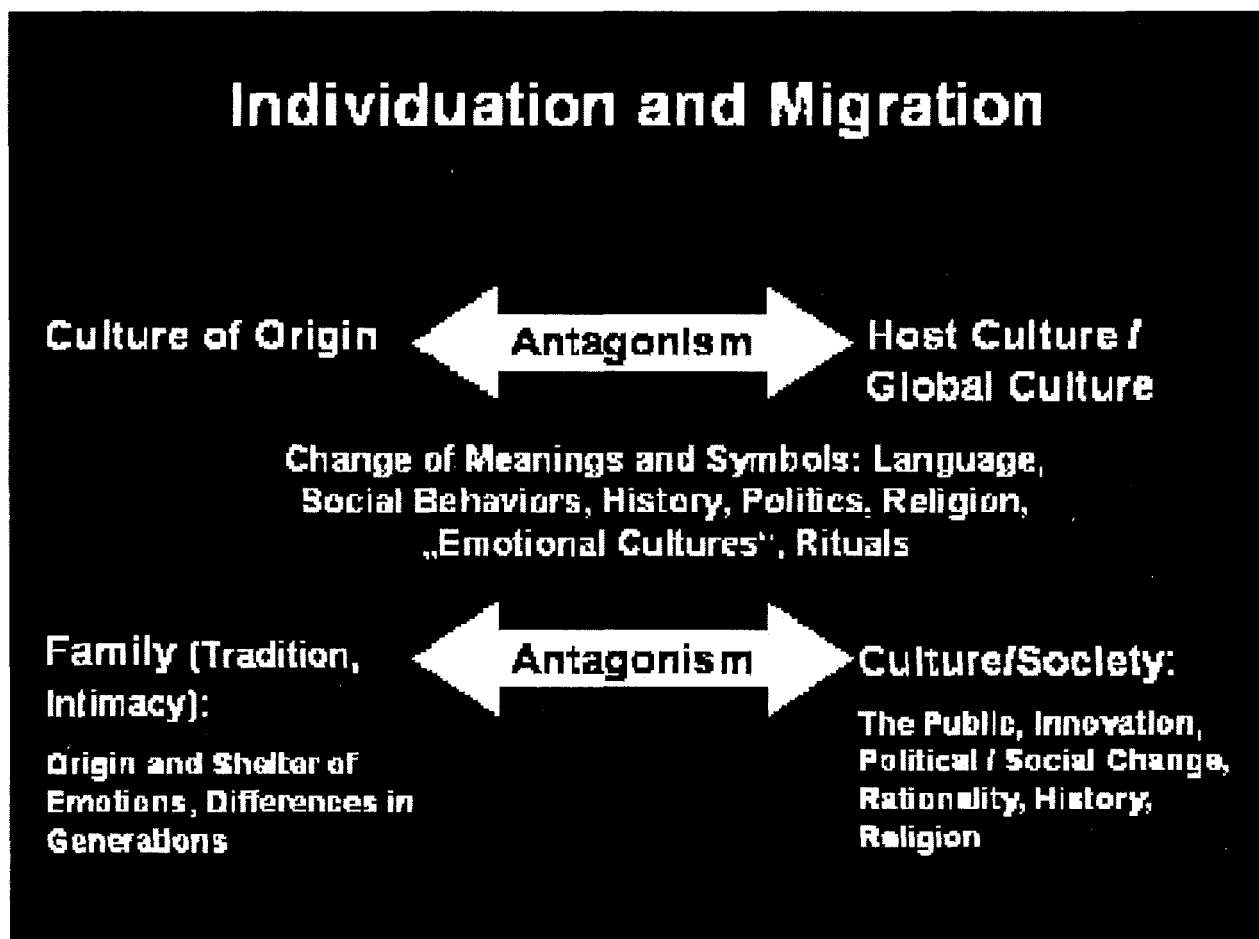


Fig. 2: There is an analogy according to the antagonism between family and culture and culture of origin and host culture in adoleszenz and migration respectively.

The specific differences of the border crossing or threshold situation are determined by developmental psychology and designate a transition from an ‘inside’ to an ‘outside’. During birth, the inside of the uterus is left, and outside the child is accepted into the family. During adolescence, the inside of the

family is left, and outside the youth is accepted into society. During migration, the inside of the original society is left and outside the individual is accepted into (an) other (world) culture(s). Coping with each of the three individuation phases is something like birth or a kind of rebirth. The inner coping and development of the contrasting pair 'inside-outside' characterize the process and overcoming the inherent antagonism between family, society and culture.

The individuation step of migration is in many ways analogous to adolescence. But it takes place on an abstract symbolic level of the desired foreign, leading to detachment from the culture of origin, the native language, native country and leaving the primary cultural space. Indeed, not every individual finds sufficient fulfilment in what his own culture presents him, such as the cultural goods and accomplishments, the exotic, etc. The symbols of the original culture left behind, such as language, patterns of social interaction, religion, history, politics, daily rituals, etc. are no longer valid. The sense and meaning of the new cultural realm must be learned and tested in their use. This means a new beginning on the basis of the previously achieved individuation, with a liquification of the structure of the self and the emergence of something requiring a higher level of integration and individuation than previously attained.

The analogy to adolescence exists in the expansion of the mental and social horizon of experience and the attending gains. Yet, in contrast to adolescence, it takes place without the well-known biological changes. The 'cultural adolescence' can be understood as a metaphor for the mental and social changes during migration. It implies as well that migration is not just learning more but represents rather a developmental step for the person affected.

The psychodynamics of migration as the third individuation and the formation of symptoms

Detachment from the culture of origin

Every migration is preceded by curiosity about the new unknown, tied to the fascination with the processes of change and metamorphoses that are undergone and the attainments and the 'unimagined possibilities' that become available. This phase of the migration process is characterised by the primary feeling of curiosity and anticipation of the new and unknown.

The second basic feeling, however, is the unavoidable anxiety about the unknown. This anxiety, as a normal-psychological 'signal anxiety', serves the function of reality-based assessment and planning, of weighing up risks and opportunities, and of anticipatory safeguarding. Overcoming the anxiety is

preceded by the painful step of separation and detachment as a kind of feeling of preparation. The de-demonisation and de-dramatisation of this anxiety about the foreign unknown is a necessary precondition for realising migration.

The act of migration brings with it the pain of separation. The separation pain is a primary feeling that is deeply felt by all individuals who leave and irrevocably cross cultural boundaries. We can call this very primal pain a pain that allows growth, thus ‘growing pain’ (L. GRINBERG, R. GRINBERG 1990). This pain is pain as a psychological quality, neither anxiety nor mourning. Yet it can be associated with both.

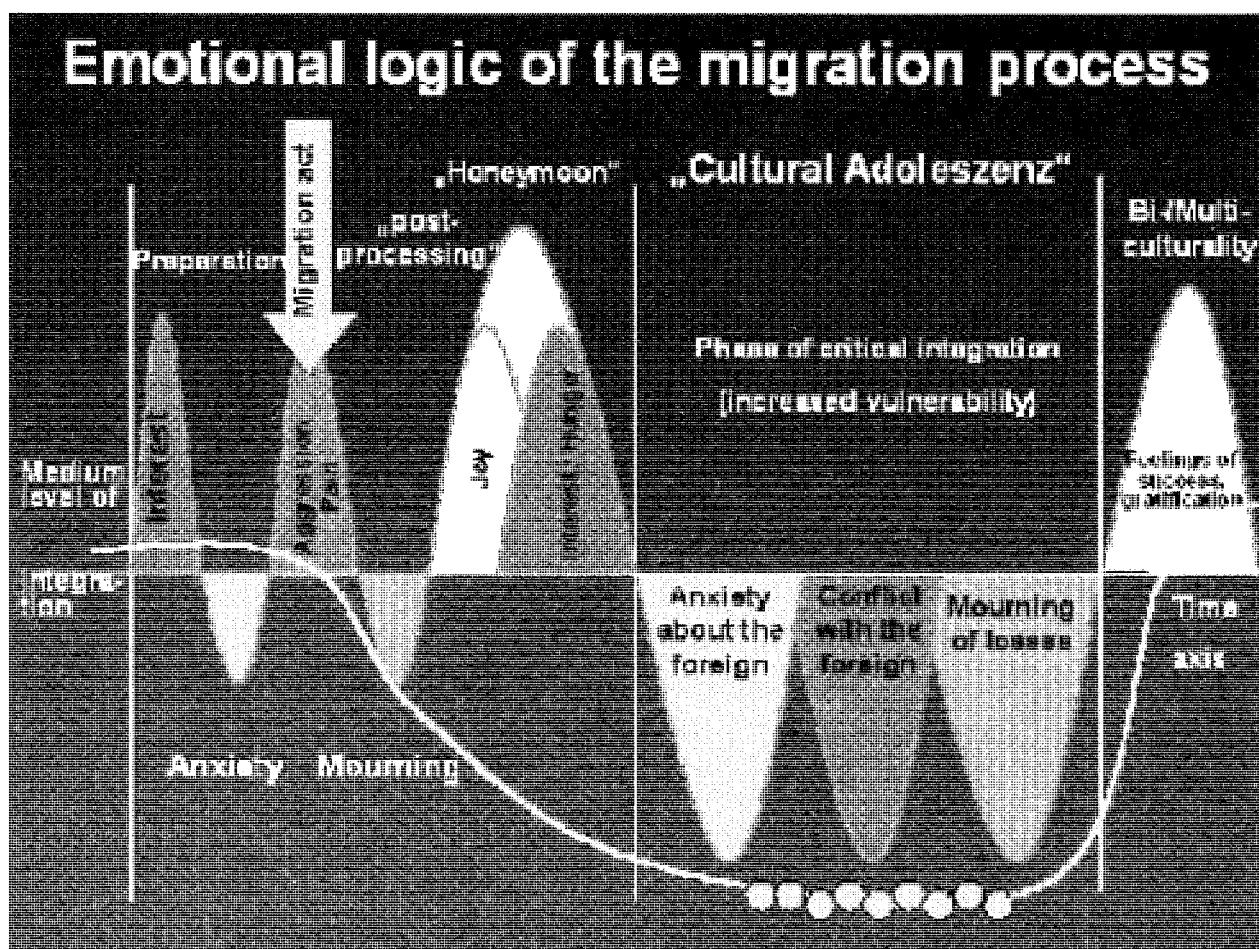


Fig. 3: Cycles of basic emotions and ‘cultural adolescence’ in the migration process.

Once the act of separation has been completed, retrospection on what was left behind sets in and the mourning for the losses suffered. This farewell mourning is described by Elias as a feeling of social or ‘collective dying’ (Elias) tied to relinquishing the accustomed social roles and daily rituals.

When the individual has successfully arrived in the host culture, joyous feelings arise. The encounter with the new culture turns into a kind of ‘honeymoon’ where feelings of triumph and success about the successful arrival in and fascination with the host culture grow to feelings of exaltation.

The succession of basic feelings described that are associated with the act of migration have a cyclical character. This means that the feeling qualities of curiosity, anxiety, pain, mourning and joy are experienced again and again in wakefulness, in dreams and in daydreaming, and thus are overcome more and more. These feelings accompany the departure into the host culture and overflow into the approach phase and integration phase upon arrival. While voluntary migrants generally do not experience psychological disorders during the departure phase in the native country or during the transfer to the host culture, they frequently do during the integration phase.

Integration into the host culture

The process of integration into the host culture follows a cyclical emotional logic, just as detachment does, however with a different accentuation (MACHLEIDT, CALLIESS 2004, see also SLUZKI 2001). The elation in the arrival phase is tied to an enormous object hunger for the yet unknown fascinating culture and a great preparedness to take in and absorb desired cultural elements, tied to intense efforts at integration. After one or two years, a sustained period sets in of struggling to secure an existence in terms of work and a home, preservation of the family and gaining a new intercultural identity. This is the phase of the third individuation the 'cultural adolescence' which is accompanied by heightened vulnerability and during which psychological disorders typically occur.

In connection with the psychological and social strain, excessive anxieties, frustration, aggression, separation pain and feelings of loss and mourning arise. Following the initial euphoria, as negative emotional experiences increase, disenchantment sets in with the struggle for the basics to live and survive, through questioning the old and searching for a new identity.

The confrontation with the foreign leads to anxieties and aggression in addition to ambivalence and curiosity, and the desire for assimilation and adoption of new cultural offerings. It is all about taking leave of or conserving cultural traditions or adopting the new cultural gains. At the same time, a voluntary contra-phobic adoption of cultural objects and behavioural patterns may take place while denying the own cultural heritage in the sense of progressing too fast, or the opposite may occur, regression back to the family. The family is the place of tradition in the sense of the parents' generation and protection from the cultural outside. Fleeing into religion or into a ghetto means a regressive protective zone. These regressive processes are frequently accompanied by fierce idealisation or denigration of the original culture or host culture in the sense of splitting. It can come to a sensitive disturbance of the narcissistic ba-

lance due to gratification deficits as confirmation and mirroring from the psycho-social cultural surroundings largely disappear. This leads to insecurities in identification and compensatory over-identification or exclusion of identification figures, such as the family father or authority figures in the host culture like teachers, etc.. In particular, during this time highly emotional states are tied to an intense emotional roller-coaster. The more ‘stress’ is no longer experienced as a challenge but as a threat, the more easily stress symptoms emerge. This phase is connected with heightened vulnerability to psychological maladaptive behaviours and traumatisation, and to triggering latent neurotic or psychotic parts of the personality.

Psychiatric Disorders in Migrants

„Psychoreactive“ Disorders (Neuroses)

- Anxiety disorders
- Acute stress reaction
- Post-traumatic stress disorder (PTSD)
- Affective disorders
- Dissociative disorders
- Somatoform disorders

Affective Disorders

- Depressive episode
- Dysthymia

Alcohol and Drug Dependency

„Functional“ Psychoses

- Transitory acute psychotic episodes
- Functional disorders: Schizophrenia




Fig. 4: Psychological stress disorders in migrants

An individual’s resilience as a flexible power of resistance is overwhelmed (MOOZ 2004). The trail of the affective then leads to the somatic. In migrants it is not unusual to find somatoform syndromes. They are frequently caused by the defence of the losses suffered. These cannot be successfully overcome. Following disappointments and additional losses in the host culture as well as racist degradation and the loss of the old identity, depressive disorders can emerge. Denying these disorders can paradoxically lead to coping in the form

of a manic syndrome which turns the distress and crisis of self-esteem into a grandiose feeling transcendence. A loss of coherence of the self through schizoid anxieties creates a vulnerability to fragmentation processes and psychotic de-compensation. As the individual increasingly copes with daily activities and integration progresses successfully, a new bi-cultural identity gradually emerges which leads to a re-stabilisation and increased coherence of the self.

Psychotherapeutic work with migrants

The following include important conditions and requirements for intercultural psychotherapy:

- sufficient linguistic communication,
- explanation of the psychotherapeutic methods,
- What conflicts/disorders are present?
- How did the migration go?
- Acculturation in the host culture (bi-/multi-culturality),
- knowledge of the cultural background,
- pre-migratory biography.

Curiosity on the part of the therapist about the cultural background of the migrant is a good prerequisite for intercultural psychotherapy. Many questions must be addressed to understand the migrant's background since the foreign cannot be surmised from the familiar. An interpreter might be necessary to establish verbal communication. The role of the interpreter as translator and cultural mediator presents a problem all its own which we cannot go into here (see SALMAN 2003). We cannot assume that the psychotherapeutic methods and their effects are sufficiently clear to the migrant, thus an explanation is in order. Special care must be given to the diagnostic identification of the underlying disorders. Due to the frequency of somatoform disorders, special diligence is necessary when undertaking somatic and psychological psychodynamic diagnostics.

Certain ethnic groups have special somatization habits. Turks choose their gastrointestinal tract, Spaniards and Latinos choose 'nerves' or headaches, in Arab cultures it is the heart. Due to the anticipated ying-yang imbalance, Asians tend to experience feebleness, fatigue, asthenia, etc.. The somatization is frequently understood as the entry ticket into the healthcare system and is the first card played. When a trusting relationship has developed between physician and patient, psychological details emerge more easily and background information becomes available. Information about the course of the migration

and subsequent willingness to acculturate is important, along with the acculturation progress in the host culture. In this context the language skills hold great meaning. The pre-migratory biography also plays a role in assessing the etiology of the disorder. In this regard, the cultural explanation models are of relevance, such as the 'evil eye', being possessed, magic, guilt, etc.. The treatment and counselling approaches of traditional healers should be taken into account in the intercultural psychotherapy.

Regarding the elements of intercultural psychotherapy, the therapist's attitude towards the patient plays a decisive role. In migrants from rural cultures of the near east, the physician is regarded as a fatherly friend of the family, in the sense of a paternal figure with the attending aura of authority. This orientation of the patient may require active knowledge and counselling on the part of the therapist in the sense that he "knows what's good for the patient".

A democratic relationship among equals, in contrast, would lead to considerable insecurity. Patients from collectivist societies are frequently accompanied by family members. The sessions are therefore held in the presence of family members. This give the families the opportunity to exclude the taboos of the conflict situations in a protective manner, not allowing the therapist 'in' or leading him down the wrong path. The therapist must tolerate this, understanding it as work on typical cultural resistance that can only be addressed step by step, requiring long stretches of endurance.

Differentiating between culturally typical and pathogenic interactive and family dynamics and mechanisms demands great cultural sensitivity and competence in understanding the culture. In the transference and counter-transference, the troubles and problems of the migrants in the host society are reactivated in micro-social form, especially when the psychotherapist belongs to the host culture. Racist elements, denigration, dismissing typical cultural attitudes and values, such as religious bonds, the approach to sexuality and partnerships, the role of the woman or man in the family and society, shameful feelings towards expressing feelings and psychological disorders, and much more all play an important role in the counter-transference. An alert, culturally sensitive and particularly attentive perception and scrutiny of the transference feelings is necessary to create for the patient in the therapeutic space a model new reality of the confrontation in 'a war of cultures' and to present the option of transforming the foreign into the familiar. The transference of the therapist who is from the host society is like a mirror for all societal prejudices and attitudes toward migrants that can surface in condensed form and have a destructive effect in the social microcosm of the therapeutic relationship. In positive instances, working through the transference and counter-transference offers the op-

portunity to begin an intercultural dialogue within the psychotherapeutic space. Shaping a new intercultural identity is an important instrument in the empathetic understanding of emotional experiences beyond cultural boundaries. This alone does not, however, suffice to understand foreign cultures. Indeed sense and meaning cannot be surmised from one's own background. Rather, only the knowledge about a culture can aid in deciphering the foreign.

Elements of intercultural psychotherapy:

- culture-appropriate therapeutic bearing (paternalistic vs. democratic),
- culture-appropriate therapeutic setting (collectivistic vs. individualistic),
- careful perception of transference (idealisation, degradation, prejudices, etc.),
- careful perception of counter-transference (racism, religion, ethnic background, cultural values, gender),
- 'war of cultures' within the social microcosm of the therapeutic space vs. transformation of the foreign to the familiar,
- empathy (induction and adoption of perspective),
- cultural sensitivity and competence (meaning and significance of the foreign cannot be surmised based on the familiar),

Psychotherapeutic work with migrants offers a multitude of starting points and problem areas. The cultural liquification of identity and structure of the self, that is accompanied by heightened vulnerability to psychological disorders, can be comprehended as an opportunity to resolve earlier unresolved conflicts for one, and to chart subjectively new territory for another. Detachment from old family bonds, re-organizing the family relationship patterns and balance of power creates greater degrees of freedom, especially for the sons and daughters, while the fathers, in contrast, frequently have to accept blows to their role as patriarch, a role that goes unchallenged in their native country. The shame of their own inadequacy of social functioning in the host culture is frequently compensated through fantasies of omnipotency. A reality check pertaining to the patient's actual skills and possibilities is helpful and can exert a corrective influence. All of this in addition to creating a new system of values and adopting new roles in the social surroundings contributes to forming an integrated bi-cultural feeling of self.

Objectives of psychotherapy in cultural adolescence:

- new formation of a bi-cultural or mult-cultural identity (cultural liquification as an opportunity),
- examination of family relationship patterns and balance of power,
- renewed 'rounds' of individuation and detachment (attachment vs.

- autonomy),
- narcissistic restitution to compensate for own inadequacy (shame),
- formation of a new system of values,
- adoption of new roles,
- reality test and establish connection to actual ability and possibilities,
- formation of a new integrated feeling of self.

Intercultural psychotherapy or de-alienating the alien

De-alienating the alien and its internalisation into the self is a process whose gradual execution in the patient and therapist constitutes the intercultural progress during the therapeutic work. The culture-foreign self transforms itself within the protected therapeutic sphere into a new self, just as previously during childhood and adolescence in the protected maternal/parental and social sphere the self took shape in the interaction with the meaningful care-givers. During intercultural psychotherapy, this takes place in a model intercultural therapeutic situation in the relationship to the therapist. Over the course of therapy, the self receives impulses to form a higher level of individuation and integration, and a bi-cultural or multi-cultural identity can emerge without loss of coherence.

Die Fremde im Selbst – das Selbst in einem fremden Land

Die ‘kulturelle Adoleszenz’ im Migrationsprozess und psychotherapeutische Zugänge

Wielant Machleidt (Hannover)

Das Verständnis von psychischen Störungen und psychologischen Besonderheiten, die durch Migration entstehen können, sowie deren Behandlung, wird angesichts der weltweiten Zunahme von Migrantentum und Multikulturalität immer notwendiger. Ethnopschoanalytische Verstehensansätze, die eine Existenz des Unbewussten und Bewussten, sowie der Identität und identitätsbildender Prozesse in ihren Konzepten und Menschenbild verankert haben, können schulen- und kulturenübergreifend um die Integration und Kategorisierung wissenschaftlich evidenzbasierter Kern- und Wirkfaktoren von Psychotherapie erweitert werden, um ein angemessenes Behandlungskonzept zu erstellen.

Die zwei großen Individuationsphasen des Menschen, Geburt und Adoleszenz, können als ‘innere Migration’ verstanden werden. Sie haben mit allen

Situationen des menschlichen Wandels die Anforderung gemeinsam, sich von primären Objekten zu entfernen, um schließlich in einer Begegnung mit Neuem bzw. Fremdem individuelles Wachstum und Unabhängigkeitsgrade prozesshaft-emotional zu entwickeln. Migration kann vor diesem Hintergrund als 'dritte Individuationsphase' gesehen werden als 'kulturelle Adoleszenz'.

Migranten machen in dieser 'kulturellen Adoleszenz' Veränderungen ihrer Identität durch. Migration bedeutet einen Neubeginn auf der Basis früher angelegter Individuation, Identität und entwicklungspsychologischer Möglichkeiten, einhergehend mit Einbrüchen in den kohärenzbildenden Strukturen des Selbst. 'Fremd' und 'vertraut' steht nicht mehr in differenzierbar sicherheitsvermittelnder und identitätskonstituierender Beziehung zueinander, der schutzgebende Rahmen der Herkunftskultur ist aufgeweicht. Gleichzeitig entsteht jedoch das Potenzial, ein höheres Maß an Integration und Individuation zu erreichen als jemals zuvor. Wie in der Adoleszenz kann eine Erweiterung des geistigen und sozialen Horizontes entwickelt werden, wobei die innere Bewältigung und Entwicklung des Kontrastpaares 'innen-außen' den Prozess und die Art des Überwindens inhärenter Antagonismen zwischen Familie, Gesellschaft und Kultur bestimmt.

Jede Migration wird begleitet von Neugier auf das Unbekannte, Faszination am Prozess der Veränderung, sowie der Antizipation des Unbekannten. Eine normal zu nennende Signalangst ermöglicht Realitätsprüfung, Wachsamkeit etc., kann diese Angst überwunden werden, so treten schmerzhaftes Trennungsgefühle auf, die eine notwendige Bedingung von Wachstum sind. Ist die Trennung erst einmal vollzogen, setzt eine Rückschau mit trauernden Verlustgefühlen ein, was von dem Gefühl der Aufgabe angestammter sozialer Rollen und alltäglicher Rituale einhergeht. Ist der Mensch erfolgreich in der Gastkultur angekommen, so erlebt er Gefühle der Freude und des Triumphs. Diese basalen, zyklisch verlaufenden emotionalen Prozesse werden immer wieder im Wachen, in Träumen, in Tagträumen erlebt und mehr und mehr überstanden. Sie überfluten die Ankunfts-, Annäherungs- und Integrationsphase in der Gastkultur.

Die Integrationsphase findet nach ca. ein bis zwei Jahren statt. Es handelt sich um eine anhaltende Periode des Kampfes um Sicherheit bzw. anderer existenzieller Dinge. Es ist die Phase der eigentlichen Synthese einer neuen kulturellen Identität, die Phase der 'dritten Individuation' bzw. der 'kulturellen Adoleszenz'. Alles dreht sich darum, kulturelle Traditionen aufzugeben oder sie zu bewahren und die neuen kulturellen Gewinne anzunehmen. Im Zuge dessen kann es zu Regressionen, der Flucht in Familie, Religion oder Ghetto kommen, zu Spaltungen, Idealisierung oder Entwertung der eigenen oder der Herkunftskultur, zu Störungen des narzisstischen Gleichgewichts wegen weitgehender

Zuwendungsdefizite, Identitätsdiffusionen, Ablehnung von Identifikations- und Autoritätspersonen. Diese Phase ist verbunden mit erhöhter Vulnerabilität, maladaptiven Verhaltensmustern und Traumatisierungen, sowie dem Triggern latenter neurotischer bzw. psychotischer Anteile der Persönlichkeit. Sehr häufig sind somatoforme Erkrankungen und Depressionen. Das Hervorbringen einer neuen bikulturellen Identität kann zu Stabilisierung und wachsender Selbstkohärenz führen.

Bei Aufnahme einer psychotherapeutischen Behandlung ist eine ausgesprochen sorgfältige Diagnostik, sowie mehrere Vorbedingungen notwendig:

- eine zufriedenstellende sprachliche Kommunikation,
- sorgfältige Erklärung der Therapiemethode, Konflikt- u. bzw. Störungsanamnese,
- Frage nach dem Verlauf der Migration, nach dem Stand der Akkulturation im Gastgeberland,
- Kenntnis des kulturellen Hintergrundes v. Seiten des Therapeuten,
- genaue Erhebung der Vormigrationsbiographie u. Störungsätiologie (unter Einbeziehung kultureller Erklärungsmuster: 'böser Blick', 'besessen sein', 'magisch', 'schuldig' etc.),
- sorgfältige körperliche Diagnostik.

Elemente interkultureller Psychotherapie sind:

- Kulturentsprechende therapeutische Haltung (patriarchalisch vs. demokratisch)
- Kulturentsprechendes therapeutisches Setting (Kollektives vs. Individuelles)
- Sorgfältige Übertragungswahrnehmung (Idealisierung, Entwertung, Vorurteile etc.)
- Sorgfältige Wahrnehmung der Gegenübertragung (Rassismus, Religion, ethnischer Hintergrund, kulturelle Werte, Geschlecht)
- 'Kampf der Kulturen' innerhalb des sozialen Mikrokosmos des therapeutischen Raumes vs. Verwandlung des Fremden in etwas Vertrautes
- Empathie (Hineinfinden und Annehmen der Perspektive)
- Kulturelle Sensitivität und Kompetenz (Wert und Bedeutung des Fremden kann nicht auf Grundlage von Vertrautem der eigenen Kultur angenommen werden)

Gegenstände der Psychotherapie einer 'kulturellen Adoleszenz':

- Neuformung einer bi- bzw. multikulturellen Identität (kulturelle Verschmelzung als Identitätsmöglichkeit),
- Untersuchung von familiären Beziehungsmustern und Kräftegleichge-

- wicht,
- neue 'Runde' von Individuation und Lösung (Bindung vs. Autonomie),
 - narzisstische Wiedergutmachung des Erlebens eigenen Unvermögens (Scham),
 - Formierung eines neuen Wertesystems,
 - annehmen neuer Rollen,
 - Realitätstest, mit dem Ergebnis der tatsächlichen Fähigkeiten und Möglichkeiten,
 - Herstellung eines neuen integrierten Gefühl des Selbst.

References

Erdheim, M. (1992): Das Eigene und das Fremde. Über ethnische Identität. *Psyche* 46:730-744.

Grinberg, L., Grinberg, R. (1990): Psychoanalyse der Migration und des Exils. München, Wien: Internat. Psychoanalyse.

Sluzki, C. E (2001): Psychologische Phasen der Migration und ihre Auswirkungen. In: T. R. Hegemann, R. Salman (Hrsg.): *Transkulturelle Psychiatrie*; S. 101-115. Bonn: Psychiatrie Verlag.

For missing references contact the author.

Prof. Dr. med. Wielant Machleidt ist Leiter der Abteilung Sozialpsychiatrie und Psychotherapie der Medizinische Hochschule Hannover.

Author's address

Prof. Dr. med. Wielant Machleidt • Medizinische Hochschule • Carl-Neuberg-Str. 1 •
30625 Hannover

Contemporary Attitudes Towards Death and Dying

Ethical, Philosophical, and Psychological Problems and Their Influence on the Doctor-Patient Relationship

Andrzej Guzek (Warsaw)

The author uses literature as well as his own experience of more than 25 years practice to analyze chosen individual and group psychological defense mechanisms of coping with the awareness of inevitable death typical for the modern Euro-American society. Ethical, philosophical, and psychological problems connected with or deriving from the fear of dying as well as their influence on doctor-patient relationship in terminal care are being discussed. Cryogenics, assisted suicide, and active euthanasia are shown as a means of rather denying the awareness of death and dying or 'outsmarting death' than, what is usually claimed, of maintaining the dignity of life to its very end.

Keywords: cryogenics, ethics, euthanasia

Introduction

The awareness of one's mortality gives human beings a special position among other living species. This exceptional position has to be paid for by the fear of dying accompanying the individual from the dawn of his conscious life, the fear of the unavoidable end of his existence as an entity, a person or individual. All cultures try to cope with this problem and its potentially destructive consequences by creating customs, religions and philosophical systems helping to integrate death and dying into their life. Even purely materialistic systems have had their explications trying to integrate death and dying, paradoxically characterized by a very naïve, innocent and pure idealism (yes!) like the concepts of WEISSMAN, DOEFLEIN, and LIPSCHUETZ (AMMON 1975, BOWKER 1996, BREHANT 1993, GUZEK 1984).

The most popular form of coping with the awareness of death in the contemporary industrially high developed society is denial. Death and dying ceased to be, however paradoxically it may sound, an integral part of life.

Death and dying and even only thinking about them have been totally eliminated from the every day's life being substituted by an omnipresent illusion of immortality and/or eternal youth and fitness. The contemporary Euro-American culture offers a vision of eternal life in pleasure on TV, in the movies, newspapers and advertisements. Not only us, but also the consumption goods that surround us, are being presented as immortal.

Old and dying people as well as those who take care of them – people whose presence might remind others of ageing, being ill and dying are being shoved to the society's margin and isolated in special institutions and settings – hospitals, hospices and houses for the elderly. These institutions are oftentimes literally located on the margin of social groups, for example in the outskirts of towns or outside them. The way the society deals with them resembles the way the lepers and psychically ill used to be treated in the history.

Death, dying and growing old as well as everything that reminds about it remain in the modern society a kind of taboo, similar to that from the break of 19th and 20th century, surrounding human sexuality. Death and dying are treated as a shameful, almost obscene problem, talking of which is socially unacceptable.

Contradicting its own description as 'modern' or 'developed', the contemporary industrial society uses oftentimes archaic and primitive ways to cope with the fear of dying, not much different, but clearly less efficient from those presented by societies and cultures labeled as 'primitive'. Coping with the awareness of death through distancing oneself from it, projection, symbolic mastering the death either by substituting him or her, in European culture death sometimes is masculine, sometimes feminine, other victims instead of one's self, 'outsmarting' or 'paying off' death as well as inflicting death to other people to gain a feeling of symbolically being in control of it are commonplace.

These collective defense mechanisms are best to be seen in TV reports and movies, the latter being literally a projection of death and dying. In some TV programs, journalists' reports and in the movies, the daily 'death toll' largely exceeds any possible reality, except natural disasters and wars, the latter being, by the way, one of the media's favorite themes. This kind of programs 'sells good', being for many a substitute for the real death and dying that were eliminated from everyday life and creates a great deal of interest in the spectators. Their popularity indicates the amount of both, ambivalence and repression concerning the problem of death and dying in modern man.

Dying and killing projected on the screen gives a feeling of security and a certain immunity to death as well as a very simple way to master the problem when it becomes too difficult to bear namely by switching off TV or DVD player.

The symbolic omnipotence in facing the problem of death and dying is enhanced by the widespread belief in the omnipotence of modern science and technology, including the science of medicine. This belief has nowadays become a kind of religion or philosophy substituting the missing or contested and criticized religious and philosophic systems of yesteryear.

An example of complex use of archaic social and psychological defense mechanisms, including among others, also magic thinking is given by the society's attitude towards death penalty, based mainly on the scapegoat mechanism.

A murderer is, dynamically as well as symbolically seen, the one who concentrates, carries, represents and executes a load of deadly destruction floating freely in the society, becoming thus, mostly as a result of certain individual and group dynamics and/or events, a kind of society's 'delegate for killing'. Being such, he becomes a carrier of a socially unaccepted and generally repressed drives, common to other people. Caught, isolated and sentenced to death, he or she will disappear from the society's view forever together with the problem he symbolizes. To attain this goal, he will be killed, sometimes in public, with use of specific, socially accepted rituals, like real scapegoats were in the historical past, being thus sacrificed on the altar of modern gods. The society is cleaned of unaccepted tendencies and can wait, until another murderer will be caught. It is to be stressed, that this kind of approach to the problem is, except author's own presentations in radio and TV broadcasts, rarely discussed in public.

A more psychologically complex way of mastering the fear of death is a 'provoke and run away' or 'flirtation and escape' behavior present in some social groups and professions such as policemen, soldiers, car race drivers, stuntmen, war reporters and also medical staff. Being at places where death is present, provoking him, facing directly or from behind the camera and trying not to be reached by death, taking risk, escaping and staying alive is inherent to the professions mentioned. It enhances the illusion of one self's control over death, potency or omnipotence and a feeling of virtual immortality.

Dehumanizing death – dehumanizing life

The scientific and technological development of the last two centuries, taking place mostly in Europe and North America, has shaken the foundations of older philosophical and religious systems, creating simultaneously a new belief – the faith in unlimited human possibilities based on scientific, technological and economic progress. The latter, instead of becoming the means, became themselves the goals of the contemporary society and its development.

The presence of reflection on death and dying in the everyday life of the modern industrial society, questioning the very meaning of its vital mechanisms might lead to a conflict between the society's regulatory mechanisms and individual's interests. Reflecting on death and dying might cause a modern 'homo faber' problem comparable to those created by sexual drive in the times of FREUD.

The real scale of the socially supported mass-illusion of immortality or mass repression of thinking about death with its consequences is presented in a perfect, intelligent, deep and wistful manner by The Monty Python's Group in their movie 'The meaning of life' (GILLIAM, CLEESE 1983). Death does mean in it no more than a transition to the same life in the reality of a consumption-oriented society with only one difference – the fact, that in heaven 'everyday is Christmas'.

As well as in the modern man's mind, there is no place for death and dying in the reality he lives in. The modern family's structure, its living conditions, even the architecture do leave no place for dying. The modern society, oriented towards productivity and fitness, expels them to specialized institutions.

Dying in one's own bed, surrounded by next of kin, assisted by the long known family doctor bringing comfort and relief in the suffering of the last days of life, belongs to history. According to statistics, about 75% of people die lonely in an impersonal, anonymous hospital setting among at least neutrally reacting, cool and effective professional caregivers.

The life has been stripped of the presence of normal dying and the dying has been stripped of the presence of normal life.

Even the Catholic church itself has lately contributed to the collective mechanisms of repression concerning dying. There used to be following words in one of the prayers: 'from sudden and unexpected death save us, o lord'. These words are nowadays seldom heard, even in the churches.

Most people would like to die suddenly and unexpectedly, without noticing it, denying thus totally and to the very end, the existence of death. The best way to die would be, according to those questioned, 'in sleep', 'going to bed, falling asleep and simply not waking up the next morning'. It is to be stressed, that this kind of attitude is contradictory to what the Roman Catholic church has shown with death and dying of pope John Paul II. His death was an example for dying in public, in the presence of many people, and of being conscious about. This is quite a rare example nowadays, because most of contemporary celebrities die secretly or at least without informing the public about. The question would also be how far they do accept the thought that they die. One sad fact is, that there are also some doctors who represent the same kind of attitude, suggesting that dying people should be medicated and/or simply put asleep with the use of tranquilizers, hypnotics, anesthetics or psychodysleptic drugs in doses high enough to switch off their consciousness, to 'reduce their suffering caused by the awareness of dying'. In this way the modern medicine contributes to the dehumanization of dying too.

The conflict omnipotence versus impotence; therapeutic obstinacy, 'acharnement thérapeutique', and nihilism

The process of sublimation (concerning the fear of death; author's remark), in its highest form, causes a tendency to leave this world richer in knowledge and understanding people than we found it before. Making the others' life better, longer and richer is the basic motivation for choosing a career of a doctor, teacher and scientist,

writes J. A. KNIGHT in his book 'The medical student. A doctor in the making' (1974). In his further considerations he stresses that the relatively high level of un- or subconscious fear of dying and mechanisms necessary for its reducing constitute an important motivational factor in those choosing the medical career.

Choosing a profession where direct and everyday contact with death begins with the first days of the studies, having a necessity to be armed by all the means of 'fighting against death and illnesses' offered by contemporary science of medicine and its whole apparatus, sometimes literally called 'weapons of modern medicine', belonging to a relatively closed, 'hermetical' group using its own, specific language, formerly Latin, nowadays English, with a quasi-military, hieratic structure, specific initiation rites as well as wearing white 'uniforms' shows indirectly both the existence and importance of fearing death in medical students as doctors.

A need to be really and symbolically 'armed against death' an identification with mostly paternal doctors' figures, perceived as omnipotent as well as a socially created and supported belief in the omnipotence and omniscience of medicine and its representatives seems to be of paramount importance for creating or sustaining the image of self in those choosing the medical profession. The most common motivational factors consciously declared by medical students include a high esteem (prestige) of the profession, based on a socially generated image of medicine and its omnipotence, an interest for medicine generated by contact with important family members being doctors (concerns predominantly male figures: father, grandfather, older brother) or an interest generated by personal contact with doctors and medical institutions, especially in young age and caused by one self's illness and hospitalization. The latter need not to consider only oneself but also close and/or important family members.

Using the mechanisms of sublimation, rationalization, identification, i. e. secondary, intellectually based mechanisms of psychological defense may indicate the weakness of deeper personality structures shown also by some other psychological studies of medical students.

The repressed fear of death may be manifested by some examples of students' behavior in the anatomical theater or in the morgue. The anxiety inevitable in the situation of direct contact with death and the dead is commonly covered by a depersonalized approach to the corpse, making inappropriate, sometimes even macabre jokes in an attempt to deal with a situation where the use of denial of the existence of death as a defense mechanism is no more possible. A classical description of such behavior is given by the classic book of Maxence VAN DER MEERSCH 'Bodies and Souls'.

A necessity of feeling omnipotent, generated by a suppressed fear of death, rooted in a medical student's or doctor's personality structure is put on trial at the beginnings of the real work with patients. Confrontation with one's own and the whole profession's limits causes feelings of impotence rather than omnipotence.

Experiencing feelings of helplessness and hopelessness while facing the reality of death evokes anxiety. Denial and/or suppression of the real conflict creates a reaction found mostly, but not solely in younger doctors and described by J. R. DEBRAY in his book 'Le malade et son medicine' as 'therapeutic obstinacy' ('Acharnement therapeutique').

A struggle against patient's death changes, unnoticeably for the doctor himself, into his own fight for existence, defense of his own life's meaning and basics of his personality structure, shaken by the fear of death.

The patient himself, instead of being a subject and beneficiary of such struggle (against death), becomes its passive object and sometimes a victim of the neurotically based therapeutic hyperactivity of a doctor, blinded by his own fear of death, not letting him die in peace and comfort, but adding to his suffering through implementing all possible medical intensive care procedures to 'save the life of the patient at any price'. The price being paid by the patient of course.

In older doctors, especially those who had longer contact with death and dying, another form of psychological defense may appear: an attitude of emotional numbness, passivity and pseudo-professional distancing facing a patient's death. The therapeutic nihilism means abstaining from all, even simplest and harmless medical procedures sustaining the patient's life and its quality to the end. Such behavior is a declaration of total impotence on the side of the doctor facing his patient's death.

Denying the fear evoked by suppressing the awareness of one's helplessness and powerlessness facing death causes not only single doctors but sometimes whole medical teams to avoid or omit visiting dying patients during the rounds, or, in the best case, to reduce the time spent at the dying patients' bed with a

subsequent rationalization that 'we can not help him anymore, whereas the other patients may in the same time benefit from our presence and therapy more than him'.

The degree to which fear of death may influence the doctors' attitudes is best illustrated by ambivalence concerning the problems of resuscitation and its limits, terminal care, assisted suicide, so called euthanasia as well as doctors' attitudes facing their own illnesses and dying. One of more shocking examples of such ambivalent attitudes may be the behavior of anesthesiologists saving lives of others using the methods of intensive care but refusing to implement them in their own case by carrying on their wrist or neck a tablet with an 'NTBR' abbreviation, meaning: 'not to be resuscitated' as the case was in the 60-ties and 70-ties.

"It is your fear that I fear" (SHAKESPEARE).

Fear and anxiety evoked in medical professionals by contact with the dying are caused not only by a lack of knowledge about the psychology of dying but also by confronting one of the basic human problems and is similar to that present in the contact with the so-called 'psychically ill' people. In the latter case it also comes to a confrontation with deep and existentially meaningful and common to us all, problems presented by patients with 'wide opened' unconsciousness that in a same way challenges the doctors' spectrum of psychological defenses.

Instead of avoiding this kind of patients, the medical staff should realize that they can learn from them how to cope with the problem, the simplest explanation being that these patients have to practically, here and now, deal with their own dying thus showing us the ways how to cope with it. Being, in the average, older than the members of medical teams and having longer and different, sometimes much richer life experience, they use methods of coping with the problem that might put experienced therapists in astonishment. The sheer fact of having to die makes it necessary.

The role of the team is to be able to see, listen, understand, accept and support the constructive methods of coping, chosen by the patients themselves. Observing them can bring more than a medical handbook could. The knowledge acquired in this way may be helpful in future dealing with death and dying not only with other patients but also in the doctor's own future life, provided that he can learn from his patients.

The greater the need of feeling omnipotent, the more likely becomes the danger of a psychological breakdown in facing the real powerlessness. Psychological studies show an increase of narcissistic depression among doctors during the first years of their practice. ROSS describes a statistic portrait of a doc-

tor with a high suicidal risk: “about 48 years old, a male, graduate of a high prestige university, having as a student high grades, currently treating chronically ill patients. Active, aggressive, ambitious and rivalry prone, an enthusiast and individualist”.

Confronting acquired and enhanced by the study of medicine illusions concerning the omnipotence of science with its real powerlessness while facing the inevitable problem of ageing, being ill and dying may be a cause of narcissistic depression or suicidal attempts in such depicted medical professionals. The greater the need of a doctor or other medical professional too, let us call it directly, compete with God himself, the bigger the disappointment. The feeling of being helpless, powerless, left alone, and stripped of hope while facing the problem of death and dying is proportional to the former fantasies of and about omnipotence.

The modernistic faith in the unlimited possibilities of science and technology cultivated by the industrially developed societies of the 20th and 21st century has deprived us of modesty and humility facing the eternal laws of nature and universe. The crises of religions and social systems taking place several times in one generation’s lifespan and multiplied through the mass media mediated access to what is happening all over the world, continuously put in question most of the natural human moral, social and psychological support systems. The ties with nature and its laws gradually cease to exist. Many of us believe to be able to bend these laws according to their will and needs including those of life and death too. What we really do is to implement the whole spectrum of our possible psychological defense mechanisms in order to intellectually master the problem we actually can not cope with emotionally, a problem that everyone, sooner or later, shall cope with.

Cryogenics: a cheap access to immortality

‘Freeze, wait, reanimate!’ is the motto of the Cryonics Society (now bearing the name ‘Trans-Time’ Inc.) an enterprise created in the 60-ties. Dying people are gradually frozen, finally to be put in a liquid nitrogen tank, starting precisely with the moment between the appearance of symptoms and signs of the clinical and those of the biological death. They stay suspended between life and death until the moment of ‘resurrection’ (unfreezing), when it will be possible both to resuscitate them and to cure the illness causing them to die. The advocates of cryogenics hope the time necessary for it to happen to be between 50 and 150 years, they hope it for more than 40 years already.

First cryonic societies, cryotorias, and places where frozen people rest in

tanks to be revived in the future have been created in 1965. In 1967, a 73 year old professor of psychology(!) of the University of Arizona at Phoenix, dying of leukemia, let himself to be frozen at the cost of 200,000 USD. Nowadays this kind of dealing with death is much cheaper. According to a report of the British monthly magazine 'Marie Claire' ('The British family immortalized for 70 000£', Nov. 1997, pp. 96-98.), a middle-class businessman is able using a system of pre-payment to buy himself, his wife, and son a perspective for immortality for about 23,000 GBP per capita. "Quite a low price for immortality", he says. His wife expresses a wish not only to be revived, but perhaps also to be made younger.

Robert C. W. ETTINGER, the founder of the idea of cryonics, has frozen his first wife and guaranteed the same for himself and his second wife. ETTINGER suggests that people should not be helpless facing death. He writes: "Most of us, contemporary living people, have a chance to a life after death: it is no more than soberly and scientifically calculated possibility of returning life and youth to our frozen bodies".

Not many of the supporters of the cryonics idea consider problems connected with it.

The possible consequences of 'cheap immortality for all' have been already described and reduced ad absurdum in many a folk tale depicting the situation in the world, where nobody dies and this long before cryogenic has even been invented. The overpopulation, lack of place for the living, lack of food, endless suffering of ill people, endless loneliness for those who are alone, boredom of endless life etc. would be the first things to be considered. All of the tales dealing with the subject used to end with a conclusion, that death is necessary to keep the old order and equilibrium on earth.

There are also other problems as for example the never publicly discussed question of the criteria of the access to immortality, which are and will in the coming time, be based only on the amount of money a potential candidate has to pay for it.

Other, less ethical than practical problems are related to the possible technical risks of cryogenics, the simplest one would be a technical failure of the system keeping low temperature in the tanks. Such a problem happened: in the late 70-ties a break in electric current supply caused the decay of the frozen bodies in a Californian cryotorium. The families of the now inadvertently dead, sued the society for millions of dollars.

Outsmarting death

Cryogenics, active euthanasia, assisted suicide and suicide constitute different manifestations of the same psychological mechanism of defense, namely outsmarting death by acting faster than death.

The first person to be frozen in liquid nitrogen was a psychologist, a scientist, an intellectual. Before dying he acted: he stopped—literally has frozen—the flow of events. He fantasizes he could escape death by freezing.

Some years ago the Netherlands, one of the richest and technically most developed countries with a very well organized health care system, has legalized active euthanasia. The same is the case in Australia.

In America Jack KEVORKIAN helps teaching people who want to commit suicide, how to do it, using methods based on contemporary medical knowledge.

The declared goal of supporters of active euthanasia and assisted suicide is to put an end to the suffering of people who can not expect that their problems may be solved in another way than accelerating their dying. The best way for it to be executed should be by a doctor and using the methods and knowledge of modern medicine.

In discussing the problem of euthanasia and assisted suicide I will, on purpose, omit most of the commonly known and widely discussed in public, legal and moral aspects of the problem, referring those interested to other sources. I refer those interested for example to the books of Ch. BARNARD (1996), R. FENIGSEN (1994) representing quite different points of view as well as to an interesting book of P. SINGER (1997) taking a more neutral position. I will, also purposefully, abstain from taking personal position either supporting or opposing active euthanasia and assisted suicide.

I do consider both positions as an extremely individual problem, each time concerning a concrete human being, the person who is to be killed or to commit suicide and those executing, helping, assisting, witnessing or deciding about legality, his psychosocial situation, understanding of personal dignity and its limits as well as his personal wishes as to the duration and quality of life.

These have always been, are now and should stay in the future, the matter of the individual directly concerned and can not, in my opinion, be substituted by any collective decisions taken by other people or groups of people (judges, doctors, scientists, politicians or even whole societies), be it even that they are 'democratically chosen', 'professionally competent', etc.

I want to reflect on some aspects mostly omitted in public discussions.

As well as in the case of other, not necessarily physically ill people wanting

to commit suicide, there are boundaries, based on individual feeling of dignity and meaning of life, beyond which the decision of continuing or discontinuing life belongs only to the individual and his will and beyond which this decision can and even should not be influenced by nobody. No one understands it better than psychiatrists that from a certain point no one can exert any influence on a person wanting to commit suicide. Committing suicide or euthanasia, helping or assisting it can not be effectively hindered by any books of law or parliament voting.

Legalizing euthanasia and assisted suicide as well as forbidding it may, to the same degree, violate one's personal freedom and freedom of will, because it has a purely collective character, based on local, social, cultural, religious and economical factors present in the respective society, nation or a group of nations, e. g. the European Union, being thus in a potential conflict with the will and personal interest of the individual.

Example of such conflicts between social rules, religion law and the individual's right to decide about his own life are well known from history, one of the quite recent being the penalization of suicide attempts, the penalty for effectively committing suicide is also known and used but less executable and less concerning the person most involved, existing in Great Britain until 1961(!). The only difference lies in the fact that it was meant to forbid, not to allow suicide.

The similarity is hidden in the amount of paternalism with these laws as well as in usurping the right to decide in matters which are to a highest degree individual.

Paternalism may be hidden behind totally restrictive to the same extent as well as behind overtly liberal laws like those legalizing euthanasia, and, in result, make them as absurd, as those forbidding and punishing suicide attempts. It is to be considered too, that the laws legalizing euthanasia have been issued by parliaments of industrially developed countries rooted in the Anglo-American or Euro-American culture thus being strongly influenced by a specific system of values, different than that, say, of the Arab or Asian countries where people's attitudes towards death and dying are different.

People executing these laws should be aware of the collective motives and attitudes standing behind them as well as of their own fear of death and dying.

The theory and practice of terminal care show that neither the wish to die nor thoughts of committing suicide are that common in terminally ill as their extremely difficult emotional situation, especially seen from outside, might suggest. Data showing the rate of committed suicide, being in this group only twice higher than in the general population is surprisingly lower than one could

expect and also significantly lower than that found in the medical staff.

Thoughts about suicide and wish to be killed are in terminally ill as in the case of other groups of people considering death to be a solution to their problems, mostly an expression of feeling left alone, powerless, helpless and seeing no other chance or hope to change the situation in which they are. Under these circumstances, thoughts about suicide and euthanasia should be in the first line understood as a 'cry for help', a dramatic attempt to be seen, understood and helped, more than just pleading for a quick death.

Whoever had the possibility to talk with a terminally ill patient wanting to commit suicide or asking for 'to be killed', i. e. for euthanasia, the former expression being cited according to the patients' words, knows that his main problem is not the awareness and fear of imminent death which to accelerate, under the circumstances would be at least paradox, but the problem of quality and dignity of life before dying, or rather, discomforts of it.

The doctors, entangled in the problems of 'fighting against death' forget that instead of keeping the patient 'alive at any price' they should rather use their medical knowledge to improve or at least, optimize, the quality of his life before he dies.

The simplest way to achieve it leads through eliminating or reducing suffering and discomfort caused by the illness, its side-effects, complications as well as discomfort resulting from healing itself, its side-effects and complications. There exists a whole body of literature on this subject.

Preventing social and psychic isolation common under the contemporary conditions, enabling the patient to keep and sustain contact with people, family, friends, medical staff, improves the quality of his existence, supports his self-esteem, feeling of personal worth and dignity. Reducing discomfort without clouding the patient's consciousness gives him time and opportunity to evaluate his former and current situation and eventually benefit from the contact with other people, leading to possible changes in his personal development and attitudes, before he dies.

Descriptions given by famous authors concerning people's last moments of life and changes happening within both dying and those present at their death-bed show, how important the last moments of one's life may be. From a psychological point of view, we might talk here about the human personality development taking place to- and in the final moments of life.

If a doctor is able to stand to the challenge of assisting his patients to the end of their lives, if he will be able to reduce their physical suffering using modern therapy knowing its advantages as well as limitations, if he will be humble enough to stop the rivalry with God and realize what is possible and what is

not, and if he realizes how far does his own fear of death influence his own handlings, he will be able to help his patients in an optimal way. Their cry for help will be thus understood and the response to it appropriate, the medical and human actions will be taken, the wish for accelerated or premature death will become obsolete. Only this kind of approach deserves the name of real euthanasia, i. e. 'good dying', dying in optimal physical, psychological and social comfort, and is now possible in many cases of terminally ill to an extent much bigger than in the past.

In the context mentioned above, the thing called in public debates euthanasia appears rather to be an attempt to shorten the patient's life, accelerating his death rather than helping him to live his life to the end consciously, benefit from its last moments and die with dignity deserving thus the name, coined by the author 'tachythanasia'. It also bears psychological similarity to assisted suicide and cryogenics.

In all of these cases the psychological strategy is simple and the same. In an attempt to avoid the awareness of dying and not to surrender to death, acknowledging thus its supremacy and inevitability, one tries to escape death inflicting it to himself, to retain the illusion of not having given-up and mastering the situation to the very end. This, purely intellectual trick of outsmarting the death by being faster than the death itself is a symptom of the fight of human intellect against the nature's laws as well as a dramatic and ineffective attempt to escape confrontation with dying and deny the existence of death as an invincible force and part of nature and is typical for the human mentality of the period of the modernism.

'To conquer death, you only have to die' (Andrew Lloyd WEBBER, musical 'Jesus Christ Superstar').

The experience from working with the terminally ill shows that dying must not always inflict unbearable pains and suffering, panic and fear.

The skilled use of contemporary therapeutic measures, the right attitude of the medical team and family members, adequate conditions of life in the time preceding death, knowledge of the psychodynamics of dying, psychological support for all involved: i. e. the patient, his family as well as the medical team, e. g. Balint work with medical staff, may prove sufficient for creating a situation where dying is not frightening any more. It may enable the patient to live his last moments in peace and with dignity and keep contact to those, who are important for him to the end.

It has been frequently observed, that, contrary to the popular fantasies about dying, the terminally ill cease to suffer from pain and other discomforts caused by the disease. Giving analgesics may often be interrupted several hours or

even days before death. It is also not uncommon, that even those who were in a state of disturbed consciousness or have totally lost the contact with the surrounding world regain consciousness shortly before dying. This enables them in sometimes astonishingly clear, conscious and peaceful manner to express their last wishes and take part with life.

Asking for euthanasia or assisted suicide, as shown before, does not have to mean neither that the right time to die has come, nor that the patient has fully accepted death and is ready to part with this world. An anxious waiting to die quicker does not mean that either. Implementing accelerated death may deprive the patient and his human environment from the opportunity of being ripe and ready to die and of using it in the right moment, dying consciously and with dignity.

Every moment of conscious presence of a dying person among other people may manifest itself as a unique, unrepeatable and priceless experience for him and those whom he is going to leave. Moments like this, left in human memory enable the dying to live longer in the memory of those who are left.

Epilogue

The moral crisis in medicine that followed the period of fascination with its technical achievements such as transplantology or genetics in the second half of the last century is not over yet.

Although a new wave of interest for death and dying initiated by the work of authors such as C. SAUNDERS, R. TWY-CROSS, LACK (1991), E. KÜBLER-ROSS (1983) or R. MOODY, culminating with the 70-ties and 80-ties caused a transitory rehumanization of approach to the problem of dying, the contemporary medicine can still only poorly cope with it.

An attempt has been made to get rid of inflexible, formal and pseudo-professional attitudes rooted in the doctors' psychological defense mechanism. A better understanding of one's own fear of death and its role in the doctor-patient (patient-doctor) relationship enabled its paternalistic character to be changed into a partnership of two people based on mutual understanding based on the fact, that the problem they are facing is the same or will be the same in future.

It has been shown, that the patients sometimes do know earlier and better the truth about their situation as well as use their own defense mechanisms better than their actual human environment, including the doctors and other medical staff. It was proven that the knowledge of this truth, earlier feared by the doctors as a potentially destructive factor, does help the patients to be prepared

for dying and to accept it as a natural consequence of being born and having lived.

It became also obvious that sustaining the optimal conditions of life to its very end, being nowadays more possible than ever thanks to the progress in medicine and better living conditions the society possesses, implemented in practice may enable the people to die consciously and with dignity, using the time left to them for the final personality development.

There are signs however, that the process of rehumanization of dying, started in the 80-ies has been brought to a stop. Contemporarily understood terminal care does not have enough place in the study of medicine, economic and social mechanism do not offer nor create motivation to work with the dying. In the field of medicine dangerous tendencies appear leading to creation of attitudes based on social Darwinism and Taigeteian morality. Taigetos Hills is a place in ancient Sparta, where newborn children have been left to die after being judged by the representatives of the state, the ephors (judges) as not apt nor fit enough to live to become worthy members of the society (FENIGSEN)

Uncritically and totally accepted 'tachythanasia', introduced in a covertly paternalistic way through overtly liberal (democratic) societies and based on individual and collective mechanisms of psychological defense against fear of death functioning in the contemporary Euro-American society, may easy become a subject to conscious or unconscious misuse or even abuse.

Heutige Einstellungen zu Tod und Sterben

Ethische, philosophische und psychologische Probleme und ihr Einfluss auf die Arzt-Patient-Beziehung

Andrzej Guzek (Warschau)

Der Autor beschäftigt sich mit dem Thema, wie in der Gesellschaft mit dem Tod und dem Sterben auf ethischer, philosophischer und psychologischer Seite umgegangen wird. In allen Kulturen wird dieses auf verschiedenartige Weise versucht. Jedoch konzentriert sich der Autor bei seinen Ausführungen auf die westliche - von Konsum, TV und Medien dominierten Welt.

Er ist der Meinung, dass dieses Grenzthema Tod, Sterben, Sterben wollen und Sterbehilfe in der Gesellschaft trotz allem verdrängt wird. Auf Grund der Technisierung der Gesellschaft nimmt eine Entmenschlichung des Todes aber auch des Lebens immer mehr zu. Religiöse, philosophische Systeme und Werte verloren vor allem in den letzten zwei Jahrhunderten an Bedeutung. Im Leben

des modernen Menschen ist kein Platz für den Tod, da jedes Handeln in der technisierten Entwicklung nur auf Erfolg, Produktivität und Gewinnmaximierung gerichtet ist.

Vor allem das medizinische Personal einschließlich der Ärzte stehen auf Grund ihres Berufes einer Verlassenheit beim Thema Sterben oft alleine. Der oft aus Prestige Gründen gewählte Arztberuf, oder aus Familientradition, weil Vater oder Großvater auch schon diese Profession ausübten, ist oft von einer übersteigerten Omnipotenz geprägt. Dieses Arzt-Patienten-Verhältnis führt bei den Ärzten und Pflegepersonal, die mit unheilbar Kranken zu tun haben, oft zu einer ständigen Überlastung im emotionalen sowie arbeitstechnischen Bereich. Psychologische Studien zeigen, dass Ärzte und Pflegepersonal häufig mit der Situation des Sterbenden oder Sterben wollenden, auch mit seiner Angst vor dem Tod, überfordert sind. Sie versuchen mit Rationalisierungsmechanismen oder mit Hilfe von Sublimation der Lage Herr zu werden und greifen dann auf die Verabreichung von Medikamenten zurück, statt auch mit Hilfe von anderen Therapiemöglichkeiten, z. B. im psychologischen und psychoanalytischen Bereich sowie der persönlicher Begleitung, dem Menschen beizustehen. Außerdem beschreibt der Autor, dass das medizinische Personal oft überfordert ist mit den Sterbenden und ihrer Situation, was sie davon abhält, von ihnen zu lernen, wie diese versuchen, diesen Lebensabschnitt zu bewältigen. Auf Grund der ständigen seelischen Überlastung des medizinischen Personals einschließlich der Ärzte z. B. dem Gefühl der Hilflosigkeit, der Kraftlosigkeit, des Alleingelassenseins im Angesicht der Todessituation des Sterbenden, kommt es bei diesem Personenkreis häufig zu Depressionen sowie einer steigenden Suizidgefahr.

Weiter beschreibt der Autor eine Entwicklung in den 1960er Jahren, die als Cryogenik bezeichnet wird. Dabei handelt es sich um das Einfrieren von Menschen, um sie später, wenn die medizinische Entwicklung weiter fortgeschritten ist, wieder aufzutauen und somit besser medizinisch behandeln zu können, oder überhaupt ein Leben nach dem Tod zu ermöglichen. Natürlich beinhaltet dieses Verfahren große Risiken und ist eher eine Zukunftsvision.

Weiter beschäftigt sich der Autor mit dem Thema aktive Sterbehilfe (Euthanasie), die in der Öffentlichkeit einen immer größeren Raum gewinnt. In den Niederlanden wurde diese bereits legalisiert, um den körperlich leidenden Menschen von seinen Schmerzen zu befreien. Daneben erwähnt der Autor, dass im europäischen und amerikanischen Raum ein ganz anderes Werteverhältnis zum Tod und Sterben besteht als im arabischen oder asiatischen. Er ist der Meinung, dass es sich bei der Euthanasie mehr um eine Vermeidungshaltung und um Abwehrmechanismen handelt, sich nicht intensiv mit dem Tod,

dem Sterben und den damit verbundenen Gefühlen beschäftigen zu müssen. Um dem entgegenzuwirken, befürwortet der Autor eine Vermeidung von sozialer und psychischer Isolation des Sterbenden, indem der Kontakt zu Menschen, z. B. Familie, Freunde und medizinischem Personal, gefördert wird. Es sei ein Ziel und eine Aufgabe der Gesellschaft, sich von den starren pseudo-professionellen Verhaltensweisen einer Sterbebegleitung zu lösen und so dem Patienten einen persönlichen Weg zu ermöglichen.

References

- Ammon, G. (1975) Tod und Identität. *Ärztliche Praxis* 79:3066-3071.
- Barnaard, C. (1996): *Godne życie, godna śmierć*. Warszawa: Santorski.
- Bowker, J. (1996): *Sens śmierci*. Warszawa: PIW.
- Brehant, J. (1993): *Thanatos-chory i lekarz w obliczu śmierci*. Warszawa: Ancher.
- Ettinger, R. (1965): *The prospect of immortality*. London: Scientific Book Club.
- Gilliam, T.; Cleese, J. (dir.) (1983): *The meaning of life* [film]. Handmade Films.
- Guzek, A. (1984): *Lekarz i pacjent wobec śmierci*. *Polski Tyg.Lekarski* 14:345-349.
- Knight, J. (1974): *The medical student. A doctor in the making*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Kübler-Ross, E. (1983): *Reif werden zum Tode*. Stuttgart: Kreuz.
- Fenigsen, R. (1994): *Eutanazja - śmierć z wyboru?*. Posen, Wydawnictwo.W drodze.
- Singer, P. (1997): *O życiu i śmierci.Upadek etyki tradycyjnej*. Warszawa: PIW.
- Twycross, R.; Lack, S. (1991): *Leczenie terminalnej fazy choroby nowotworowej*. Warszawa: PZWL
- For missing literature contact the author.

Andrzej Guzek, M. D., specialist in psychiatry, consultant psychiatrist, head of the psychological care team, National Tuberculosis and Lung Diseases Research Institute, Warsaw.

Author's address

Wawelska str. 78 m 6 • 02-034 Warsaw, Poland • eustachy.borsuk@neostrada.pl



Addicted Immigrant Offenders: is a Bad Prognosis Inevitable?

Klaus Hoffmann (Ulm), Reinhard Mielke (Reichenau)

The study applies at the efficient psychiatric treatment of immigrants who in the course of their resettlement come to attention by offences against the penal law connected with addiction. The obstacles to integration of immigrants mostly from the former Soviet Union possessing the German nationality are increasingly language deficits and problems of schooling and occupational training. Their situation is in addition psychologically difficult because the power of ethnic and national bonding was over-estimated for a long time. The psychiatric and psychotherapeutic treatment of the immigrants concerned is carried out by a withdrawal centre per §64 of the criminal code. Its characteristics are the trauma therapeutic approach and the strict adherence of principles of non-violence and a basically 'democratic' attitude.

Keywords: addiction, immigrant, offender, withdrawal centre, non-violence, language deficit

Introduction: legal, social, and political context and the related psychosocial effects

A group which has been attracting more and more attention for some years now in research on migration and integration is that of migrants into Germany from the states of the former Soviet Union and other (mostly eastern European) countries like Poland and Romania, including their accompanying family members who do not possess German nationality. For simplicity's sake, I shall refer to this group in what follows as immigrants.

These immigrants are defined as belonging to the German people by Art. 116 of the German constitution, which reads:

In the sense of this Constitution a German, in the absence of other legal regulation, is whoever possesses German nationality or whoever has been received in the territory of the German Empire as constituted on 31 December 1937 as a refugee or evacuee or as the spouse or descendant of same.

The law on evacuees and refugees (BVFG–BGBI I 1953, 201; last amended on August 30, 2001) stipulates in §4, par. 1:

An immigrant is as a rule a member of the German people who has left the republics of the former Soviet Union, Estonia, Latvia, or Lithuania after 31 December 1992 under an admission procedure and taken up continuous residence within six months under the jurisdiction of the law if he previously had his domicile as from 8 May 1945 or after his evacuation or the evacuation of a parent as from 31 March 1952 in the emigration areas.

An immigrant is also a member of the German people from other countries who can establish that he or she suffered discrimination as such (§4, par. 2).

The immigrant is German in the sense of Article 116, par. 1 of the constitution. His non-German spouse, insofar as the marriage at the time of leaving the emigration areas existed for at least three years, and his descendants acquire this legal status with admission to the area of jurisdiction of the law (§4, par. 3).

In the meantime, because of the growing number of ethnically mixed marriages, a considerable portion of the accompanying family members is of non-German descent. In 2004 these made up 81% of all immigrants (Bundesministerium des Inneren).

Persons leaving the emigration areas to avoid prosecution pursuant to a criminal offence will not be admitted (§5 BVFG).

§6 BVFG specifies what belonging to the German people means. Immigrants must prove in the admission procedure that they are of German descent, that they received a German cultural stamp from parents or other relatives, and that they admitted to following German national traditions in the areas of origin. A special element here is competence in the German language. The Federal Administrative Court added precision to this requirement on September 4, 2003 in two appeal cases (BVerwG 5C33.02; 5C11.03). In content, the applicant for admission must be able to express him- or herself on simple matters of family life, everyday situations and needs, and professional activity; this does not have to be grammatically correct. It is also acceptable if questions in German are only understood after being repeated several times.

The law on evacuees and refugees further sets out how immigrants are to be distributed among the German states (§8), based pro-rata on the population of the states. Baden-Württemberg, for example, receives 12.3% of the immigrants each year.

Almost one quarter of all migrants into the country between 1988 and 2000 consisted of immigrants and their dependants. About 2.7 million persons entered the country in this period, most of them in 1989 (377,055) and 1990 (397,073). Since 1994 (222,591) the yearly inward migration has fallen off significantly. In 2000, with 95,615, it lay under 100,000 for the first time since 1988. In 2005, 35,522 immigrants including dependants were admitted (Bayrisches Staatsministerium für Arbeit 2006). At the same time, the proportion with knowledge of the German language is also decreasing. Nowadays 80% of the accompanying family members have no or only minimal knowledge of German (Bundesministerium des Inneren, 30 December 2003).

In 2003 2.5 million immigrants were living in Germany. That corresponded to 3.54% of the total population (Bundesverwaltungsamt 2003).

While the first waves of immigrants were still easily assimilated, because they were stable adults and considered to be industrious, modest, and motivated, the picture has changed in more recent years. The principal obstacles to integration are increasingly language deficits and problems of schooling and occupational training. Although a language test has been a component of the admission procedure since 1988, it often happens that a Russo-German enters the country with multiple Russian dependants (who do not know German) (BANNENBERG, BALS 2006).

Immigrants live as Germans among Germans, but in what is to them a foreign country nevertheless. Hopes held prior to leaving often clash disastrously with the reality in Germany, above all due to high unemployment and a frequent scepticism toward migrants (for details, cf. EYSELEIN 2005). For many, it might be easier to live as foreigners in a truly foreign country than as foreigners in their own country. However, their integration has been materially simplified. A law included them directly under all benefits of social and pension insurance and, at least in the most recent years, other important integration programs have been launched. In this way, the immigrants have become a privileged minority in comparison with the body of inward migrants in general.

At the same time, their situation has been psychologically difficult because the power of ethnic and national bonding was over-estimated. The immigrants are noticeably less welcome among the native population than the evacuees after World War II. Statistics on need for support, poor social behaviour, and criminal offences speak for themselves, but contain the hidden danger that victims appear to be perpetrators, that general prejudices are strengthened, and that people lose sight of the fact that the integration of immigrants as a whole has proceeded thus far without any explosive social disturbance: this in spite of mass unemployment, formation of ghettos, and reduced assistance in integration (BADE, OLTMER 1999).

In the past few years, a high incidence of drug addiction among young immigrants has attracted attention. In the city of Osnabrück, for example, the immigrant population of 5.14% of total inhabitants generated 20% of those in detoxification programs (SCHWICHTENBERG, WEIG 1999). NOT a few are already addicted to alcohol or cannabis at the time of entrance. Inadequate information on possibilities for therapy and lack of experience in using heroin, for example, high doses together with alcohol consumption, might well be the causes of the large number of drug deaths. The risk of addiction is about 25% higher in this population group than the national average. 30% of the immigrants have drug problems (Fachverband Drogen und Rauschmittel 1999). The reports of the federal government on drugs and addiction signal a slight improvement as from

2002, and indeed great efforts have been made in the meantime in the area of prevention: There has been success in halting the trend towards death from an overdose, especially among very young heroin addicts. The number of such deaths fell from 142 in 2001 to 123 in 2005. But the proportion of immigrant drug deaths, at 9%, is still more than double their proportion of total population (Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2005). Since 2002 the Arbeiterwohlfahrt and the Fachverband Drogen und Rauschmittel have jointly offered a continuing education project designed for people working with addicts and immigrants, so that they can better counsel immigrants who are substance-dependent or in danger of becoming so (Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2003).

Immigrants in the German penal system

Neither the crime statistics of the police nor those of penal institutions register immigrants as such, since according to the Constitution they are Germans. In a 2002 survey seven states calculated that the proportion of immigrants being dealt with in the penal system was as high as 8.9% (including adults) and thus more than double the respective proportion of population (WINKLER 2003).

A 1998 enquiry among penal institutions for male youths and adolescents conducted by the Hanover Criminological Research Institute showed that 10% of the inmates were immigrants (WETZELS 2000). In another investigation, in Lower Saxony (PFEIFFER, WETZELS 1999), 11,996 persons convicted of crimes of violence consisted of 9,024 Germans (75.2%), 1,273 immigrants (10.6%), and 1,699 foreigners (14.2%). Investigations in the 26 reform schools in the German Federal Republic indicated an immigrant share of 8% with a fluctuation between 4% and 14% (Bundesverwaltungsamt 2003, S. 328). Measured against their age cohorts, the young Russo-Germans in the reform schools are over-represented by about 100%. An overview of the year 1997 in Baden-Württemberg revealed a still higher proportion of immigrants at entry into the penal system: 15.6% compared with a population share of 5.4%. Concerning the crimes, it is noteworthy that immigrants made up 57.4% of the drug-related offenders and 14.7% of offenders against sexual self-determination (WALTER, GRÜBL 1999). In 2001 18.4% of prisoners in penal facilities for youth in Baden-Württemberg were Russian-speaking immigrants. Among them, 60% came from Kazakhstan, 25% from the Russian Federation, 5% from Kirghizia, 4% from Uzbekistan, and 3% from Ukraine. Most of them had arrived in Germany at an age between 11 and 16 years. As to the offences, the frequency of drug-related crimes is conspicuous.

With convictions for bodily injury, the number of Russo-Germans serving time is close to the average. Although they have the reputation of being particularly prone to use violence, in the first few years they were convicted even less frequently than native Germans for offences involving bodily injury. Convictions for killing were rarer with them than with other groups of prisoners. The immigrants from Russia were especially high in the first years, however, in the number of convictions for sexual offences. (WALTER 2003)

Now the rate of recidivism among the Russian-speaking prisoners has risen in the last three years from under 10% to currently 27%. That means that very often parole is cancelled, and indeed after an extremely short period of time: The interval at liberty from the last release to a new incarceration amounts at this time to hardly 4 months for the Russo-Germans, for all others in contrast almost one year. That results essentially from a high proportion of transfers into a therapy facility per §35 of the law on drug offences. In very many cases failure in therapy has led to a new incarceration. (WALTER 2003; p. 90).

The detailed results can be summarised as follows: Whereas the crime rates of immigrants in the second half of the 1980s differed only slightly from those of other Germans, there was a marked rise in the first half of the 1990s. This was primarily due to the young immigrants who came after 1991 and, within this group, especially to those young males who came from the former Soviet Union (Bundesregierung 2001, pp. 326).

Ross et al. (2004) found that with respect to 60 incarcerated male immigrants from the former Soviet Union, compared both with a control group of 30 non-offender immigrants from the former Soviet Union and with the native incarcerated population (50%; FRÄDRICH, PFÄFFLIN 2000), an increased prevalence of personality disturbances (60%, over 50% anti-social, 14% borderline disturbances) was present; the immigrant control group suffered from personality disturbances to the extent of 17%.

We found no indication that higher stress levels are related to higher prevalence rates of personality disturbances. However, inadequate knowledge of German does play a considerable role in the high stress level of incarcerated immigrants. (Summary) 'In the prisoner group only 30% (n=18) displayed good knowledge of the German language, 20% (n=12) in contrast very little. When we bring into account that these persons had already been resident in Germany for several years (M=7.68 years; SD=3.42) at the time of the investigation, this is quite surprising. In the control group, not quite half had good knowledge of German (46.7%; n=14); the other half spoke the language at least acceptably (53.3%; n=16). It should be noted that this group on average was only about a year longer in Germany than the prisoner group (M=8.70 years, SD=2.04)' (Ross et al. 2004, p. 5).

Out of all this, we can draw the obvious conclusion that the time served in penal institutions should be used for intensive language instruction. The prisoners, who are supposed to be resocialised, would profit from this; so would the

personnel, who could then communicate much more directly with those under their care.

So long as the immigrants within the penal system cultivate their own language, to which the personnel have no access, it will be impossible to give up the tradition of the 'Woro Law', still alive in the penal system of the ex-Soviet Union countries, and which the immigrants have also introduced into the German penal system. This is the unwritten male GULAG law that divides the prisoners into four castes. The hierarchy is led by a kind of patriarch caste, and at the very bottom stand the so-called untouchables, who are dehumanised through rape and afterwards given new and obscene names. These people are forced to sleep next to buckets of excrement. Anyone touching them dirties himself and runs the risk of becoming an untouchable as well. In Russian prisons, fear of this extreme form of degradation encourages people to obey a criminal code that also involves blackmail. Paying up guarantees against falling into a lower caste. The administration of the Russian penal system apparently uses this criminal rite as a means of breaking the personality of difficult prisoners (inmates are paid to rape other inmates) (BREZNA 2002, cit. ROSS et al. 2004, p. 13)

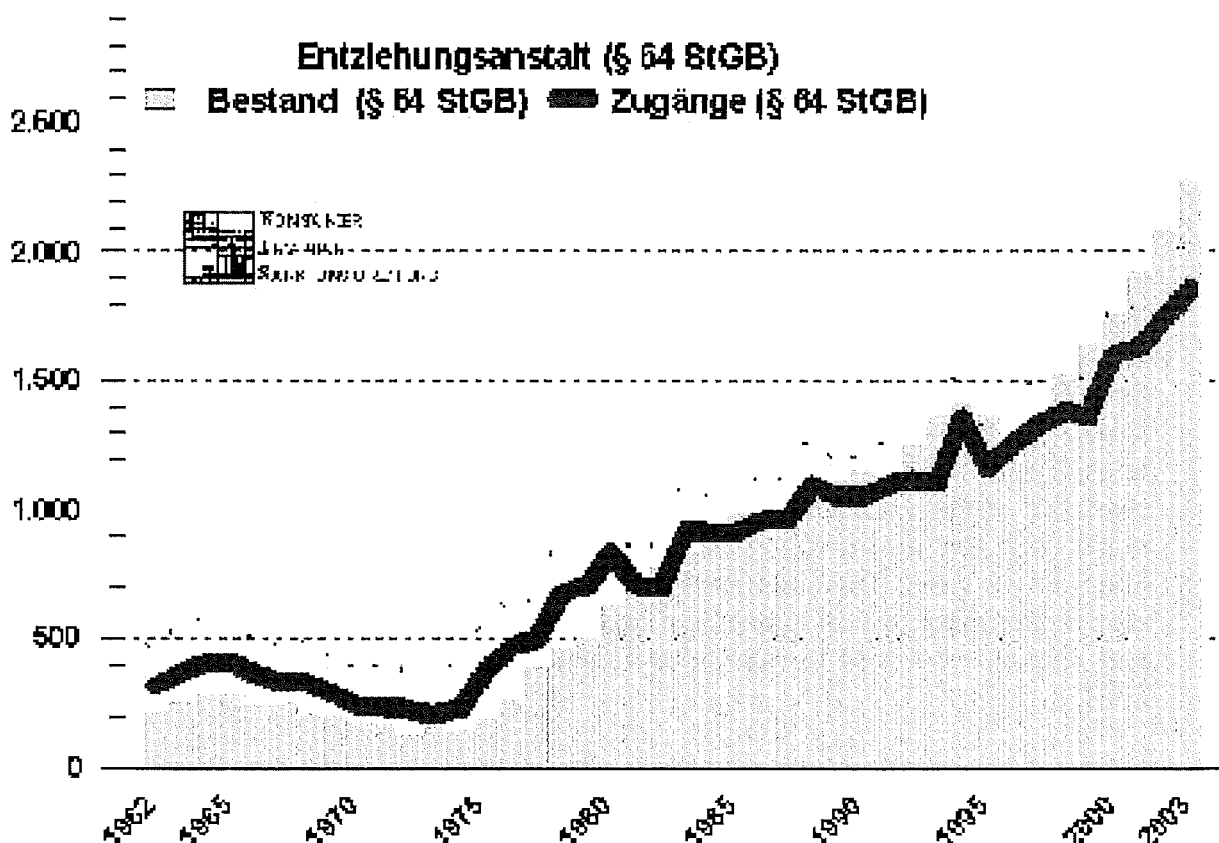
The treatment of immigrants and their dependants in withdrawal centres per §64 of the criminal code

§64 of the criminal code provides that offenders whose addiction illness stands in a causal relation to their crimes and where the danger of repeated offences exists as long as the illness continues are to be treated in a withdrawal centre if a fair probability of success can be assumed.

Foreigner and immigrant proportions of the forensically interned population were calculated for the years 1990-2000 for the high court of Karlsruhe; nationwide overviews are not available. The immigrant proportion amounted to 6.2%, significantly higher than the immigrant share of the population, but also significantly below the proportion of immigrants serving time (HOFFMANN 2006).

In general, the internments per §64 of the criminal code have risen strongly throughout the country in the last few years; however, so have the interruptions:

Nationwide the internments due to drug addiction rose very much more sharply than those due to alcoholism. This signifies a changed crime pattern, possibly also markedly more patients with classical anti-social personality developments in the withdrawal centres. Despite a more 'therapy-friendly' administration of justice, interruption rates of treatment prescribed and commenced under §64 of the criminal code of 50% and higher have been reported right across the country (SCHALAST, DESSECKER, VON DER HAAR 2005; NEDOPIL 2005).



Graph: Internments pursuant to §64 of the criminal code: increases and status (per March 31; former federal territory including West Berlin, since 1996 including East Berlin).

§ 64 StGB	1962	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2003
Increases	314	406	233	374	832	913	1.048	1.170	1.595	1.858
Status	221	281	179	183	632	990	1.160	1.373	1.774	2.281

(HEINZ 2006)

This exposes the patients concerned to a higher future risk of committing a crime (SCHALAST, MUSHOFF, DEMMERLING 2004) and the staff of the forensic divisions to a growing resignation; it also raises the question of wasted economic resources. The findings published by Michael VON DER HAAR yearly since 1994 in the framework of nationwide sampling on the carrying out of measures pursuant to §64 of the criminal code show an exact reversal of the proportion of conditional releases to releases at end of term from 1994 through 2002. Whereas in 1994 51% of all released patients went out on probation and 33% of patients were retained in custody with treatment being interrupted because of the lack of an outlook for success, in 2002 almost 52% continued in custody for this latter reason and only 35.5% were released on probation (KOLLER 2004).

Against the background of the national trend toward change in internments due to drug- and alcohol-related crime, Baden-Württemberg is characterised by clearly lower rates of interruption in the carrying out of prescribed measures in withdrawal centres than in the other states. We have observed that with a correct assessment including goal-directed recommendations for treatment (HOFFMANN, MIELKE, DRESSING 2006) as well as a transparent therapeutic setting from the beginning of treatment onwards, firstly a possible failure becomes visible earlier and secondly significantly more than two-thirds of the patients interned pursuant to §64 of the criminal code are able to complete therapy in a meaningful and successful way. Over the last nine years the interruption rates in Baden-Württemberg have amounted on the average to around 25%.

Interruptions in Baden-Württemberg of total §64 inmates at year's end

	Total BW Reichenau n	Interruptions BW Reichenau n (%)	Total Reichenau n	Interruptions Reichenau n (%)	Total BW [N]	Interruptions BW N (%)	Fisher's exact test [p]
2005	208	71 (34%)	39	2 (5%)	247	73 (30%)	< 0,001
2004	224	65 (29%)	40	2 (5%)	264	67 (25%)	0,001
2003	214	71 (33%)	40	4 (10%)	254	75 (30%)	0,002
2002	209	48 (23%)	23	0 (0%)	232	48 (21%)	0,005
2001	147	55 (37%)	18	1 (6%)	165	56 (34%)	0,007
2000	139	24 (17%)	17	2 (12%)	156	26 (17%)	0,74
1999	125	27 (22%)	14	2 (14%)	139	29 (21%)	0,73
1998	111	21 (19%)	16	3 (19%)	127	24 (19%)	1,0
1997	120	46 (38%)	13	0 (0%)	133	46 (35%)	0,004
1997-2005	1497	428 (29%)	220	16 (7%)	1717	444 (26%)	<0,001

Table 1: §64 inmates at year's end

A case-by-case study of the interruptions in Baden-Württemberg has yet to be made. A sophisticated analysis of possible differences among natives, immigrants, and other migrants cannot be carried out with the existing data base.

The forensic division at Reichenau shows rates of interruption yet lower than the Baden-Württemberg average:

- Immigrants including non-German family members
- Foreigners excluding non-German members of immigrant families

It is clear here that the immigrants and their family members do not differ from the comparable native patients, even if the small total case numbers at Reichenau are not statistically significant. We attribute this more positive finding in

comparison with the experiences described in the judicial system as a whole to the therapeutic setting, which favours intensively the integration of immigrants including the improvement of their language skills.

Inmates (year's end)	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Number	17	18	23	40	40	39
incl. immigrants	2	3	3	7	7	5
foreigners	2	2	2	5	5	6
Admissions	11	6	16	30	15	19
immigrants	1	1	2	9	2	1
foreigners	3	1	1	7	3	3
Releases	15	4	10	14	15	20
immigrants	4	0	2	2	2	4
foreigners	0	0	2	2	1	3
Interruptions	2	1	0	4	2	2
immigrants	0	0	0	1	0	2
foreigners	0	0	0	1	0	0

Table 2

In accordance to the current AWMF (Association of Scientific Medical Societies in Germany) guidelines (THOMASIUŠ et al. 2004), we have been working in a therapeutic team since 1993. A point of emphasis in the therapy lies in intensive group work. The analytically oriented group therapy, led by both the ward therapists, takes place for 1.5 hours on each of four days per week, so that for each patient several hundred hours of group therapy are possible. An assortment of one-to-one relations is available in the psychotherapeutically oriented care of personal relations. From beginning to end a continuity in care of personal relations and therapists is given, so that a sound prognosis for release purposes can be made utilising material from various therapeutic situations. In addition, ergo- and occupational therapy, structured leisure time and experience training activities, and the close bonding with a mentor system through experienced fellow patients form part of the therapeutic teamwork. A cabinetmaker/high school teacher employed by the division gives individual and group lessons (even in German, from which the immigrants in particular profit).

Alcohol control tests are carried out several times a day (minimum of three plus after every leave), drug tests several times a week on a random sampling basis, a much more close-meshed control than in penal institutions, where this fails also for financial reasons. Given the strict abstinence control, patients should invest more meaning in work, leisure time, and care and at the same time prepare themselves to take on a qualified job. An important component of

the program is self-sufficiency with meals, including cooking and eating together; moreover, patients clean their rooms including sanitary installations themselves. This orientation is emphasised through ward-wide sports and leisure time projects with the sports science study group at the Universität Konstanz. During their internment, almost all our patients complete a period of practical training as job preparation. Then they begin to spend the greater part of their time outside the institution, where they can establish relations with colleagues not belonging to the clinic or prison milieu. In this, we also see a helpful crime prevention measure. Further, we place great value on patients' getting in touch with self-help groups while they are still in the ward, with the idea of following this up after release.

It is precisely this standardized stepwise preparation for meaningful job and leisure time structuring, which we can also accompany during probation on the level of social pedagogy, care of personal relations, and psychotherapy, in agreement with the related judicial authorities and cost carriers, which enables patients who have been through our treatment program, even after long periods of confinement, to stay outside the penal system and discover new perspectives in an outpatient framework. Thus already at the assessment stage we try to set up a program for motivated patients in a form which differs from the norm.

In our course of treatment the admission and motivation phase (steps 0...3) lasts about four months, the therapy phase (steps 4...5) that comes next 7...12 months, the final adaptation and release phase (steps 6...7) 6 to 9 months. The conditions for moving to a higher step and finally to release are active participation in therapy with visible progress as well as proven abstinence from drugs. In this critical analysis of oneself and others is the prerequisite to a change of behaviour. Violating the rules, forms of violence (also verbal), dodges / escapes, non-participation in or rejection of therapy, crises and stagnation as well as difficulties in observing the house rules are discussed as rapidly as possible in the psychotherapy groups and committees. Possible 'demotion' to a lower step is considered with input from fellow patients. Relapses do not automatically lead to interruption of treatment, but to deepened critical analysis. Here we give more importance to open dealing with relapses and the conclusions drawn from them than to the relapses themselves.

Russo-German patients and dependants of Russo-German immigrants cope with this setting, at least statistically, just as well as the comparable native clientele. In everyday life on the ward we see the individual differences in their biographies more clearly than the possible common cultural features: The immigrants and their dependants treated in our division come primarily from Ka-

zakhstan, a country with an area about eight times that of Germany. We have discovered marked differences in their socialisation.

One of our patients grew up in farming in the steppes and knew how to tame wild horses. His thinking might be called magical. What he experienced was lived and digested less in reflective thought than in imagined and in part self-developed sequences of images—as in a film. Another patient was socialised in a wholly middle-class way and spoke good German already as a child. His mother had taught German. His psychodynamics and problems resembled those of a typical German middle-class family. In addition to their partially heterogeneous socialisation, the consolidation of the immigrants as a group is also affected by exclusion phenomena from outside. Settling into ghettos upon arrival strengthens these phenomena, as do settings in penal institutions which offer too little in the way of common activities and group discussions.

With respect to the therapy, our experience confirms the importance of opportunities to learn the German language. We frequently meet with a fundamental readiness for critical analysis, for study of language and literature. In definite contrast to patients of native extraction with comparable socialisation, many immigrants appear more well-read in classical works of literature. On our ward the language rule is that in the presence of German-speaking personnel, German is to be spoken if possible, so that others can take part in the conversation. The use of the Russian language to explain complex matters to a new patient or to translate temporarily things which he doesn't yet understand is helpful and accepted.

As a typical situation here, let me recount something that happened in group therapy. Surprisingly to us at first, a new patient hailing from Kazakhstan (Mr. B) sat through a group therapy session motionless and calm, although a fellow patient from the Germany described how Mr. B had recently, unjustifiably and through insinuation, accused him, in front of staff and fellow patients, of having and trading in drugs on the ward. In comparison, Mr. B's mentor, also from Kazakhstan and with experience of therapy, struck us as, at first astonishingly, uneasy. He too said nothing during the session. The situation became clear when Mr. B took up the theme at the next group session and defended himself against the German patient. Although he had some trouble with the language and used drastic words, he employed entirely understandable images and displayed adequate impulse control. In the further exchange it became clear that he had only understood portions of the last session and had not wanted to express himself prematurely. His mentor had later given him a matter of fact explanation of what had been said and translated part of it. We also found it

positive that the mentor was serious about understanding what went on in the group, and that he did not take up the cudgels for Mr. B but left this to his protégé.

A genuine interest in the presentation of a life story when new Russo-German patients enter the group has proved to be essential. For this purpose we acquired maps of Kazakhstan and other former Soviet Union countries. This makes it easier for new patients to explain their background, how geography ties in with landscapes and customs.

A high degree of inter-relatedness among the Russo-German patients came to light when patients or dependants became seriously ill. Many were or felt themselves to be at increased risk due to atomic testing in their area of origin. One patient told the group that all his close relatives who had died so far had succumbed to malignant tumours. Another patient, in the release phase, developed a highly malignant Hodgkin's lymphoma, now being treated in a special out-patient department at the University Clinic. Russo-German fellow patients seize opportunities to visit this patient eagerly, even if they had not known him well previously.

With many of our Russo-German patients we find definite internalised values and norms and the capacity to feel guilt and shame. The value and the authority of parents is usually not questioned, but patients do show awareness that their own drug consumption has placed on them.

Common features among the Russo-Germans can be observed in the group context. At the outset most of them take a rather cautious, listening, and waiting stance, primarily to evaluate whether the setting is comprehensible and worthy of confidence, the therapists as well. If they come to believe that this is the case, they often remain laconic over a long period of time, but are frequently quite conscientious regarding agreements and show recognisable feelings of guilt and shame when trust has been abused.

When new Russo-Germans are admitted, it is necessary to have an experienced Russo-German patient as an 'older brother in therapy' and contact person. This individual should have a clearly positive attitude toward therapy for his own account.

In contrast to native patients, the Russo-Germans are markedly more attached to family. Four such patients who were treated here in the past two years were married and had children. According to our experience so far, although not statistically significant, it seems that entering a fixed partnership and caring for a child act less as a burden and more as a stabiliser through assumption of responsibility.

Summary

Given the life stories of the immigrants and their dependants, frequently characterised by traumas, the clear principles of non-violence, abstinence, a democratic and transparent basic attitude, and the consistent use of the German language in treatment and everyday life seem to be a productive corrective that renders the prognosis of this group, at least in the course of detoxification, not less favourable than that of native patients. The working through of traumas related specifically to immigrants seems to be successful in the therapeutic exchange. In addition, they benefit from our consistent promotion of job activity in the last third of the treatment, where the immigrants can profit from resources that are in any case clearly better than with many natives. A consistently practised therapeutic teamwork provides these human beings with more quality of life and reduces deficits typical of the group (CZYCHOLL 1999). In doing so, it probably provides society with more security than in a penal institution setting, which is less intensively oriented toward therapy.

Straffällige, abhängige Immigranten; ist eine schlechte Prognose unvermeidbar?

Unter der Berücksichtigung der Lebensgeschichten von Immigranten und deren Angehörigen, die regelmäßig durch Traumatisierungen charakterisiert sind, wird dargestellt, dass die klaren Prinzipien der Gewaltfreiheit, der Abstinenz, einer demokratisch-transparenten Grundhaltung und der konsequente Gebrauch der deutschen Sprache in der Behandlung und im alltäglichen Leben ein wirksames Korrektiv darstellen. Damit kann eine vergleichbar gute Prognose, für die Entwöhnungsbehandlung, wie bei einheimischen Patienten erreicht werden. Dabei scheint die Bearbeitung von Traumata, die speziell bei Immigranten anzutreffen sind, therapeutisch Erfolg versprechend zu sein. Zusätzlich profitieren sie von unserer Unterstützung beruflicher Aktivitäten im letzten Drittel der Behandlung. Eine konsequent praktizierte, therapeutische Teamarbeit ermöglicht diesen Menschen eine deutliche Verbesserung ihrer Lebensqualität, und führt zu einer Reduktion typischer Defizite bei dieser Patientengruppe. Die Umsetzung dieser Prinzipien verhilft der Gesellschaft vermutlich zu mehr Sicherheit als Strafinstitutionen die weniger therapeutisch orientiert sind.

Literatur

Bade, K.; Oltmer, J. (Ed.) (1999): Aussiedler: deutsche Einwanderer aus Osteuropa. Osnabrück: Rasch.

- Bannenber, B.; Bals, N. (2006): Integration von jugendlichen Spätaussiedlern. Universität Bielefeld.
- Bayrisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung (2006): Statistik Spätaussiedler und deren Angehörige. Mai 2006.
- Brezna, I. (2002): Brief von Irena Brezna an Seinap Gaschaewa. *Magazin der Berliner Zeitung* 22./23. Juni 2002.
- Bundesregierung (2001): Periodischer Sicherheitsbericht; S. 326ff. (www.uni-konstanz.de/rtf/ki/psb-2001.htm)
- Bundesverwaltungsamt (2003): Jahresstatistik Aussiedler
- Czycholl, D. (1999): Migration, Suchtrisiken und Versorgungsdefizite am Beispiel von Aussiedlern in Deutschland. In: →Salman, Tuna, Lessing (1999); S. 222-227.
- Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2003): Drogen- und Suchtbericht.
- (2005): Drogen- und Suchtbericht.
- Eyselein, C. (2005): Russlanddeutsche Aussiedler verstehen. Praktisch-theologische Zugänge. Leipzig: Evang. Verlagsanstalt
- Fachverband Drogen und Rauschmittel (1999) Kongressbericht. *Sucht* 45:218-220
- Frädriich, S.; Pfäfflin, F. (2000) Zur Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen bei Strafgefangenen. *Recht u Psychiatrie* 18:95-104
- Heinz, W. (2006): Freiheitsentziehende Maßregeln der Besserung und Sicherung. Stand und Entwicklung anhand statistischer Eckdaten der amtlichen Strafrechtspflegestatistiken. In: T. Feltes, C. Pfeiffer, G. Steinhilper (Hrsg.): Kriminalpolitik und ihre wissenschaftlichen Grundlagen; S. 893-925. Heidelberg: Müller.
- Hoffmann, K (2006): Migranten als Patienten im Maßregelvollzug. *Nervenarzt* 77:50-57.
- Hoffmann, K.; Mielke, R.; Dressing, H. (2006): Gutachterliche und therapeutische Probleme in der Umsetzung des §64 StGB. *Psychiatric Practice* (accepted for publication)
- Koller, M. (2004): Zur gerichtlichen Praxis der Einweisung in den und der Entlassung aus dem Maßregelvollzug nach den §§63, 64 StGB und zur Bedeutung von Begutachtung und Prognostik . In: ver.di (Ed.) Der Maßregelvollzug. Wegsperrten für immer?
- Nedopil, N. (2005): Prognosen der Forensischen Psychiatrie. Hdb f d Praxis. Lengerich: Pabst.
- Pfeiffer, C.; Wetzels, P. (1999): Zur Struktur und Entwicklung der Jugendgewalt in Deutschland. *Politik u Zeitgeschichte* 26:3-22.
- Ross, T.; Malanin, A.; Pokorny D.; Pfäfflin, F (2004) Stressbelastung und Persönlichkeitsstörungen bei strafgefangenen Migranten aus der ehemaligen Sowjetunion. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform* 87:22-36.
- Salman, R.; Tuna, S.; Lessing, A. (Ed.) (1999): Hdb. Interkulturelle Suchthilfe; S. 184-190. Gießen: Psychosozial.
- Schalast, N.: Mushoff, S.; Demmerling, R. (2004): Alkoholabhängige Patienten im Maßregelvollzug gemäß §64 StGB. Projekt-Zwischenbericht. Institut für Forensischr Psychiatrie, Universität Duisburg-Essen.
- Schalast, N.; Desecker, A.; von der Haar, M. (2005): Unterbringung in der Entziehungsanstalt: Entwicklungstendenzen und gesetzlicher Regelungsbedarf. *Recht u Psychiatrie* 23:3-10.
- Schwichtenberg, U.; Weig, W. (1999): Die Behandlung von illegalen Drogen abhängiger Aussiedler in einem Niedersächsischen Landeskrankenhaus. In: →Salman, Tuna, Lessing (1999); S. 184-190.
- Thomasius, R.; Gouzoulis-Mayfrank, E.; Karus, C.; Wiedenmann, H., Hermle, L. et al. (2004) AWMF-Behandlungsleitlinie: Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain, Amphetamine, Ecstasy und Halluzinogene. *Fortschr Neurol Psychiat* 72:679-695.
- Walter, J. (2003); Junge russischsprachige Aussiedler als Klientel in den Justizvollzugsanstalten . In: DBH-Bildungswerk: Spätaussiedler. Interkulturelle Kompetenz für die Straffälligenhilfe und den Justizvollzugsdienst. *Forum* S. 87-120.

Walter, J.; Grübl, G. (1999): Junge Aussiedler im Jugendstrafvollzug. In: →Bade, Oltmer (1999); S. 177-189.

Winkler, S. (2003): Migration – Kriminalität – Prävention. Aussiedler und Ausländer im Strafvollzug. www.praeventionstag.de

For missing literature contact the author.

Klaus Hoffmann, MD, Lecturer, University of Ulm; chief physician, Forensic Division, Reichenau Psychiatric Centre.

Reinhard Mielke, MD, deputy chief physician, Forensic Division, Reichenau Psychiatric Centre

Author's address

Klaus Hoffmann • Feuersteinstr. 55 • 78479 Reichenau

E-Mail: k.hoffmann@zfp-reichenau.de

Trauma Interventions

Viveca Hazboun (Jerusalem)

The struggle of the Palestinian refugees took different expressions over the decades that it has lasted and the psychological impact took different venues. A presentation of the historical observation of clinical experiences gathered over thirty years of working in the field will be discussed. The author would like to present efforts made on an individual level and on the level of training the masses whether through training programs or television interviews, newspaper or magazine articles, and establishing services that can become a holding place and a container for the pain that often is rampant in these situations. The eclectic mental health team approach in responding to needs of the population and a government in the making will be discussed.

Keywords: trauma, Palestinian, refugee, PTSD, self destruction

Introduction

The struggle of the Palestinian refugees may have started even before they became refugees. Palestine had been under Turkish rule for three hundred years, Arabic was not allowed as a language. Palestine then fell under the allied forces' control, they later on, at least some of them, initiated the idea of the division of Palestine. The Palestinians then were very reluctant to divide what they viewed as their land as now we see Israelis being reluctant to relinquish what they view as their land. This possessiveness has the equivalent of a child's early attachment to his or her mother and the difficulty in sharing and relinquishing priority placement as siblings follow in the family tree. This early competitive and envious intolerance of the other seems to be at the basis of a great deal of difficulty that is seen in the Israeli-Palestinian conflict. The psychological parallels with what ensued as in splitting, projection and projective identification as defenses in the political arena seemed rampant and beyond the scope of this paper but the general idea of each side blaming the other, each side viewing itself as the victim and the other as the offender leaves the gap seemingly unbridgeable. The last defense of projective identification seems to be the source of a possibility of finding hope where other theories and interventions have failed. To hear statesmen say "if we want to think of our well being we have to think of the well being of the other" is re-assuring and seems to have developed in the minds of the people in the region because somehow the older idea of blaming the other side only and seeing the world as good and bad and projecting the bad unto the other just doesn't seem to be acceptable to most people.

Theoretical background

FREUD, KLEIN, and MASON dealt with unconscious processes and how they affect people's conscious behavior and affect. It is also evident that these unconscious processes are affected by and influence the environment and the reaction of the individual to the environment whether in days of war or peace.

As children we exist in a dependent position with our instincts and inner world influencing us as to how we will interact with the environment. A child's need for the external support to be saved from annihilation is an obvious fact and observation. When the external environment feeds this fear of annihilation instead of calming it, the result usually is a hypersensitivity to trauma, pain, frustration and hopelessness. Normally, a safe, re-assuring and loving environment would tame the annihilation fears. In a war zone, this fear of annihilation and death is a daily reality that can break some but can strengthen others to appreciate every moment of existence and a capacity to become creative and passionate about everything that is available to them. Other internal issues like hating this dependence and the rage it generates in the infant, the envy that is stirred up towards the caretaker or the needed environment, is obviously an extra psychological burden that puts a toll on the infant's development and growth. The picture is further complicated by resorting to denying the existence of this dependence and need. In addition, resorting to a fantasy world of omnipotence as a reaction to the feeling of impotence and a yearning for control as a defense and escape of the fear of annihilation. These unconscious maneuvers leave the child feeling even more terrorized, paranoid and entrapped by the inability to be nourished by the giving and loving environment and caretakers, no matter how meager the source might be.

The eventual hope is that even if the source of nourishing dries up that the dependent child can resort to his ability to tolerate frustration, delay gratification and develop impulse control with the assistance of a caretaker or on his own, as some people seem to be capable of doing. Since each person goes through childhood, it is the child part in us that we need to understand so that we can live with this part of us rather than be ran and controlled by it. The child part in us that we bring into our adult life has a great deal of impact on our lives and the lives of those around us. The external reality plays a great role and our reaction to this external reality seems to be the limiting factor as to how things will work out. This introspection into one's inner world and life is important if psychotherapy or psycho-education is to be effective. If there is a malfunction in someone's life then hopefully, he will use this difficult time to pursue further clarification of his malfunction. If there is not, then it would be

good to introduce psycho-education as a system that would introduce such introspection and help the individual and the masses introspect and try to develop healthy ways of dealing with conflict or difficulties. This psycho-education could be introduced in the school system or through magazines, newspapers, TV, radio or internet.

FREUD's contribution to the understanding of the unconscious, his ideas about people using defenses of splitting the world into good and bad and projection of what we don't like unto the other, doesn't relieve the pain or trauma that it is intended to do but rather leaves us feeling paralyzed and troubled. KLEIN's contribution after that, of the defense of projective identification, explaining that we get identified with our projection and then not only out of guilt but also out of a feeling of entrapment we tend to design a fate for us that resembles the one we believe we planned or caused for the other that we projected into. MASON's contribution in 'The suffocating super-ego' (1983) helps us to understand why this punishment or entrapment is so harsh, much harsher than any judge would have imposed as punishment for these real or imagined acts. People tend to be their own worst enemies and two wrongs never made a right, with these two ideas it is easy to follow how people try to solve their problems or difficulties by projecting them onto others, feeling troubled by that and harshly judging themselves then create all sorts of difficulties for themselves. This leads to people returning to the scene of the confusion until it can be resolved or dealt with, unfortunately often at a high psychological price. The way things escalate in the political arena leading to wars and mayhem seems an extreme of this concept.

Methodology-areas of intervention and clinical vignettes

In 1984, while working overseas and running a children's inpatient facility in Los Angeles, the author came and visited three refugee camps in the West Bank and Gaza. She obtained drawings from children and compared them to drawings of children at the inpatient psychiatric facility where she was the ward chief in Los Angeles. The children's drawings were performed with no instructions or directions, just to draw whatever these children had on their minds. The children in the refugee camps drew field harvest scenes, wedding scenes and school playgrounds, homes and trees and sun and animals. The children in the inpatient facility in Los Angeles had drawings that were morbid with accidents, ambulances and police scenes chasing people.

In 1994, the same refugee camps were visited and drawings were collected from children in the same age group as before. The drawings were no longer ones of fields and harvests, weddings and schools or homes, the drawings re-

presented barbed wire, blood stained grounds, ambulances, stretchers with bleeding bodies hanging on them, tanks, planes throwing bombs on the population. This change in free expression in drawing reflected the actual life change that the children were experiencing during the first Intifada (the people's uprising). The obvious deterioration in the capacity to have a peaceful inner world was now reflected in the free drawings as a tormented and violent inner world. The author was alarmed but realized that although troubling it was still healthier that it was being expressed in the drawings and was being dealt with in a safe setting, a container with specialized therapists.

During the first intifada, as the children went to the streets to throw stones at tanks and cars driving by, the author initiated a mental health service to offer consultations throughout the refugee camps along side the medical clinics that had offered medical services since after the refugee crisis in 1948. 1500 new cases were seen on a yearly basis, 450 were children who suffered from developmental delay, another 400 were depressed and another 350 with PTSD. The team of a psychiatrist and a psychologist were offering services once a week, some remote places only got once a month services. This was felt as not sufficient by the author and then she started to work on developing a center that would be a referral center for the children and their families for intensive psychotherapeutic treatment. However, during the time the work in the refugee camps was done, a CNN TV program was carried out and was shown all over the world bringing some of the mental health issues that were faced by the Palestinian refugees on the screen. Children with developmental delay, children who were disfigured by the invading army, and the rampant problem of drug addiction were among the problems discussed along with a brief idea presented about the interventions given, from psychotherapy to free drawing, to family and group therapy.

The capacity to discuss the unconscious and its role in patients' difficulties was a gratifying and educational experience for the population and for the therapist who was delivering this information. This education was appreciated by the population who came to treatment, requested supervision and asked for workshops and for mental health services to be started in their schools. The author with the staff that she had trained and supervised at the mental health clinic proceeded to fulfill these requests.

Many other radio, television, newspaper and magazine articles, conferences and scientific journals were venues of presenting the services rendered and the clinical experience that was being offered and developed in the West Bank.

The most crucial work done was the direct services rendered to patients who were hurting and requested treatment but training other mental health workers

in the field to be able to do the same was also an objective of the author. A six to eight month course in the development of mental health skills was offered to the population who already had a bachelor's degree in social work, nursing, psychology or physicians who wanted to obtain these skills. The diploma is certified by the Palestinian Ministry of Health and so far, over two hundred and fifty graduates have finished this training since the inception of the center about thirteen years ago. These skilled mental health workers are working throughout the West Bank and Gaza and are seeing a large number of patients. Some clinical vignettes will be presented now to clarify the essence of the mental health interventions that are possible within this model.

One of the first patients who came to the center was a young man in his mid to late- twenties, he had persistent and repeated nightmares about the occupying army chasing him, him being terrified and waking up. His reaction to these dreams was to think that he would become politically active, join a group and become a martyr, somehow. This troubled existence of nightmares, inability to sleep fearing the nightmares and the reaction to self-sacrifice, left the patient very anxious and paranoid thinking that the occupying army would be after him and imprison him. He came to his treatment consistently without any interruption and benefited from it, brought dreams to the sessions, was psychologically minded and introspected easily. At the beginning of the therapeutic experience, the author and therapist of this patient referred the patient to a psychologist colleague who also worked at the center to have the patient receive some relaxation therapy techniques. The psychologist declined and reported that the patient was too psychotic to benefit from this intervention. The primary therapist continued the intervention, without the use of any anti-psychotic medication since the patient refused them. The patient did not have any evidence of hallucinations and the delusions were under control and were improving with the psychotherapeutic intervention. This patient who had thought of self-destruction relinquished these plans and instead became an Imam at his local mosque, and offered activities for children to try to get them interested in their schooling and belief and away from self-destructive behavior. The patient went on to marry and terminated his therapy. He has been without problems for about seven years now.

Another patient is a 30 year old woman who came to treatment because she was depressed, she was breast-feeding her child in the session one day when she uttered the following words: "This child I can breast feed but the other ones at home; I don't know how I will feed them. If someone will give me a bomb, I will put it around my waist, walk to a check point and explode myself, at least my children will say that their mommy is a hero and they will be taken

cared of". The author who was the primary therapist for this patient, asked the medical secretary at the time to go buy some needles, threads and cloth, she was given an assignment to do needle work that she knew and she was paid for this work. She relinquished her self-destructive thoughts, has been able to sustain her family and now has started an institution of her own where she has about two hundred women who embroider and their products are sold to be able to feed their families.

Our center started this venue as an income generating aspect of the center. Most people who come to treatment are unable to pay for their therapy and sometimes cannot even pay for the transportation for their therapy, so the center depends on outside donations to be able to maintain the services. This income-generating project has helped in sustaining our center and has helped many families to feed themselves and not consider self-sacrifice as an option through the additional therapy that these people receive.

A 14 year old male was brought to treatment because he was seeing monsters and was afraid of people, reports that he sees them as turning into monsters and then coming towards him. He was seen in treatment. In summary, his brother was arrested for participating in the people's uprising and his mother sent the patient to his grandparents' home while she tried to go see her arrested son. The patient ran away from his grandparents' home and he also tried to reach his brother. Following this episode, the child developed this acute psychotic episode. The child responded to treatment without the use of any anti-psychotic medication. His delusions and hallucinations subsided as soon as he engaged in the treatment. He brought dreams to the treatment and was able to introspect into his own his aggression and fantasy life. His dreams revolved around the army chasing him and catching him. The traumatic residual from his family's difficulty with the army can explain the dreams this child had but to try to interpret deeper and to have him own his own chasing of himself and imprisoning himself in his fantasy world and delusions became apparent to the patient and quickly after that he was able to relinquish his delusions. He matured and was able to attend school, improve his grades, participated in a film about Palestinian children. On the screen while interviewed he said: "I wanted to have revenge and to get even with the occupying army and fight back but now I think the best way to deal with this is to consider that if I can be caring about others, even them, that I would feel better and I would feel triumphant and victorious. That if I want to think of my well being then I have to think about the well being of others including the occupying forces". This wisdom and maturity expressed by the patient, surprised and gratified the therapist who was present during the interview, and reflected that the patient had benefited from

the therapy.

A 24 year old female came to treatment because she was depressed and she was not convinced that her political affiliation and plans to become a suicide bomber were authentic and were not caused by her depression. She did not want to risk that her sacrifice would go in vain. She was very psychologically minded and brought dreams to treatment; she was receptive to interpretations and quickly relinquished her plan to self explode. She was seen on Palestinian public television, speaking openly about her therapy at our center and expressing her sadness that she was unable to talk her brother into going into treatment, instead, he became a suicide bomber who carried out his plan and caused several deaths along with him as he exploded himself.

A 21 year old female came to treatment after having heard the author on a television program talking about mental health interventions. She had been sexually abused at home by her brother, for many years. She was self destructive and mutilating. She was able to maintain and finished high school, then got a job, saved money, and eventually located the therapist and started her therapy. She was psychologically minded, brought dreams to treatment and benefited from the intensive analytic treatment provided to her. She was able to leave the country and stayed away from her abusive family.

An 18 year old female who was extremely unhappy with her family life, not allowed to have some freedoms that she wanted, reported sexual harassment from her brother but refused to go on record or to tell her mother about it. The mother explained that she is very careful with her daughter and that she rarely leaves her sight. Although the alleged sexual harassment was never brought up in the family meetings and although the therapist tried to involve the rest of the family in the therapy, the mother was reluctant to do so and explained that the family did not even know and she refused to let them know that the daughter was in treatment. Before these issues were dealt with fully, the patient stopped coming to therapy. Later she was arrested for carrying a knife and approaching a checkpoint in a provocative but not threatening way and having herself arrested. Several contacts with parents indicated that their daughter expressed preferring to be in jail than to go home.

A 14 year old male came to treatment with his uncle because he was very depressed and self-mutilating after an episode where he was picked up by the occupying army as he was just standing by, he was dragged with the jeep while in barbed wire, lacerating, cutting and making his whole body bleed. Later he needed eighty stitches and now has many scars with which he has to live. This young boy's biggest complaints were that no one heard his story and that he could not get rid of the face of the soldier who was laughing at him as he was

being dragged by the jeep while he was in excruciating pain. This child was treated with intensive psychotherapy, he responded to treatment mostly after he was given an opportunity to speak on an international documentary report that was carried out at the center. His therapy is still in progress and the hope is that he will be able to find inner harmony not through the desire for revenge but through sublimation of this urge and being able to be creative in his capacity to introspect and realize that his self-mutilating behavior, that he developed, was an identification with the aggressor. In addition, that as he desires revenge he will continue to behave aggressively towards himself as is seen in his self-mutilating behavior. This defense of projective identification needs to be clarified with him and he has to overcome it by understanding it, as others have, and be able to find inner harmony.

During a radio interview about suicide, the author talked about the fine line between suicide and martyrdom, and that as mental health professionals we are obligated to note the suicide risk and depression that can be masked and misrepresented by some people expressing a desire to become suicide bombers so as to be considered as martyrs and heroes. After that interview, several phone calls from different patients were received indicating wanting to come to treatment not because they are suicidal but because of many different other issues. This work is pending but is being mentioned here to show how a radio interview of fifteen minutes touched some people to reach out and ask for help. This radio interview came about through a patient's son who works for the radio station, was impressed with his mother's depression improving and wanted others to benefit as well.

Interpretation

One can take a horse to a pond but he cannot make the horse drink, therapy is the same. We have to do what we can to help patients become conscious of unconscious processes but we cannot make them change, it is up to them. This is why the author often tells patients that she is just half a doctor, the other half is the patient, and that together change can happen. With all the theory in mind, the therapist has to take an objective stance, be reliable and punctual, firm but compassionate, ethical and honest, confident and modest. To build the trust in the therapeutic relationship it is crucial that confidentiality be well respected and clear. Limit setting and respecting the commitment to therapy is a two way street that paves the capacity to open up and be able to bring up the inner world. The knowledge that if someone becomes a danger to self or others needs to be dealt with and maybe confidentiality would be broken to deal with

this danger in the therapeutic encounter. Sometimes, this serves as a tool to control thoughts about hurting others or self. The use of the interpretation of dreams, slips of the tongue, and free association has to be used scientifically and to help patients introspect and realize their unconscious mazes that lead to their complicated and unhealthy behavior and affect. The understanding of defenses, and how people dig their own graves, due to a suffocating super ego, most probably needs acute intervention and clarification. The entrapment with the projective identification defense needs to be made evident so people can see, most often through interpretation of their dreams to point out how they are their worse enemy and are planning an even harsher punishment for themselves than any harm they caused or wished for in another. And by contrast, to develop the idea that if they have in mind the well-being of others then they will find their own well being and allow it to develop and flourish.

In this presentation, the author hopes to have shared the difficult task of presenting mental health services in general but especially in times of war and trauma in societies where meager existence is being threatened by socio-political and economic difficulties. How it is important to make an effort to engage the patient in treatment, however it is the therapist's responsibility to try to be very creative within the acceptable framework of therapy to appeal to the healthy part of the patient and help him overcome his resistance and fear of success and happiness. People seem to get used to their way of life even though they might be malfunctioning and it is healthier to make an effort to overcome this malfunctioning and pursue a more harmonious existence. This sometimes is overcome when people uncover the unconscious reason for this fear of success and happiness, because then they will have something to worry about losing, possibly even feeling extreme pain about squandering it whereas no one worries about losing unhappiness or failure and malfunctioning.

To be able to think clearly and widely and not just looking through tunnel vision may help people realize that a bit of effort in the direction of introspection and self understanding and mental health education may avoid major disasters in people's lives and would be cost effective in the long run. The use of the media to reach people (to and from patients) and expose them to unfamiliar subjects that have not been taught in schools or at home is a responsibility of mental health workers and this is how this author feels she has delivered and is still continuing to promote mental health.

Future plans and aspirations

It is the hope of this author that the work done be continued, that other people

would adopt the faith in psychotherapeutic interventions and never to give up. Instead to hang on to the hope that things can get better; and to educate and instruct people about the power of introspection and the capacity to change and to hope for change even if the situation continues to be difficult and looking hopeless. Sometimes a great deal of effort has to be done to keep people from deteriorating or to slow down the deterioration but sometimes, and maybe often, the interventions can be successful and people can start again and build a creative existence despite the trauma.

Through the effort that was done in the West Bank by the author and others who pursued such venues of service for the community, a great deal of pain was contained and many lives saved. Though the effort may be a drop in the bucket with the needs that communities in war zones may find themselves in, it is still a role model for people to hang on to hope and offer an authentic effort to heal the pain rather than to become desperate and hopeless in their attempt to project their pain. As long as people hang on to life then change can happen and better days can be experienced whereas if people give up hope, give in to the death instinct then there is no return.

The aspiration of this work is to encourage others to open centers of psychotherapeutic services, clinical consultations, training others in mental health services, take care of special education therapy needs for children and do research in the field of mental health. The presence of such centers can be a symbol of hope and introspection so that humanity does not continue to think that pain can be projected onto others and that if one really wants to pursue their well-being they have to think of the well-being of others.

Our center hopes to expand, develop a satellite clinic to serve other areas, to develop a safe intensive residential intervention service center for children who otherwise would not have a chance at getting this opportunity at introspection and growth.

The continued effort to speak about the subject in public doesn't go unheard and people can sometimes maintain for long periods just by a mere word of hope that they may have grasped from a radio or TV interview, from a newspaper or magazine clip, from a lecture or a consultation.

Traumainterventionen

Walter Funk (München)

Der Kampf der palästinensischen Flüchtlinge in den vergangenen Jahrzehnten hatte verschiedene Formen und die psychologischen Auswirkungen zeigten

sich in unterschiedlichen Bereichen. In der vorliegenden Arbeit werden klinische Erfahrungen, die über 30 Jahre auf diesem Gebiet gesammelt wurden, präsentiert und diskutiert. Die Autorin möchte Bemühungen zeigen, die sich auf die Arbeit auf individueller Ebene beziehen, sowie Massentrainingsprogramme in Zeitungen und Magazinen, Fernsehsendungen und die Einrichtung von Servicezentren, die Anlaufstellen sind und Containerfunktionen bei Traumatisierungen und psychische Krisen übernehmen. Das multiprofessionelle Team wurde den Bedürfnissen der Bevölkerung entsprechend zusammengestellt. Fallvorstellungen und Gruppeninterventionen werden im Anhang geschildert. Das Ziel des Vortrages ist es, Lösungsmöglichkeiten und Konzepte zur psychotherapeutischen Intervention aufzuzeigen, die nützlich für die palästinensische Bevölkerung sind, und für andere Gruppen, die unter ähnlich traumatisierenden Bedingungen leben.

References

Freud, S. (1993): *The interpretation of dreams*. USA: Basic Books.

Mason, A. (1983): *The suffocating super-ego*. In: J. Grotstein (ed): *Dare I disturb the universe*. USA: Caesura Press.

For complete literature information contact the author.

Viveca Hazboun, M.D.; founder and Chief Executive Director of the Guidance and Training Center for the Child and Family; American Board Certified Adult and Child Psychiatrist; working in Bethlehem (Palestinian authority).

Autor's contact

Viveca Hazboun, M.D. • Guidance and Training Center for the Child and Family • P.O. Box 51399 • Jerusalem, Israel

Hippocampal Volume in Posttraumatic Stress Disorder

Aida Sarac-Hadžihalilovic, Faruk Dilberovic, Abdulah Kucukalic (Sarajevo)

This study is determining the hippocampal formation volume showing that extreme stress is linked to structural changes of the hippocampal part of the brain, which plays an important role in learning and memory. We used a prospective study of 30 MRI scans of patients with PTSD as well as a control group of 30 MRI scans of a healthy population without PTSD. All participants were war veterans of the Bosnian army. Persons with PTSD diagnosis show a decrease of volume at the hippocampal formation. Greater expose to stress factors of left the hemisphere. Age does not influence volume decrease at hippocampal formation at a PTSD group.

Keywords: trauma, war veterans, MRI

Introduction

The main subjects of our study are war veterans, under the influence of war sufferings. They experienced behavioural changes with psychological distress. The material base for those problems is changes in the brains structure responsible for memory processes (hippocampal formation). We were able to identify those changes through modern investigation methods (imaging technique). Obtained results were via act and via fact and only a drop in the ocean that tell us about war consequences affecting Bosnian people.

Therefore, this study will attribute to the current up to date studies questioning connection between PTSD and cognitive disorder. PTSD can be related to deterioration in cognitive functioning. However, this deterioration can also come as a result of a few different levels, hiding the real nature of this relation. Trying to find a connection between hippocampal volume and memory deficit in patients with PTSD has been the way forward for the last 10 years. Finding out about this connection will result in better understanding of functional relation between limbic system and PTSD.

The study was conducted at the Institute for Anatomy (Medical Faculty Sarajevo), Institute for Radiology and Psychiatry Clinic (Clinical Centre of Sarajevo University) with a help of Centre for Mental Health (Public Health Care Centres Sarajevo district), Public Communal company RAD, Klas Ltd., and Ministry of Internal Affairs' General Practice Sarajevo.

The latest findings about functioning of hippocampal formation are based on consolidation of long term memory from short term memory. Those findings

are leading towards identification of cognitive capabilities in patients with PTSP. From one side we used neuropsychological tests, and from the other, fantastic results were achieved by neuroimaging. Neuroimaging really helped in understanding the pathophysiology of PTSP. This study demonstrated significant neurobiological changes of PTSP.

One of the main targets of this study was identification of limbic structures on the temporal lobe of brain that will pinpoint the size of hippocampal formation. High differentiation between cerebral and cognitive functioning and possible connection between specific brain sub-systems and certain behavioural components is the foundation of neuropsychological reasoning. The main principle in connecting this is the selective damage of capability of one of its components in relation to avoidance of some others. This can be a 'key' in detecting and analysing malfunctioning of certain brains regions. The main goal of this study is to show possibilities of MRI in detecting the size of hippocampal formation and to make a connection to cognitive functioning valuation with a help of neuropsychological tests in patients with PTSP as well as control group without PTSP. Therefore, the aim is to point out that the extreme stress is closely related to structural changes in hippocamp, part of the brain responsible for memory and learning.

Hypothesis

In regards to goals and tasks of this research we make following hypothesis:

- persons with PTSD will show volume downsize of hippocampal formation in compare to persons without PTSD,
- persons with PTSD do not show correlation between age and volume of hippocampal formation.

Material and methods

30 MRI scans of patients with PTSD and 30 MRI scans of healthy participants without PTSD, which are present our control group, were used as a background material for this prospective study.

Working methods are:

- analysis of MRI scans of temporal lobe of the brain,
- measurement of dimensions of hippocampal formation in sagittal projection in two levels at 30 PTSD patients and 30 non PTSD participants,
- measurement of volume of hippocampal formation by geometrical constructions from given dimensions.

MRI scans were obtained using 'Magnet Impact Siemens 1,0 Tesla' in T1 relaxation (TR 500-600 / TE 15 / field of view 180x260, the layer thickness SL 5mm) and T2 relaxation (TR 4000 / TE 90 field of view 188x250 i 173x230, in 5mm layer). Dual sequences are used – PD and T2. In PD TR is 4000, and TE 22. We used head-neck spiral as well as head spiral. For the measurement of hippocampal formation sizes, and their comparison from the right to the left we used a program of that evaluates the distance in MRI from Sarajevo Clinics Centre Institute of Radiology. Volumens are measured on following way: series of sagital MRI have been made with divisions of 5mm at each participant.

From seven separate dimensions, three length (D1, D2, and D3) and four heights (D4, D5, D6, and D7) by geometrical constructions, volumes of four geometrical body's are given by mathematical formulas calotte, two truncated cones and cones for each hippocampal formation. From sum of volumes of these four geometrical body's we got volume of hipocampal formation observed slice. Since we observed hypocampal formation on two levels for each participant left and right, than total volume have been given by summing up volumes of hippocampal formation from both levels especially for right and left side. Also, we made statistical correlation given volumes between PTSD patients and control group without PTSD.

Methods of statistical analysis used in this assignment are:

- percent,
- arithmetic mean,
- standard deviation,
- standard error,
- t-deviations significancy test in median values,
- t-differentiation test,
- chi-square test,
- linear correlation coefficient,
- correlation coefficient significany test.

Diagnostic criteria for PTSD follow patient selection by DSM IV. So, one of the criteria for patients selection is as well how long symptom is. Chronically PTSD is related to out-group. Beside that, subjects will not be included in this study if they through trauma experience head suffered head injurious or operations. Also, subjects with anamnesis of neurological, psychotic illness, drugs and alcohols addicted will not be included in the study. All 60 war veterans are ages from 30-50 years; and with the same education level (elementary and secondary school).

PTSD participants are support group members at Clinical Centre Kosevo, psychiatrically department for PTSD and in cooperation with Centres for Mental Health at Health House of Sarajevo Canton. Participants who do not have PTSD were examined at home office and KRO RAD ambulance and they are persons, which come to ambulance for different reasons (mostly to obtain health confirmation form).

Results

Analyzed volume of the hippocampal formation on MRI scans

The Difference between participants from PTSD and control group, depending on volume of hippocampal formation from the right side, is statistically highly significant. Value of the t-test is $t=4,513$; significany level $p<0.001$.

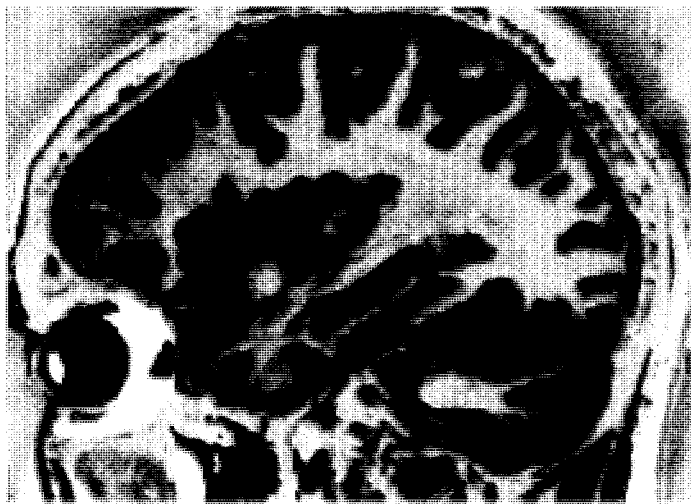


Figure 1: Sagittal slice at the parahippocampal girus and hippocampal formation level (Cranial and spinal magnetic resonance Imaging; an atlas and guide, str 110)

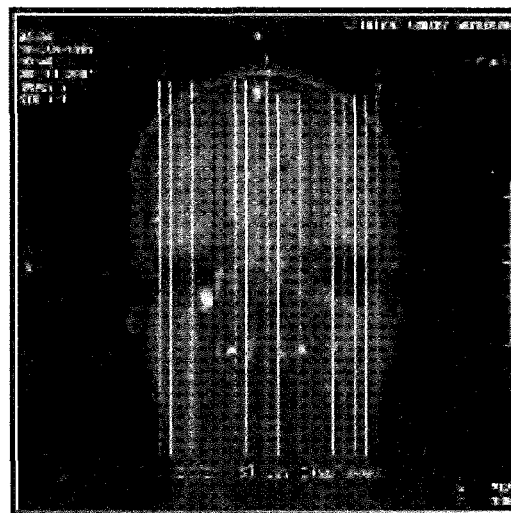


Figure 2: Sagittal MRI scans: the slice at the parahippocampal girus and hippocampal formation level

Same claim stands for the volume of the hippocampal formation from the left side. Value of the t-test is $t = 5,708$; significany level $p < 0,001$.

Arithmetic medium and median are close, inside the same participants group, what means that distribution od the patients is symmetric.

Inside PTSD group difference between volumes of hippocampal formations from the left and right side is significant; while in control group this difference does not exist. Difference between arithmetic mediums, ie. Average differences show a larger reduction in volume of hippocampal formation from the left side with PTSD group, that can be explained with domination of the left hemisphere on the emotional plan and her larger affection to stressful factors.

If we compare the difference between volumes of hippocampal formations of the PTSD and control group for the right side we obtain the data that the same is 32,2% lower with PTSD group and 37, and 7% lower with PTSP group from the left side.

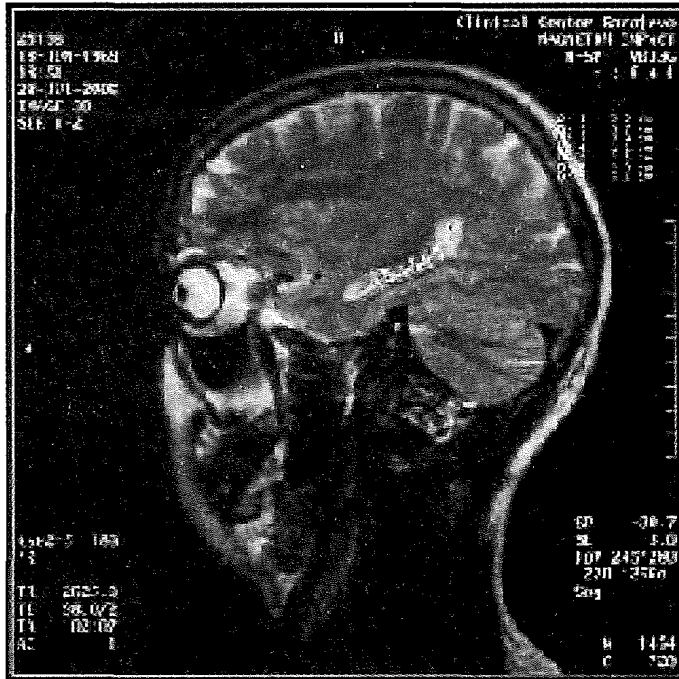


Figure 3: Sagittal MRI scans; dimension of hippocampal formation on the right side; control group level 1

Question is drawn here whether left handed patients influence the significance difference in hippocampal volume formation from right and left side? Answer to this question is obtained with exclusion of left handed patients from the analysis for t-differentiation test.

Result from the t-differentiation test between hippocampal differentiation volumes from the right and left side is as follows:

- For PTSD group: $t = 2.535$; significance level is $p < 0,01$
- For control group: $t = 0,780$; is not significant

According to the above results, conclusions are the same, as well as with the one with lefthanded patients only. So, dominance of the usage of the right or left hand is not the factor that has influenced appearance of the differences in hippocampal formation volumes in right and left side with PTSD group.



Figure 4: Sagittal slice at the hippocampal formation level (cranial and spinal magnetic resonance Imaging- an atlas and guide, str 106)

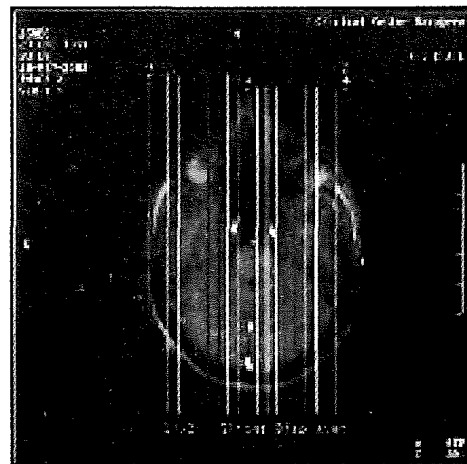


Figure 5: Sagittal MRI scans- the slice at the parahippocampal gyrus and hippocampal formation level

Testing of the significance difference according to average hippocampal formation volume – inside the education level does not show significant differences inside the same participants group.

Hippocampal formation volume		PTSD Group		Control Group	
	[cm ³]	number	%	number	%
right hemisphere	< 1.0	-		-	
	1,00 ... 1,49	4	13,33	2	6,67
	1,50 ... 1,99	13	43,34	4	13,33
	2,00 ... 2,49	10	33,33	8	26,67
	2,50 ... 2,99	3	10,00	4	13,33
	3,00 ... 3,49	-	-	6	20,00
	≥ 3,50	-	-	6	20,00
total		30	100	30	100

left hemisphere	< 1,0	1	3,33	-	-
	1,00 ... 1,49	8	26,67	-	-
	1,50 ... 1,99	14	46,67	8	23,67
	2,00 ... 2,49	4	13,33	7	23,33
	2,50 ... 2,99	3	10,00	4	13,33
	3,00 ... 3,49	-	-	6	20,00
	≥ 3,50	-	-	5	16,67
total		30	100	30	100

Grafic1: distribution of participants according to the volume size of hippocampal formation in PTSD and control group					
Grafic2: distribution of participants according to the volume size of hippocampal formation in PTSD and control group					

Table 1. Distribution of participants according to the volume size of hippocampal formation in PTSD and control group

Correlation is expected to be negative. As patient is older, it is expected that volume is lower. There is no correlation between years of age and hippocampal formation volumes in PTSD group, that means that years of age are not the factor that has influenced reduction of the hippocampal formation volume. It is some other factor that, probably stress that has led up volume reduction.

When control group is in question, there is correlation with years of age, that is natural happening and that is the factor that differentiates these to groups.

hemisphere	right	left	right	Left
Number of participants	30	30	30	30
Arithmetic mean - \bar{x} in cm ³	1,94582	1,71744	2,83017	2,75898
Standard deviation - SD	0,40137	0,44743	0,99538	0,89365
Standard error - S_x	0,07328	0,08169	0,08173	0,16316
Median - Me	1,93779	1,698	2,6335	2,638

Table 2: Average volume of hippocampal formation in participants from PTSD and control group

Average differentiation between left and right side (d)	-0,22838	-0,08258 cm ³
t-differentiation test (t)	3,063 sign.; p < 0,01	0,641 not sign.

Table 3. Differentiation between hippocampal formation volumes from the left and right side

Group of participants	Secondary school	Elementary school	t - test significant differences according to the education level
group – hemisph.			
arithmetic mean - x	1,81195	1,61128	t = 1,242 not sign.
standard deviation – SD	0,46513	0,40100	
standard error – S_x	0,11281	0,11575	
group – hemisph.			
arithmetic mean – x	2,00969	1,88324	t = 0,817 not sign.
standard deviation – SD	0,36815	0,43746	
standard error – S_x	0,08929	0,12628	
group – hemisph.	control – left		
arithmetic mean - x	2,85070	2,45765	t = 1,334 not sign.
standard deviation - SD	0,95103	0,57653	
standard error - S_x	0,19830	0,21790	
group – hemisph.	control – right		
arithmetic mean - x	2,99363	2,29309	t = 3,292 sign. p < 0,05
standard deviation- SD	1,02004	0,67173	
standard error - S_x	0,21269	0,25389	

Table 4. Average hippocampal formation volume of the participants according to the education level

group	control	
	left	right
hemisphere	left	right
linear correlation coeff. (r)	-0,0652	-0,1065
significance of coeff.	not sign.	not sign.
	sign. p < 0,01	sign. p < 0,01

Table 5. Linear correlation coefficient between years of age and hippocampal volume formation

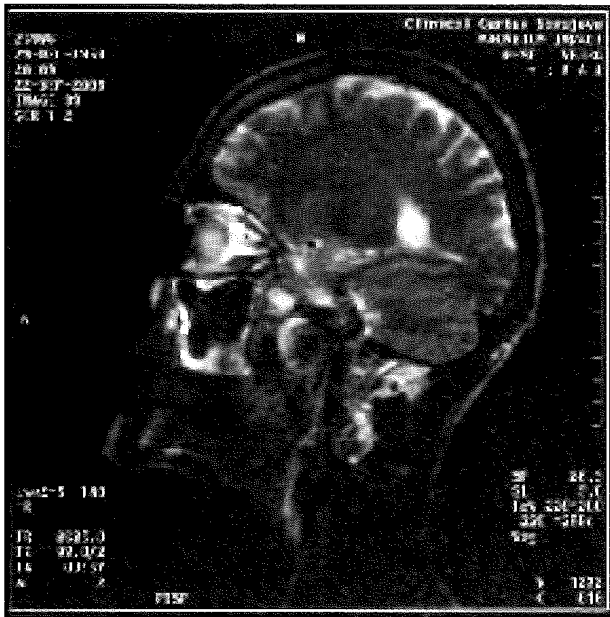


Figure 6: Sagittal MRI scans – dimension of hippocampal formation on left side – PTSD group level 2

Discussion

Structural and functional brain changes on PTSD are subject of research of many authors, especially in few last years. The location of the precise location of the incorrect anatomical function that is the basis of the neurological and psychiatric dysfunctions just recently became the subject of intensive research in this field. In that sense it is important to apply structural and functional techniques of MRI, for future pinpointing of the problems in working with PTSD. Therefore, MRI offers the most sensitive volumetric measurements of hippocampal formation. Structural change of limbic system, in terms of smaller volume of hippocampal formation we notice at other neuropsychiatry disorder (epilepsy, SCH, affective psychosis, depression), but more consistent is on PTSD

Research of HIRAYASU, SHENTON, SALISBURY, DICKEY, FISCHER et al. (1998) with quantitative volumetric analysis proves that patients with SCH – a has smaller volume of the grey matter left amygdale-hippocampal complex according to the control group. DALBY, ELBRO, STODKILDE-JØRGENSEN (1998) researching an asymmetry of the temporal lobes and dyslexia. They measurement right and left temporal lobe. While the most of from normal readers has left asymmetry, most of group with dyslexia symmetry or right asymmetry. In morphological studies of temporal lobe and the related central temporal structures in children's and adolescents from 14 to 18 years of age, which we conducted by GIEDD, VAITUZIS, HAMBURGER et al. (1996), the total volume of temporal lobe was stable, while amygdale increased its volume only in males and hippocampus increased its volume only in females. This example coexists with the distribution of sex hormonal receptors for this structure; amygdale

predominantly hosts androgen receptors while hippocampus predominantly hosts estrogens receptors. PETERSON et al.(2000) prove clearly that MRI, hippocampal formation exactly show structural, functional relations between memory deficit and hippocampal damages around with spectrum of normal aging to dementia. KOENEN, DRIVER, BERMAN et al. (2001) evaluate cognitive shortage at PTSD. Authors guess that many of PTSD symptoms are result of hyperactive limbic structures, which can trough their huge projections in prefrontal cortex cause dysfunction of this system. As a consequence of this we can expect shortages in neuropsychological tests execution.

PITMAN (2001) proves smaller hippocampal volume bilaterally at Vietnam War veterans with PTSD. BREMNER, RANDALL, SCOTT et al. (1995) proves smaller right hippocampal volume at Vietnam war veterans with PTSD. BONNE, BRANDES, GILBOA, GOMORI. (2001) said that smaller hippocampal volume can be risk factor for development of especially chronically and permanent form of PTSD. They pointed out that reliable closeness of neuro-anatomic subjects before traumatic experience can be achieved with MRI brain scans within few days after traumatic experience. PITMAN, SHIN, RAUCH (2001) said that reductions of dendrite length in pyramidal and granule neurons may be response for congenital smaller hippocampal volume. So, hippocamp may be smaller because of the genetic factor or became a smaller because of life traumatic experience. SAPOLSKY (2000) said that hippocampus has abundant quantities of corticosteroid receptors and is a primary target tissue in the brain for glucocorticoid actions. While exposure to basal levels of glucocorticoids is required for normative hippocampal function, sustained exposure to the levels of glucocorticoids generated during stress will replicate the adverse effects of stress detailed in the preceding paragraph. The mechanisms by which glucocorticoids disrupt neurogenesis are poorly understood. Previous experience examining of YEHUDA (2001) about the impact of adrenalectomy and glucocorticoid treatment on cell proliferation and cell death in the rat brain is consistent with Dr. Sapolsky conclusion that both experience and glucocorticoids directly alter the microarchitecture, cell number, and volume of the brain. So, from a scientific perspective, it is certainly possible to find explanations for hippocampal atrophy in PTSD that would be consistent with neuroendocrine data. MCEWEN (2001) said that animal studies using repeated stress have revealed that there are three ways to reduce hippocampal volume by affecting neurons:

- Reductions of dendrite length in pyramidal and granule neurons
- Suppression of dentate gyrus neurogenesis and replacement of granule neurons

- Permanent loss of neurons

GILBERTSON, SHELTON, CISZEWSKI et al. (2002) said that researches on animals gave evidence that exposure to chronic stress can damage hippocampal formation, region well known of her role in declarative memory. This study pointed out on neurotoxin role of corticosteroids, where their large level could cause atrophy and / or disappearing of hippocampal cells

Regarding to our comparable results between these two groups of the participants in connection with analysed *volume* of the hippocampal formation in sagittal projections we can observe on a following way:

- Difference between participants from PTSD and control group, depending on volume of hippocampal formation from the right and left side, is statistically highly significant.
- Arithmetic medium and mediana are close, inside the same participants group, what means that distribution of the patients is symmetric.
- Inside PTSD group difference between volumes of hippocampal formations from the left and right side is significant; while in control group this difference does not exist. Difference between arithmetic mediums, ie. Average differences shows a larger reduction in volume of hippocampal formation from the left side with PTSD group, that can be explained with domination of the left hemisphere on the emotional plan and her larger affection to stressful factors.
- dominancy of the usage of the right or left hand is not the factor that has influenced appearance of the differences in hippocampal formation volumes in right and left side with PTSD group.
- Testing of the significance difference according to average hippocampal formation volume – inside the education level does not show significant differences inside the same participants group.
- Correlation is expected to be negative. As patient is older, it is expected that volume is lower. There is no correlation between years of age and hippocampal formation volumes in PTSD group, that means that years of age are not the factor that has influenced reduction of the hippocampal formation volume. It is some other factor that, probably stress that has led up volume reduction. When control group is in question, there is correlation with years of age, that is natural happening and that is the factor that differentiates these to group.

Conclusion

- Persons with PTSD diagnosis will show hippocampal volume reduction compared to persons without PTSD.

- Higher affection to stressful factors of the left hemisphere that dominates the emotional plan, has conditioned larger reduction in hippocampal formation volume from the left side inside PTSP group.
- Years of age is not the factor that has influenced reduction of the hippocampal formation volume in PTSP group
- The best resolution and differentiation of the hippocampal formation is possible with the help of MRI. MRI-volumetric measurement has their values.
- We suggest the usage of MRI techniques in examining volume of the hippocampal formation that we used, as a tool in the future studies in the sense of shading light on the anatomical functions that underlie neuropsychiatry dysfunctions.
- We are free to suggest the performance of the continuous, longitudinal, MRI studies with aim of as better as possible lightening of the changes on the brain structures that is responsible for memory processes (hippocampal formation), that is possible to quantify thanks to the modern scanning methods (image technique).

Hippocampusvolumen bei posttraumatischen Belastungsstörungen

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist es darzustellen, wie extreme Stresserfahrungen zu strukturellen Veränderungen der Hippocampusformation, die eine wichtige Rolle für Gedächtnis und Lernen hat, führen. In einer prospektiven Studie wurde das Volumen des Hippocampus bei 30 Patienten mit posttraumatischen Belastungsstörungen und einer ebenso großen Kontrollgruppe mittels Magnetresonanztomografie bestimmt. Als Ergebnis fand sich eine Verringerung des Hippocampusvolumens bei den Patienten mit posttraumatischer Belastungsstörung, wobei die Volumenabbahme bei der linken Hippocampushemisphäre ausgeprägter als rechtsseitig war. Das Alter spielte bei der Volumenabnahme keine Rolle.

References

- Bonne, O.; Brandes, D.; Gilboa, A.; Gormi, J. (2001): Longitudinal MRI study of hippocampal volume in trauma survivors with PTSP, *Am J Psychiatry* 2001; 158: 1248 – 1251.
- Bremner, J. D.; Randall, P.; Scott, T. M.; Bronen, R. A.; Seibyl, J. P. et al. (1995): MRI-based measurement of hippocampal volume in patients with combat-related posttraumatic stress disorder. *Am. J. Psychiatry* 152 (7):973 – 81.
- Dalby, M. A.; Elbro, C.; Stodkilde-Jørgensen, H. (1998): Temporal lobe asymmetry and dyslexia: an in vivo study using MRI. *Brain & Language* 62(1):51-69.

- Giedd, J. N.; Vaituzis, A. C.; Hamburger, S. D.; Lange, N.; Rajapakse, J. C. et al. (1996): Quantitative MRI of the lobe, amygdala and hippocampus in normal human development: ages 4-18 years. *Journal of Comparative Neurology* 336 (2) : 223-230.
- Gilbertson, M. W.; Shelton, M. E.; Ciszewski, A.; Kasai, K.; Lasko et al. (2002): Smaller hippocampal volume predicts pathologic vulnerability to psychological trauma. *Nat. Neurosci.* 5(11):1242-1247.
- Hirayasu, Y.; Shenton, M. E.; Salisbury, D. F.; Dickey, C. C.; Fischer, I. A. et al. (1998): Lower left temporal lobe MRI volumes in patients with first episode schizophrenia compared with psychotic patients with first episode affective disorder and normal subjects. *American Journal of Psychiatry* 155(10):1384-1391.
- Koenen, K.; Driver, K. L.; Berman, O., Wolfe, M.; Folsom, S.; Huang, M. T.; Schlesinger, L. (2001): Measure of prefrontal system dysfunction in posttraumatic stress disorder. *Brain and Cognition* 45(1):64-78.
- McEwen, B. S. (2001): Commentary on PTSD Discussion. *Hippocampus* 11:82 – 84, .
- Petersen, R. C. et al. (2000): Memory and MRI-based hippocampal volumes in aging and AD. *Neurology* 54:581-587.
- Pitman, R. K. (2001): Hippocampal diminution in PTSD: more (or less?) than meets the eye. *Hippocampus* 11:73-74.
- Pitman, R. K.; Shin, L. M.; Rauch, S. L. (2001): Investigating the pathogenesis of posttraumatic stress disorder with neuroimaging. *J. Clin. Psychiatry.* 62(Suppl. 17):47-54.
- Sapolsky, R. M. (2000): Glucocorticoids and hippocampal atrophy in neuropsychiatric disorders. *Arch. Gen. Psychiatry.* 57(10):925-935.
- Yehuda, R. (2001): Are Glucocorticoid Responsible For Putative Hippocampal Damage in PTSD? How and when decide. *Hippocampus* 11:85-89.
- For complete literature information contact the author.

Author's address

Aida Sarac-Hadžihalilovic, PhD, MD • Dept. of Anatomy • School of Medicine • Univ. of Sarajevo • Cekalusa 90 • Sarajevo, Bosnia and Herzegovina • Tel: x387-61-167 174 • Fax x387-33-200 671 • e-mail: aida024@bih.net.ba

Implementierung einer Kurzzeitpsychotherapieeinheit in das Therapiekonzept der Dynamisch Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige

Nataly Hoffmann, Renate Fischer, Walter Funk (München)

Short term psychotherapeutic concepts have increased their significance for the inpatient as well as for the out patient therapy in the past years. In literature you find a variety of detailed, partly depth psychologically orientated treatment concepts.

Keywords: short term psychotherapy, inpatient, milieuthrapy, focus, group activities

Kurzzeitpsychotherapeutische Konzepte haben in den vergangenen Jahren an Bedeutung gewonnen. Dies gilt sowohl für den stationären als auch für den ambulanten Bereich. In der Literatur finden sich eine Vielzahl von zum Teil ausführlichen Darstellungen analytisch-tiefenpsychologisch orientierter Behandlungskonzepte. Neben den Pionierarbeiten von S. FREUD, S. FERENCZI und O. RANK (1925) sowie F. ALEXANDER und T. M. FRENCH (1945) finden sich zahlreiche weitere Ansätze auf triebdynamischer Grundlage, verbunden mit den Namen M. BALINT (1973), D. MALAN (1976), P. SIFNEOS (1979), H. DAVANLOO (1978) und J. MANN (1973). Da ein Großteil der Patienten, die unsere Klinik in Anspruch nehmen, auf einem mittleren bis niederen Struktur-niveau (nach OPD) einzuordnen ist, können diese Ansätze, da sie ein hohes psychisches Funktionsniveau voraussetzen, wenig zum Kurzzeitbehandlungskonzept in unserer Klinik beitragen. Geeigneter erscheinen hier Konzepte auf dem Hintergrund der Objektbeziehungstheorie und interpersonellen Psychologie, verbunden mit den Namen L. LUBORSKY (Core Relation Conflictual Theme, 1984), H. STRUPP und J. BINDER (Time Limited Dynamic Psychotherapy, 1984) sowie J. WEISS und J. SAMPSON (Control Mastery Theory, 1986).

Das Konzept und seine Entwicklung.

Seit Bestehen der Dynamisch Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige werden Patienten dort stationär, kurzzeittherapeutisch behandelt. Allerdings war die Kurzzeittherapie zunächst nicht im Sinne einer selbstständigen, therapeutischen Einheit institutionalisiert.

Klinikinterne, sowie externe Gründe führten Ende der 1990 er Jahre zu ersten

Überlegungen, einen eigenen Bereich für die stationäre Kurzzeittherapie einzuführen. Ein erstes, umfassendes Konzept einer stationären, dynamisch psychiatrischen Kurzzeittherapie wurde 2001 formuliert. Darin wurde deutlich gemacht, dass auch die Kurzzeittherapie das Gesamtkonzept der Klinik Menter-schwaige widerspiegeln muss. Das heißt; die Kurzzeittherapie muss analytisch-tiefenpsychologisch begründet und gruppenspezifisch ausgerichtet sein.

Daher wurde die milieutheraeutische Arbeit auch für das Kurzzeittherapie-konzept in den Mittelpunkt gestellt, neben Gruppentherapie, Einzeltherapie und nonverbalen Therapien.

Ein spezifisch dynamisch psychiatrisches Element liegt in der Betonung der Arbeit mit Gruppen und deren Gruppendynamik im Rahmen des gesamtthera-peutischen Feldes der Klinik.

Um die Indikation für die Aufnahme in die Kurzzeittherapie stellen zu kön-nen, wurde ein Katalog zusammengestellt, in dem die häufigsten Indikationen beschrieben werden. Darin wurden unterschiedliche Strukturierungsgrade und Schwere der Erkrankungen berücksichtigt. Aufnahmeindikationen können z. B. akute Belastungsreaktionen, akute Destabilisierung im Rahmen einer ambulan-ten Therapie, posttraumatische Krisen, aber auch stationäre Abklärung von Therapienotwendigkeit und Motivation sowie diagnostische Klärung sein.

Auf Grund der zeitlichen und thematischen Begrenztheit der Therapie ist ein antiregressives Vorgehen notwendig. Dieses ist gekennzeichnet durch eine Fokussierung auf die Situation im Hier und Jetzt des gesamten therapeutischen Settings. Im Herbst 2005 führten wir die Kurzzeittherapie als eigenständige Therapieeinheit in die Klinik Menter-schwaige ein. Die verschiedenen Aspekte der Kurzzeittherapie werden im Folgenden beschrieben.

Beschreibung der Wochenstruktur der Kurzzeitpatienten

Kurzzeitpatienten sind in einer projektzentrierten Milieugruppe zusammenge-fasst. Jeden Vormittag arbeiten die Patienten gemeinsam an einem Projekt und lernen sich über dieses dritte Objekt in ihren Stärken und Problemen kennen, erleben sich und die anderen und knüpfen Kontakt untereinander.

Für Projekte wird angestrebt, dass es zeitlich begrenzte, in ihrem Ende über-schaubare Aufgaben sind, deren Abschluss die Patienten möglichst trotz kurzer Aufenthaltsdauer erleben können. Als Beispiele können genannt werden:

- Anpflanzen eines Gemüse- und Blumenbeets (mit weiterer Betreuung im Sinne von Bewässerung, Unkrautbeseitigung, Schädlingsbekämpfung, Verarbeitung der Ernte),
- Bauen eines Mosaiktisches für den Gruppenraum, Fertigen eines Türschil-

des mit dem Gruppennamen,

- Abreißen einer wasserundichten Bebauung, Reinigen eines Biotops,
- Anbringen von Rankhilfen, Betreuen der Patientenbibliothek.

Der Projektverlauf wird in möglichst klare Wochen-Teilziele gegliedert, deren Erreichung am Ende der Woche überprüft wird. Die Kurzzeitgruppe fühlt sich in den Gutwetterzeiten für den Garten und Außenbereich der Klinik zuständig, in kalten Tagen werden kurze Innenprojekte gesucht.

Die Patienten werden in ihrer Suche nach Projekten durch Anregungen der Gruppenleitung unterstützt, da nicht zu viel Zeit für die Suche verstreichen soll. Am Anfang und Ende einer Woche finden gruppenspezifische Sitzungen statt, die die zwischenmenschlichen Kontakte, Bedürfnisse, Gefühle, Wahrnehmungen zum Thema haben. Hier erfolgt auch die offizielle Aufnahme und der Abschied der Gruppenmitglieder.

In der Bearbeitung der Kontaktthemen wird versucht einerseits auf die Ressourcen und Fähigkeiten der Patienten zu fokussieren und ihre positiven Anknüpfungspunkte zueinander und zur Welt zu stärken, andererseits inszenierte Wiederholungsdynamiken wiedergutmachend aufzugreifen. Am Wochenanfang findet eine Wochenplanungsrunde statt, in der jeder Patient benennt, was für individuelle Ziele und Aufgaben in dieser Woche für ihn anstehen, wo er evtl. Schwierigkeiten in der Bewältigung sieht und welche Unterstützung er dazu braucht. Dies können z. B. Behördengänge, Regelung ambulanter Strukturelemente (Wohnung, Arbeit, Therapieplatz) sein. An dieser Sitzung nimmt auch der für die Gruppe zuständige Sozialarbeiter teil und vergibt bei Bedarf auch kurzfristig Termine.

In der Wochenmitte findet eine Gruppensitzung statt, die von dem zuständigen Oberarzt und Sozialarbeiter durchgeführt wird. In dieser Sitzung geht es zentral um die Überprüfung des Therapieverlaufes im Hinblick auf die Therapieziele die zu Beginn der Behandlung formuliert wurden. Das Kurzzeittherapie-Team hat eine eigene Supervision, die einmal wöchentlich stattfindet.

Zu Besonderheiten der Kurzzeit-Milieuthherapie

Die Untergruppe der Kurzzeitpatienten war lange Zeit als Untergruppe in eine langlaufende Standardgruppe integriert, bis sie im September 2005 als eigenständige Gruppe startete. Da die Klinik Mengerschwaike ein Akutkrankenhaus ist, handelt es sich im Gegensatz zu den meisten in der Literatur beschriebenen geschlossenen Kurzzeitgruppen mit gemeinsamem Therapiebeginn und -ende hier um eine offene Gruppe, bei der die Zusammensetzung der Mitglieder häufig wechselt. Es ist keine Eignungszusammensetzung der Gruppe, sondern eine

jeweils wechselnde Zufallszusammensetzung der Mitglieder mit verschiedenen ich-strukturellen Niveaus.

Eine Gruppe startete mit einem Projekt der Bearbeitung des Blumen- und Gemüsebeets der Klinik und begann mit dem Einkauf eigener Werkzeuge, einer Kaffeemaschine und eines Wasserkochers. Sie wählte sich den Namen 'Orion', nach dem Sternbild, das einen wilden (zielorientierten) Jäger verkörpert, aber auch einen neuen Stern, der am Klinikfirmament glänzen sollte, sowie als Sinnbild des Wunsches, dass jedes Mitglied der Gruppe wieder ins Leuchten kommen sollte, darstellt.

Im längerlaufenden Prozess der Gruppe zeigte sich, dass die stark fluktuierende Teilnehmerzahl eine besondere Herausforderung für die Milieuthérapeuten darstellte, die sich in besonders intensivem Maße aktiv immer wieder um die Integration der Mitglieder und das Stärken der Gruppengrenzen bemühen mussten, auch viel öfter Erklärungen über den Sinn und das Ziel der Gruppe einfließen lassen mussten. Die Gruppe muss schnell handlungs- und arbeitsfähig sein, da die Gruppenkohäsion sich bei gut laufender Projektarbeit erhöht. Dies bedeutete auch ein aktives Vorschlagen von konkreten Handlungsaufgaben durch die Therapeuten. Dem Unbewussten, d. h. der unbewussten Bedeutung der Projekte und der ausführlichere Suchprozess der Gruppe nach einem gewünschten und geeigneten Handlungsziel kann in dieser Gruppe wenig Raum gegeben werden. Gemeinschaftsaktivitäten in der Gruppe sind von erhöhter Wichtigkeit, wie das Fördern von Ausflügen und von gemeinsamem Kochen oder Einkaufen etc.

Festzustellen war, dass die zeitweise auftretende geringe Gruppengröße den Patienten mehr Angst machte, da der Kontakt untereinander viel dichter und direkter wurde, es weniger Möglichkeiten gab, auszuweichen oder sich zu verstecken und jede Person für die anderen sehr wichtig war. Die Zeitlimitierung stellte an die Patienten hohe Anforderungen in Hinblick auf ein schnelleres sich öffnen füreinander, einlassen aufeinander und sich wieder trennen und verabschieden. 'Wie tief also lasse ich mich auf die Menschen ein, wenn ich eh bald wieder gehe und wie aktiv lasse ich mich auf Projektarbeit ein, wenn ich wenig Nutzen davon habe?' Es war ein Einüben im Sich-begegnen, etwas gemeinsam erleben und wieder loslassen.

Die wechselnde Tragfähigkeit der Gruppe musste durch verstärkten Einsatz von Seiten des Teams ausgeglichen werden, da alle Gruppenmitglieder aus krisenhaften Lebenssituationen kamen und daher zunächst wenig Ressourcen zur Verfügung hatten und aktiviert waren. Die erhöhte Strukturierung sollte helfen, die Destabilisierung aufzufangen. Die Integrations- und Tragkraft der Gruppe reichte mitunter nicht aus und musste durch verstärkten Einsatz des

Teams ausgeglichen werden. Ein erhöhtes Angebot an ressourcenorientierten, stabilisierenden Aktivitäten sollte dazu beitragen.

Eine geringere Gruppengröße wird unterschiedlich empfunden, gruppen-ängstliche Mitglieder finden eine kleine Gruppe besser, da jeder zu Wort kommt und gesehen wird und der gruppenspezifischen Gefahr des Untergehens durch äußere Struktur entgegengesteuert wird. Die unbewusste Gruppendynamik des Einzelnen wird dadurch auch weniger intensiv inszenierbar und abgemildert. Sich andeutende gruppenspezifische Wiederholungsphänomene werden als Problem benannt, die Wiederholung und Widerspiegelung durch Benennen abgegrenzt, d. h. es wird abgrenzungsstärkend gearbeitet. Auch das stark strukturierende, zielorientierte Wochenplanungsangebot wird häufig als unterstützend erlebt.

Insgesamt ist die Arbeit mit den Kurzzeitpatienten auf Ressourcenorientierung hin ausgerichtet, das Stärken der Bewältigungskompetenzen sowie die konkrete Unterstützung beim Erreichen von Zielen.

Zu nonverbalen Therapieangeboten

Unabhängig von ihrer Aufenthaltsdauer können die Patienten an Mal-, Tanz- und Musiktherapie, sowie körperorientierten Bewegungsgruppen teilnehmen und finden darin ein Integrationsfeld mit den Langzeitpatienten der Klinik, ebenso nehmen sie an der Großgruppe aller Patienten und Mitarbeiter teil und sind so in das therapeutische Gesamtfeld eingebunden.

Nur in Ausnahmefällen wird die Teilnahme an Reit- und Theatertherapie ermöglicht, da diese Therapien speziell für längere Entwicklungsprozesse indiziert sind.

Zur Gruppentherapie

Bei bislang 6-wöchiger Aufenthaltsdauer ist auch die Teilnahme an einer Gruppentherapie vorgesehen. Die Kurzzeitpatienten stellen bisher eine Untergruppe in einer Gruppentherapie zusammen mit Langzeitpatienten dar. An einem spezifischen Konzept von Gruppentherapie speziell nur für Kurzzeitpatienten wird derzeit noch gearbeitet.

Zur Integration von Kurzzeittherapie in das Gesamtkonzept der Klinik

Von der Gesamtdynamik her sind wechselseitige Eifersuchtsphänomene zwischen Kurzzeit- und Langzeitpatienten feststellbar. Die Kurzzeitpatienten

blicken neidvoll auf die Länge der Therapiezeit der Standardpatienten, jene wiederum erleben die kleinere Gruppe mit ihren Extrasitzungen als 'Very-Important-Persons-Gruppe'.

Im Team zeigen sich die Widerstände vor Veränderung und Spezialisierung sowie Eifersucht in Leugnungsprozessen; es erwies sich als auffallend schwer, die Kurzzeitarbeit in der Kontrollgruppe des Teams fortlaufend zu verankern.

The Implementation of a Therapeutical Short Term Unit into the Concept of the Dynamic Psychiatric Hospital Mengerschwaike

Short term psychotherapeutic concepts have increased their significance for the inpatient as well as for the out patient therapy in the past years. In literature you find a variety of detailed, partly depth psychologically orientated treatment concepts.

The matter of concern of this lecture is to describe the concept of a short term therapy and its introduction into the established therapeutic field of the Dynamic Psychiatric Hospital Mengerschwaike.

Fehlende Literatur ist beim Autor zu erfragen.

Author's address

Nataly Hoffmann • Kellerstr. 14 • 81667 München

Kreative Schritte aus dem Trauma

Ein Fallbeispiel aus der Maltherapie der Klinik Mengerschwaige

Georg Kress (München)

Based on Günter AMMON's concept of creativity, defined as a potential every person is already endowed with as a child, the author outlines how art therapy at the hospital Mengerschwaige is especially suitable for early childhood disorders of the ego. Through visual expression and the 'social energy' of the group the patient will be able to analyse and overcome his/her traumata in the process of identity development. The case study with 20 paintings by a female patient demonstrates how the process of creative development proceeds in distinct phases observable through the change of a patient's visual language. The theoretical model of this process 'matrix of creative development' previously presented in several papers by the author and others (1987-2004).

Keywords: creativity, development, visual language, art therapy, particles

Die Maltherapie ist ein wesentlicher Bestandteil des integrierten Behandlungskonzepts der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige.

Als ein überwiegend nonverbales therapeutisches Verfahren, das sich visueller Ausdrucksmittel bedient, ist sie in besonderem Maße zur Behandlung von Patienten mit frühen Ich-Störungen und entsprechenden Traumatisierungen geeignet, da durch die bildliche Darstellung pathogene Beziehungserfahrungen fassbar werden, die in der frühesten Kindheit, vor dem Erwerb der sprachlichen Symbolisierungsfähigkeit, gemacht wurden. Die Auseinandersetzung mit dem biographisch erfahrenen Leid und den Verletzungen der Patienten, die Auseinandersetzung mit den destruktiven und defizitären Anteilen ihrer Humanstruktur und deren Integration im Sinne der nachholenden Ich-Entwicklung, sind aber nur ein Teil der Arbeit in der Maltherapie.

Das spezifische Anliegen der Maltherapie in der Dynamischen Psychiatrie besteht in der Arbeit mit den konstruktiv entwickelten, gesunden Persönlichkeitsanteilen eines Patienten. Die ursprüngliche Kreativität und künstlerische Gestaltungskraft, die jeder Mensch als Kind besitzt und die nur allzu oft durch soziale Konventionen, Anpassung und individuelles Leid verschüttet werden, wieder zum Vorschein zu bringen und weiterzuentwickeln, ist eine zentrale Aufgabe der Maltherapie.

Diese Auffassung, der zufolge die in der Maltherapie entstandenen Bilder nicht nur Abbildungen individueller Leidens- und Genesungsprozesse sind, sondern darüber hinaus auch Kunstwerke im eigenen Recht, spiegelt sich in

zahlreichen Ausstellungen wieder, die von den Mitgliedern der Maltherapiegruppen der Klinik Mengerschwaige seit 1982 veranstaltet wurden. Theoretische Grundlagen für dieses Verständnis von Maltherapie ist AMMONS Konzeption der Kreativität (AMMON 1981, 1982, 1995) als einer unbewussten zentralen Humanfunktion im Gegensatz zur Alltagsauffassung von Kreativität, die in ihr eine besondere Gabe so genannter 'kreativer Individuen' sieht. So postulierte AMMON Kreativität als ein schöpferisches Potenzial, das grundsätzlich jedem Menschen für seine Entwicklung zur Verfügung steht. In der Maltherapie kann der Patient das Vorhandensein dieses schöpferischen Potenzials in sich direkt erfahren.

Die Erfahrung der eigenen konstruktiven Persönlichkeitsanteile bedeutet auch, der traumatischen Vergangenheit und den damit verbundenen Gefühlen nicht wehrlos ausgeliefert zu sein, sondern ihnen neue Denk- und Lebensmöglichkeiten entgegensetzen zu können. In diesen Erfahrungen ist das eigentlich Heilende der Maltherapie zu sehen. Die Erfahrungen in der Maltherapie haben gezeigt, dass die hier stattfindenden Prozesse der Kreativitätsentwicklung nicht rein zufällig sind, sondern vielmehr einen phasenhaften Verlauf aufweisen, der sich in den Veränderungen der visuellen Sprache eines Patienten, d. h. in seinem Umgang mit Farbe und Form, der Wahl der Bildthemen etc., manifestiert. Diese unterschiedlichen Phasen wurden von KRESS (KRESS et al. 1998) bereits in zahlreichen Veröffentlichungen (KRESS 1987; KRESS, BIHLER 2000; KRESS, BIHLER 2004) und Kongressreferaten in der Form eines theoretischen Prozessmodells 'Matrix der Kreativitätsentfaltung' beschrieben. Die gemalten Bildwerke sind somit auch Dokumente der Entfaltung und Veränderung der visuellen Sprache in der Maltherapie, welche die damit verbundenen Prozesse der Kreativitäts- und Persönlichkeitsentwicklung veranschaulichen.

In der Theorie der emotionalen Kreativität von KRESS sind verschiedene Dimensionen miteinander verbunden und stehen in Wechselwirkung, um die Entwicklung und das Wachstum der Persönlichkeit zu fördern, z. B. die Dimensionen der Zeit (Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft), die Wechselwirkung zwischen innerpsychischer und äußerer Welt, die Verbindung und Kommunikation zwischen Bewusstsein und Unbewusstem etc..

Einer der wesentlichen destruktiven Effekte des psychischen Traumas ist die Tatsache, dass traumatische Erfahrungen diese essenziellen Verbindungen potenziell zerstören können. Durch die in der Maltherapie wirksamen Prozesse von visueller Externalisierung und Internalisierung weist sie viele Ähnlichkeiten mit den frühen Prozessen der Affektspiegelung auf, die entwicklungspsychologisch zum Erwerb der reflexiven Kompetenz führen. In der Maltherapie externalisiert der Patient seine (unbewussten) inneren Zustände in einem mate-

riellen Kunstwerk. In diesem Akt der Kreativität spielt das Bild die Rolle des Spiegels und Containers, so wie die Mutter diese Rolle für ihr Baby erfüllt. Sobald diese frühe Stufe des Selbstbezugs in der Beziehung von Maler und Bild etabliert ist, wird Reflexion darüber mit der Hilfe des Therapeuten und der anderen Patienten in der Maltherapiegruppe möglich. Durch die Konfrontation des Selbst mit seinen externalisierten Anteilen kann es zur Internalisierung kommen und eine reifere Form der innerpsychischen selbstreflexiven Beziehung etabliert werden. In diesem Prozess von Externalisierung und Internalisierung wird es möglich, die in das Kunstwerk projizierten toxischen Inhalte der Psyche zu dekontaminieren und zu verwandeln, ähnlich wie dies Bion für die frühe Mutter-Kind-Beziehung beschrieben hat (BION 1962).

In welcher Weise die Maltherapie in der Praxis gerade für die Behandlung frühkindlicher Traumatisierungen von Nutzen sein kann, soll in der folgenden Fallgeschichte dargestellt werden.

Fallbeispiel

Unsere Patientin, nennen wir sie Frau D., konnte bereits bei ihrem ersten Aufenthalt in der Klinik Menterschwaige in der Maltherapie tief in ihre Kindheit hinabtauchen und, wie sich an der Ikonographie der kindlichen Malerei und Strichführung erkennen lässt, ihre Problematik mit Hilfe ihrer schöpferischen Potenziale in verschiedenen Abstraktionen ans Tageslicht bringen und somit auch lernen, damit umzugehen und sie zu bearbeiten. Ich werde an Hand ihrer Bildwerke, der von Frau D. explizit vergebenen Titelbezeichnungen sowie ihrer Kurzbeschreibungen, ein mögliches kreatives Konzept parallel sich entfalten lassen.

Bild 1: 'Der Gollum'

Frau D. charakterisiert das Bild so: „*Boshafte, gequälte Kreatur, Mitleid*“.

In dem Bild wird deutlich, dass das Phänomen des Mitleids zugleich das Phänomen einer unhaltbaren Angst ist, die in Zusammenhang mit Verarbeitung und Überwindung des Traumas steht. In der ikonographischen Entwicklung kann der Gollum auch als Schutzschild angesehen werden. In dieser visuellen Mitteilung aus der Vergangenheit wird sozusagen ein Stück Zukunft aufgebaut.

Bild 2: 'Selbstportrait'

„*Alle beiden Zähne ausgeschlagen, Brüste abgeschnitten, keine intakte Stelle am Körper, Schmerzen, Selbsthass, Vergewaltigung.*“

Die Entstellung des Ichs wird symbolisiert durch die eingeschlagenen Zähne. Wie eine Todesahnung droht im Vexierbild der Totenkopf: Verletzung und

Vergewaltigung in einem, der ausweglose Schmerz am ganzen bebenden Körper als Echo der Vergewaltigung, gesteigert zum Selbsthass, fast bis zur inneren und äußeren Zerstörung.



Bild 1: Der Gollum

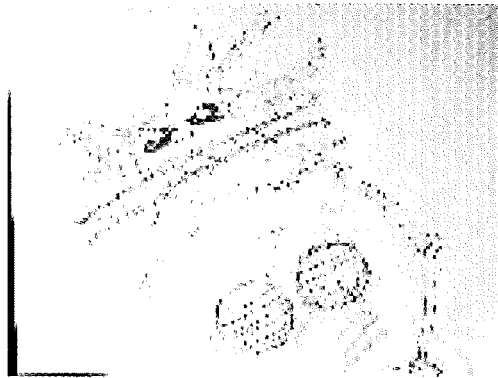


Bild 2: Selbstportrait



Bild 3: Selbstportrait

Bild 3: 'Selbstportrait'

„Geschunden in Gefahr und Lebenswillen.“

Der Tod steckt ihr in den Knochen und steckt auch in den Augen der Geschundenen, ein hilfloser Schrei, der sie auf die Palme bringt. Es gibt keinen Horizont, keine Aussicht auf Zukunft, sie hört und sieht hier nur ihre gemarterte Situation, oder ist die Vergangenheit doch zu überwinden? Zukunft und Vergangenheit werden jetzt bearbeitet, eine Chance taucht auf, sich der zugefügten Schmerzen entledigen zu können.

Bild 4: 'Trauma'

„Jemand kommt in meinem fantasierten Haus in den Garten und würgt mich, bis ich ohnmächtig bin. Ich war circa vier Jahre alt.“

Eine Erinnerung kommt ins Bewusstsein, die für Frau D. so ein Schock war, dass sie sie nur als Albtraum wiedergeben kann. Eine reale Erinnerungsform könnte eine Psychose bedeuten. Die reale Umgebung des Geschehens wird zum Albtraum transformiert und somit ertragbar, sie wird als Metapher eines Fantasiegartens abgegrenzt, was einen ungeheuren Kreativitätsschritt darstellt.

Bild 5: 'Selbstportrait mit Hase'

„Erotik und Sex nur mit mir Selbst.“

Eine schlagende Offenheit, die in diesem Bild zum Ausdruck kommt. Es gelingt ihr bereits in diesem Werk, das sehr gut gezeichnet ist, aber auch schonungslos eine Erkenntnis darstellt, einen Trennungsschritt zu vollziehen. In Betrachtung der Vergangenheit reift der Gedanke: Es war so, aber es darf so nicht

mehr sein. Der kreative Prozess verläuft nicht linear, sondern mäanderartig, ein wichtiges Wesensmerkmal der Kreativität.

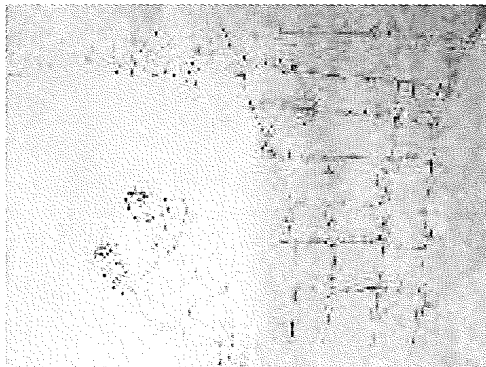


Bild 4: 'Trauma'



Bild 5: 'Selbstportrait mit Hase'

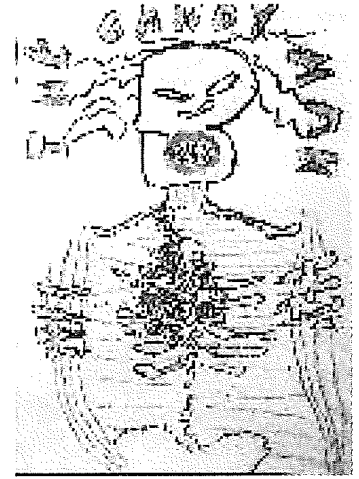


Bild 6: 'The candyman'

Bild 6: 'The candyman'

Laut Frau D. von einer Kurzgeschichte von Elise BARDEN inspiriert. „Mörderisch, verführender Dämon. Wilde Bienen wohnen in seiner Brust.“

Der Gedanke des mörderischen Verführerdämons entspricht der großen Fantasie der Patientin; sie benützt dieses Bild als Ausdruck ihrer inneren Zertrümmerung, aber gleichzeitig auch als Abgrenzung. Das Fantasieprodukt der Autorin BARDEN wird zum Movens ihrer eigenen Fantasie, mit deren Hilfe sie sich von der erschreckenden Wirklichkeit distanzieren kann.

Bild 7: 'Fisch (Nemo)'

„Hund schleudert durch die Luft, kein Halt.“

Ein unheimliches Gefühl der Verlassenheit, des Stigmatisierten, des Ausgegrenzten, ins Endlose Geschleuderten drückt sich hier aus, das Trauma, nicht mehr zu sein, im endlosen Raum zu schweben. Ein kleiner Fisch, der aufgefressen wurde, hat Angst, nicht mehr lebendig herauszukommen. Er will aber ans Licht.

Bild 8: 'Selbstportrait als Teufel'

„Wunschbringer und das Gefühl, lebendig zu sein.“

Aus dem endlosen weißen Raum bricht mit voller Wucht das Schwarz hervor, in dem ein weißes Gesicht mit Hörnern auf uns zukommt. Ein dem eigentlichen Ich aufgepfropftes Ich blickt uns an: Schuldgefühl, das Gefühl des Böseseins. Das vierte Selbstportrait, diesmal als Teufel, spiegelt Selbstbewusstsein wider. Diese Ebene der Wahrnehmung ermöglicht Schritte zu neuem Sein,

wirkt als Motor zu kreativer Veränderung.

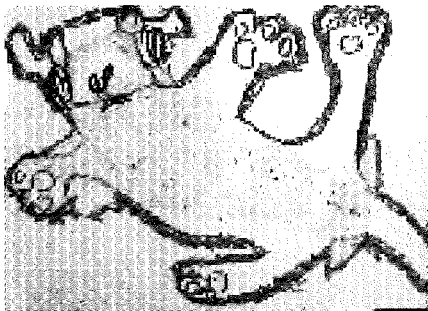


Bild 7: 'Fisch (Nemo)'



Bild 8: 'Selbstportrait als Teufel'



Bild 9: 'Herr A kommt in der Unterhose in mein Zimmer'

Bild 9: 'Herr A kommt in der Unterhose in mein Zimmer'

„Auf dem Bild schlage ich ihn tot, das Ohr ist abgerissen, Zähne, Brille, Hörgerät sind kaputt.“

Für Frau D. ist diese konkrete Begegnung ein furchtbarer Rückschlag, Erinnerungen an schwere Verletzungen und Kränkungen, die sie erlebt hat, brechen wieder auf. Durch das Malen gelingt hier die Auflösung der inneren Panik. Es entwickeln sich Strukturen, die sich in der visuellen Sprache manifestieren: Das Rot symbolisiert die aus der erlebten Vergangenheit hervorgerufene Aggression, deren Auslöser, die Unterhose, den nackten Mann und die Vergewaltigung von damals evozieren.



Bild 10: 'Betrunkener kleiner Drache'

Bild 10: 'Betrunkener kleiner Drache'

„Melancholie, Vertrauen, Einsamkeit und Hingabe.“

Eigentlich ist es in den Farben ein freundliches Bild, doch der Inhalt weist auf Gefahr hin: Die liegende Flasche, aus der rote Flüssigkeit ausläuft, wird als Symbol für Hingabe und Schuld angesehen. In der Atmosphäre des Bildes kann es kein echtes Vertrauen geben,

denn die Wirklichkeit bedeutet Einsamkeit, aus der Melancholie erwächst. Der betrunkene kleine Drache steht hier wiederum für Missbrauch.

Bild 11: 'Joy rises, sorrow falls'

„Der Hase (Joy) greift den Mann (Sorrow) an, großer Wunsch, nicht mehr

zu leiden.“

Wir sehen in diesem Bild ikonographisch denselben Kopf wie in dem bereits besprochenen Bild Nr. 3: Der Tod steckt in den Augen, hier ist der große Wunsch dargestellt, dem Dunkel des Nichtseins zu entfliehen, nicht mehr von all den unangenehmen Situationen geplagt und bedroht zu werden. Der mit Schwarz übermalte Hintergrund lässt Sonne aus dem Dunkel durchscheinen: Das Licht wird zum Hoffnungsträger.

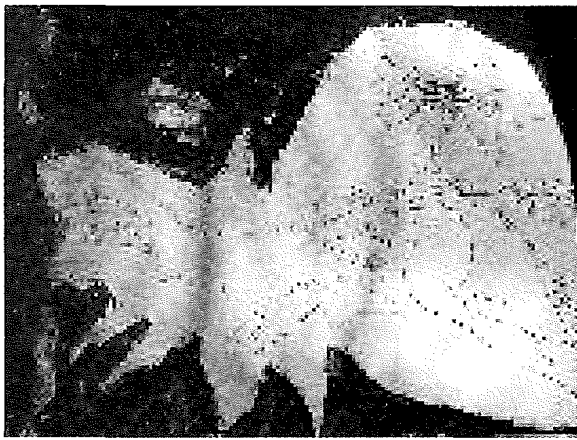


Bild 11: 'Joy rises, sorrow falls'

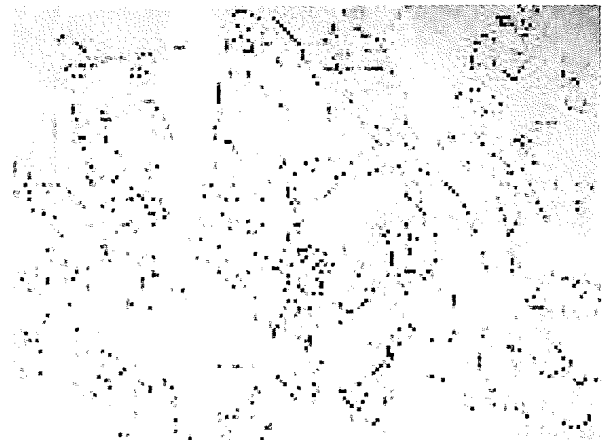


Bild 12: 'Silbe und Streit'

Bild 12: 'Silbe und Streit'

„Wenn man das Blatt wendet, ändern sich die Rollen.“

Im kreativen Prozess ist der Ansatz entscheidend, wie auch in diesem Bildwerk zum Ausdruck kommt: Äußerlich entstehen bei dieser Auseinandersetzung Trümmer, es wird alles zerstört. Doch Frau D. weist ja besonders auf das 'Wenden' hin. Es wird zwar mächtig gestritten und es fliegen die Fetzen, es kann aber im einzelnen geklärt werden, was übrig bleibt, zum Beispiel die Liebe, wie mit den Herzen im Bild angedeutet wird.

Bild 13: 'Ei – Schädel'

„Anfang und Ende enthalten sich gegenseitig.“

Dieses Werk zeigt eine handwerklich, kompositorisch und inhaltlich ausgereifte Verarbeitungsebene. Die Ikonographie der Abstraktion macht deutlich, dass Frau D. in eine bewusste Phase eingetreten ist. Die Abstraktion: Ei, Schädel, Auge, ist ein Akt der Kreativität. Sehen, Gesehenwerden, Selbstbewusstsein haben sich entwickelt. Die Kreativitätspotenziale sind bei jeder Problemlösung anwendbar. Kreativität wird nicht nur von den Schönen Künsten benutzt, sondern kommt bei jedem Einsatz von schöpferischen Potenzialen zum Tragen; Maltherapie arbeitet also mit der Kreativität der visuellen Sprache, wie ja der Mensch ganz allgemein und in vielen Alltagsbelangen seine Kreativität nutzt. So ist zu verstehen, dass bei allen Therapien, die zur Heilung psychisch

Kranker eingesetzt werden können, mit dem zur Verfügung stehenden Kreativitätspotenzial gearbeitet werden kann.

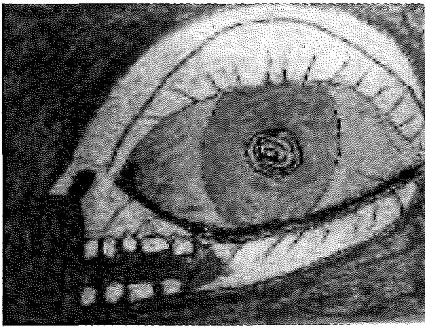


Bild 13: 'Ei - Schädel'

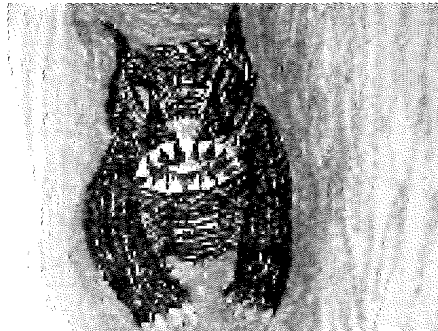


Bild 14: 'Traum'

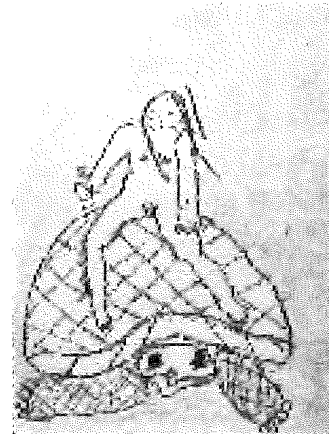


Bild 15: 'Selbstportrait mit Schildkröte'

Bild 14: 'Traum'

„Pittbull, der außer seinen eigenen Zähnen zusätzlich Pappzähne auf sein Maul geklebt hat.“

„Pittbull“ ist jetzt nicht irgendein Traum, sondern bereits ein Instrument, das helfen kann, Probleme zu lösen. Das Bewusstsein steigerte sich bereits beim Malen dieser Komposition. Der Hund ist ein Vorbild an Kraft, Stärke und Selbstsicherheit für die Patientin; er kommt aus einem hellen freundlichen Blau, Symbol für die freudige Aussicht auf eine mögliche helle Zukunft.

Bild 15: 'Selbstportrait mit Schildkröte'

„Entspannt, geschützt auf der Reise, autoerotisch.“

Auch dieses Werk kommt aus der Helligkeit, aus einem Gelb wie Sonnenlicht. Das Licht ist wohl mehr als nur ein Symbol, es ist Energie, die erst das Leben ermöglicht. Für die Patientin bedeutete die Arbeit mit diesen Bildmotiven und das Gelingen dieses Werkes einen wichtigen Schritt in die Zukunft, auch wenn es danach noch schwere Rückschläge in ihrer Therapieentwicklung gab, auch wenn noch Phasen empfundener Aussichtslosigkeit folgten. Frau D. kann sich heute geschützt, entspannt, erotisch spüren.

Bild 16: 'Elefant'

„Auftrag von Mitpatienten, einen Elefanten zu malen.“

Der Elefant in diesem Bild ist eine mächtige Erscheinung. Mit großen Ohren und mit offenen Augen geht er durch die Welt. Die Aufforderung der anderen, einen Elefanten zu malen, machte Frau D. große Freude; sie möchte so gemocht werden, wie der Elefant liebenswert erscheint. Und sie wird so gemocht,

wie es das Bild uns zeigt. Im Bild zeigt sie auch ihren Namen, Zeichen ihres gewachsenen Selbstwertgefühls. Schritt für Schritt kann sie sich mit der Realität anfreunden und in die Zukunft blicken, ohne in Angst zu vergehen.

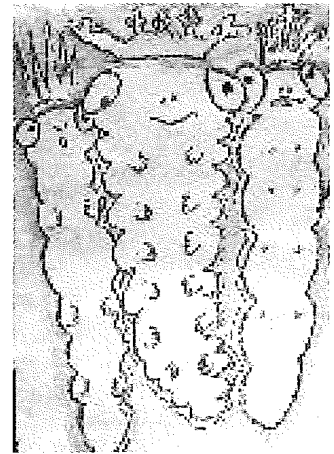
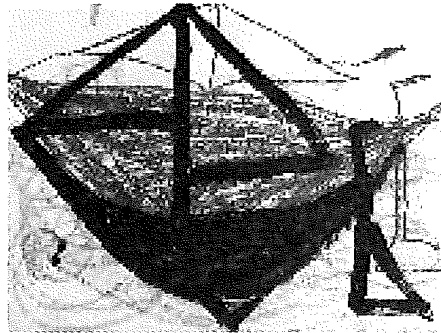
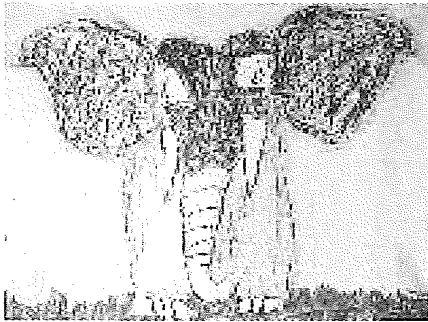


Bild 16: 'Elefant'

Bild 17: 'Segelboot'

Bild 18: 'Metamorphose'

Bild 17: 'Segelboot'

„Wunsch, in die Südsee zu reisen.“

Das Segelboot, das sie aus der Todesangst heraus fährt, macht gleichzeitig deutlich, wie sie sich selbst weiter entwickelt. Das braune Holzboot ist das Symbol für den Wunsch, einfach Urlaub zu machen. Gerade das ist aber schwer, einen Plan selbstbewusst aus sich heraus in Angriff zu nehmen, ein Vorhaben verwirklichen zu können. Leichter ist es zu sagen: Das kann ich nicht. Wir sehen, das „Kann“ lässt sich umdrehen; es kommt immer auf den Ansatz an, zu welchem Ergebnis das „Kann“ führt.

Bild 18: 'Metamorphose'

„Freunde“

Nach der Tragödie der Destruktion, der Angst, der schweren Verletzungen und Kränkungen durch den Missbrauch in ihrer Kindheit setzt Frau D. ihre eigenen kreativen Potenziale jetzt dazu ein, die Verzweiflung ihres verpfuschten Lebens hinter sich zu lassen und aus der Vergangenheit herauszuschreiten. War ihr Schicksal bisher eine traumatische Odyssee, so gewinnt sie jetzt Land und Stabilität. Sie gewinnt, in ihren Worten: *„Freunde, die auch Freude bringen.“*

Bild 19: 'Oktopus'

„Intelligentes Leben im Meer, in der Südsee; ich wollte immer ein Meeresbewohner sein.“

In einer der letzten Filmtherapiesitzungen bei dem Film 'Faust' hat Frau D. sich an ihre Schulzeit erinnert. Damals konnte sie Goethes Faust überhaupt nicht verstehen, während sie nun inhaltliche Zusammenhänge mit ihrem eige-

nen Sinn des Lebens sehen und knüpfen konnte. Gerade die neuerliche Begegnung mit Faust gab ihr jetzt einen Anstoß, mit Hilfe ihrer schöpferischen Potenziale sich selbst als intelligentes Lebewesen wahrnehmen zu können.



Bild 19: 'Oktopus'



Bild 20: 'Orchidee'

Bild 20: 'Orchidee'

„Kolibris, Schlange, Mycel, der Wunsch meine Umgebung selbst zu gestalten.“

Zentral liegt ein dicker Ast quer im unteren Bildraum, darauf steht in der Mitte eine rote Blume mit zahlreichen zarten Blüten. Pflanzen und Tieren bietet der Ast Sicherheit und Stabilität. Das ganze Bild vermittelt den Eindruck eines blühenden und zwitschernden Urwalds. Es stellt die ernsthafte, lebendige und bewusste Vorstellung einer mit Freude zu gestaltenden Zukunft dar. Frau D. wird noch einige schwierige Situationen überwinden müssen, um sich ganz aus ihren tiefen inneren Verletzungen und Kränkungen befreien zu können.

Creative steps out of the trauma – illustrations from art therapy

In Dynamic Psychiatry art therapy is an integral part of the approach to treatment. In the understanding of Dynamic Psychiatry subconscious dynamics and processes play an active role in the formation of mental disorder and illness and as well in the healing process.

This can be demonstrated in art therapy, where patients express themselves through visual language. Through their paintings and drawings patients communicate aspects of their inner world. Changes in the mental health problems they experience can become visible in the patient's art before they are recognized and verbalised by themselves.

Healing as well as steps of regression can be observed over time in art therapy. The use of colours and shapes are indicators, as are the topics chosen by the patients and how patients work on their problems. The evolution of the pa-

tient's visual language over time illustrates the underlying processes of the development of the patient's creativity and personality. A central goal of art therapy to develop one's personality is to bring to light and back to life the original creativity and power of expression in art everyone is already endowed with but which too often is buried by conformance to group social conventions and individual suffering.

The power and depth of the creative energy patients can develop during art therapy can be seen in the quality of their art. Our view that paintings created in art therapy are not only images showing the individual process of suffering and healing but also true works of art in their own right is well supported by nineteen successful public art exhibitions since 1982, with works from members of the art therapy groups at the Hospital Mengerschwaike.

The patient's works of art were for example available for public viewing at the 14th International Congress of the DAP, Travemünde 1982, the 15th Congress of the DAP, Munich 1983, the Art Therapy Congress, Budapest 1995 as well as at the International Congresses of the WADP, Berlin 1999, Munich 2001, Krakau 2005, and St. Petersburg 2007, furthermore in an exhibition in Munich, Grünwald 2007.

In his book 'Der mehrdimensionale Mensch' (1986) Günther AMMON emphasises that

creations of art like paintings, drawings, poems, stories, sculptures, dance, acting or playing music are [...] always to be understood as information communicated by the patient to the analyst, forms of communication from his unconscious, a demonstration of his suffering and his matter of concern signifying the level of his personal development, thus of the therapeutic process and the problem actually in the foreground to be worked on. (p. 155)

The visual language patients use in art therapy is consistent with the full spectrum of fundamental elements of visual language manifest across different cultures and throughout the evolution of mankind. The stylistic language used unconsciously by our artists in their paintings retraces those of a broad range of diverse cultures and key stages in the development of mankind. (compare KRESS, BIHLER 2000). It indicates that as humans we have a rich transcultural treasure where our 'self', our creative potential can weave new experiences, made real in the form of works of art, from fragments of earlier experiences, real and imaginary.

The human creative potential exercised and liberated through the use of visual language by the patient in art therapy is the healing power able to make visible and even overcome many factors causing chronic mental illness.

The importance of group processes as part of the healing process in Dynamic

Psychiatry generally, in Günter AMMON's words, that a person who becomes ill in groups can as well recover in groups, also applies in the context of art therapy as part of an overall dynamic psychiatric treatment approach.

While a large part of any language including any visual language is very heavily dependent in its meaning on the culture from which it derives, clearly distinguishable patterns transcending specific cultures or epochs can be found; patterns originating from the creative potential of each human as an individual and patterns originating from the creative potential that comes into existence when humans interact in groups.

Within this context we would like to refer to AMMON's concept of the 'social energy,' furthermore to the terms of the 'collective unconscious' by C. G. JUNG and the 'morphogenetic field' by R. SHELDRAKE. In his book 'A new science of life, the theory of the morphogenetic field', he points out that morphogenetic fields could be infinite which means that before any of the chemical substances, crystals, animals, and plants existed, even before the planet existed, morphogenetic fields could have been already there in a latent state. (Compare: the creative universe).

The common patterns underlying the creative process in art therapy make the creative process itself as well as the healing process it can induce predictable and in the relevant aspects invariant across culture and levels of individual development and thus a reliable diagnostic and therapeutic tool.

In our research as part of the art therapy we have learned that the process of creative development does not proceed at random but instead in distinct phases observable through the change of a patient's visual language, as already mentioned above.

A theoretical model of this process and its distinct phases, entitled 'matrix of creative development' has previously been presented in numerous publications and lectures by Kress (1987; KRESS, BIHLER 2007). The theory is based on the observation that works of art created by patients as part of their art therapy document their unfolding and changing personal visual language showing the connected processes of personal and creative development.

The creative force which constantly recombines our experiences in our mind is the force of life that allows us to recover from setbacks and experiential or mental cul de sacs.

A similar creative force is at work in groups through group processes and can be similarly harnessed as a healing force. Secrets, undreamt of by us, are hidden in our unconscious. Mysterious fears about transitions and changes in life, interwoven with traumatic experiences of the past are terrifying us.

It is important thus to recognize the extent of our problems and to enable our

creative potential to help us solving them. (KRESS, RICHARZ, THOME 1998) Our neuronal net amazingly recognizes emotions which are the key to percept and experience our reality. We interpret them in accordance with experiences made thousands or perhaps millions of years ago. Fear seems to have an absurd effect: euphoria, gloria alternate with emotion and despair. We are afraid that to look back at the mythos could leave us paralysed and turn us into a 'pillar of salt' (Bible). But we can move, back and forth, to the past, and to the present, the reality. Our creative potential, the creative particles help us to correct our faults and alter mental disorders.

The creative force at both an individual and a group level is like a time machine with which we are able to reproduce the past to create something new. Let us recall PICASSO's words, „I walk and find.“ The time travel takes place in our conscious, the conscious gives us access to imaginations in any direction as well as to the present, our real world in which we live.

The human nature generally uses creativity. Creativity plays an important role in every aspect of our life, not only in art. We all use our creative potential, and in art therapy creativity it is expressed through visual language. So it is understandable that in supporting the healing process of patients with mental disorders therapists always work with the available creative potential.

Before turning to the following case study we should not forget that we also experience a kind of time travel, every time when we gaze back at adventures and experiences of our childhood, work on problems originated in the past and last but not least imagine the shape of our individual future!

That art therapy can be highly suitable for the treatment of patients with traumata of early childhood is demonstrated in the following case study.

Case Report

The patient, member of one of our art therapy groups at the Hospital Menter-schwaige and referred to as Ms. D., could immediately dive deeply into her childhood as we could recognize by the iconography of her childlike paintings and the conduct of her lines or strokes. Her creative potential enabled her to bring her problems to light in various abstractions. She learned to deal with them successively by working on them.

Parallel to the explicit titles and the short descriptions given by Ms. D. to her works of art shown here I would like to unfold a possible creative concept.

Picture 1: 'The Gollum'

Ms. D's characterisation: *"malicious, tormented creature, compassion"*

This picture indicates that the phenomenon of compassion stands at the same time for the phenomenon of an unbearable fear connected with the process of overcoming the trauma. The Gollum can be seen as well as a shield. By this visual message from the past a part of future is created.

Picture 2: 'Selfportrait'

Ms. D.'s description: *"Both teeth knocked out, breasts cut off, no area of the body unharmed, pain, self-hatred, rape."*

The assault of the Ego is symbolized by the knocked out teeth. In the picture the skull threatens as a premonition of death: both, injury and rape in one, the unbearable pain of the trembling body, as an echo of rape, transforming into self-hatred, nearly resulting in the destruction of the inner and outer self.

Picture 3: 'Selfportrait'

"Tormented by menace and the will to live"

Death lurks in the bones and eyes of this tortured person; a cry of helplessness that makes her climbing at the top of a palm (a German expression to be out of control with rage).

With no view of a horizon, no prospect for the future she can only view her situation of torture. But wouldn't there be a path to overcome this past? Future and past are now dealt with, a chance to shed the pain caused to her.

Picture 4: 'Trauma'

"Somebody intrudes the garden of my imagined house and strangles me until I become unconscious. I was about four years old."

Through a recollection, Ms. D. becomes aware of an extremely shocking situation, which she can only retell as a nightmare; to really relive it could trigger psychosis. The real surrounding of the act is transformed in a metaphor, an imagined garden, thus bearable, an enormous step of creativity.

Picture 5: 'Self-portrait with rabbit'

"Erotic and Sex only with myself"

This very well drawn picture represents an astounding openness together with a newly achieved knowledge that enables her to make a first step of separation. In considering the past a thought appears: It happened, but it must not happen again! It is important to notice that the nature of the creative process is to progress meandering, not linear.

Picture 6: 'The candyman'

Inspired by a short story by Elise BARDEN, Ms. D. explains: *"monstrous, terri-*

fyng, seductive demon, in his chest wild bees."

The 'dreadful seducer-demon' corresponds to the great imagination of the patient; she uses this painting at the same time as an expression of her inner fragmentation and as delimitation of it. The product of BARDEN's imagination induces her own and enables her to dissociate herself from a terrifying reality.

Picture 7: 'Fish (Nemo)'

Dog hurled through the air, no hold."

A frightening feeling of desolation, a stigma; an outsider flung into infinity is being expressed here: the trauma to be suspended in the infinite space, not existent anymore.

A small fish, already swallowed down, fears not to come out alive. But it really wants to see the daylight!

Picture 8: 'Self portrait as Devil'

"Bearer of wish and the feeling to be alive."

With full force the black bearing a white face with horns breaks out of an infinite white space. A false self grafted on to the real self looks at us: the sense of guilt, the feeling to be evil. The fourth selfportrait mirrors self-confidence this time as a devil. This level of perception, a driving force in creative change, makes steps to a new existence possible.

Picture 9: 'Mr A. wearing only his underpants bursts into my room'

In this picture I beat him to death; his ear ripped off; his teeth, spectacles, hearing aid broken.

This real encounter is a terrible set back for Ms. D.; memories of severe injuries and insults she went through are recalled.

By painting she manages to dissolve her panic. New Structures are now developing in the visual language: The red symbolizes the experienced aggression in the past and, triggered by the underpants, the naked man, and the rape are evoked.

Picture 10: 'Drunken small dragon'

"Melancholia, confidence, loneliness, between self-neglect and devotion"

At a first glance the picture appears to be innocent and friendly with its colours but the content points to danger: the lying bottle, a red liquid running out of it, is seen as a symbol of guilt and self neglect. In this picture no real confidence can be reached because reality means loneliness producing melancholia. The drunken little dragon symbolizes once more sexual assault.

Picture 11: 'Joy rises, sorrow falls'

"The rabbit (joy) assaults the man (jorrow), a great wish not to suffer anymore!"

The iconography in this picture shows the same skull as in picture 3: death is lurking in the eyes, but here is also the great wish to flee the darkness of being barred from living and not tormented and scared anymore by all those unpleasant situations. The background painted over with black let the sun shine through the dark: the light becomes a bearer of hope.

Picture 12: 'Syllable and Argument'

"Turning the page, the roles are changing."

In a creative process the starting point is essential as it is expressed in this image: During this fight all seems to be destroyed, in ruins. But Ms. D. points especially at the 'turning'. Though a fight 'like mad' is going on, clearly something essential remains e.g. love, indicated by the hearts that appear in the painting.

Picture 13: 'Egg – Skull'

"Beginning and end are part of one another"

This work shows a high level of assimilation in its craft, composition, and carefully elaborated content. The iconography of the abstraction points out that Ms. D. has now entered a phase of consciousness. The abstraction, egg, skull, eye, is an act of creativity. The vision, being seen, the self-confidence are developed. The potentials of creativity can now be used to solve problems.

Creativity is not just at work in Fine Art but plays a role in any action where someone uses his creative potential; art therapy works with the creativity of the visual language as humans use their creativity in everyday life. In this way it is understandable that therapies applied to treat and cure patients with mental disorders can work with the creative potential available.

Picture 14: 'Dream'

"Pitbull, cardboard teeth glued over his mouth additional to its own teeth."

'Pitbull' is now not a kind of dream but already an instrument to help solving problems. The awareness was already increasing during painting this composition. For the patient the dog here acts as a role model for strength, power, and self-esteem; it approaches us out of a light, friendly blue, symbol for the view of a potentially friendly future.

Picture 15: 'Self portrait with Turtle'

"Relaxed, sheltered on a trip, autoerotic"

This work of art as well shines with brightness, a yellow colour like sunlight. This means more than a symbol, it is pure energy essential for creating life. Working with these motives of her drawing and the successful outcome were an important step towards the patient's future, even when heavy setbacks yet occurred later on; phases of deeply felt desperation. But today Ms. D. finds herself sheltered, relaxed, and erotic.

Picture 16: 'Elephant'

"I have to paint an elephant as other patients asked me to do so."

The elephant in this picture has a powerful appearance. With big ears and open eyes he walks through the world. The instruction to paint an elephant fulfils Ms. D. with a lot of joy. She wants to be loved like the amiable elephant; and she is loved as the picture tells us. She even shows her name on it, a sign of her growing self-confidence. Step by step she is now able to befriend herself with the reality to look out for the future, without fear.

Picture 17: 'Sailing Boat'

"A wish to travel to the South Seas."

The sailing boat allowing her to sail out of her agony shows how she develops further. The brown timber boat symbolizes the wish simply to go on holiday. But it is difficult to create and realize a plan in self-confidence; much easier is it to confess: 'I can't do that.' As we see, it is possible to turn the 'can'; it always depends on the starting point to which result the 'can' is leading.

Picture 18: 'Metamorphosis'

"Friends"

Now, after the tragedy of destruction, anxiety, the severe injuries, and pain following the sexual assault in her childhood Ms. D. is able to use her creative potential to overcome the past and the despair over her ruined life to proceed. Had her previous fate been a traumatic odyssey, now at least she can go ashore and gain some stability. She wins, to speak with her own words: "friends who give me joy."

Picture 19: 'Octopus'

"Intelligent life in the sea, in the South Seas; I always wanted to be an inhabitant of the sea, part of the marine fauna."

During one of the latest sessions of the film therapy at the Hospital Menter-schwaige Ms. D. has recalled her schooldays after watching the film 'Faust'. At that time she has had no understanding of the drama by Goethe whereas now she sees some connection between the sense of her own life and the subject content of 'Faust'. With the help of her creative potential this second encounter of the drama stimulated her to appreciate herself as an intelligent being.

Picture 20: 'Orchid'

"Colibris, snake, mycelium, the wish to shape my environment by myself."

Central, across the space of the lower part of this drawing, lays a large branch. In the centre of it grows a plant with plenty of delicate red flowers. The branch provides security and stability to plants and animals. The whole painting provides the impression of a blossoming and chirping jungle and represents an earnest, lively, and conscious imagination of a joyful structured future. It will not be the last time Ms. D. has to master difficult situations to liberate herself entirely from all the profound inner wounds and experienced injuries.

Literatur

- Ammon, G. (1986): Der mehrdimensionale Mensch. München: Pinel.
- Jung, C. G. (1968): Der Mensch und seine Symbole. Olten, Freiburg: Walter.
- Kress, G. (1987): Kreativitätsentfaltung – Entwicklungsschritte des Patienten in der Maltherapie. *Dynam Psychiat* 20:65-82.
- Kress, G.; Bihler, T. (2000): Transkulturelle Aspekte in der Maltherapie. *Dynam Psychiat* 33:257-281.
- (2004): Die Entwicklung der visuellen Sprache. *Dynam Psychiat* 37:207-240.
- (2007): Die Arbeit mit Traumata in der Maltherapie – Ein Fallbericht. *Dynam Psychiat* 40:69-100.
- Kress, G.; Richarz, B.; Thome, A. (1998): Symbiosis and separation in in-patient psychotherapy – case study with paintings. *Dynam Psychiat* 31: 95-108.
- Shelderake, R. (1984): Das schöpferische Universum; S. 20-27, 86-110. München: Meyster.
- For missing literature contact the author.

Georg Kress ist Maler, Bildhauer und Kreativitätstheoretiker; er arbeitet als Kunsttherapeut in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menter-schwaige München.

Autorenadresse

Georg Kress • c/o Klinik Menter-schwaige • Geiseltasteigstr. 203 • 81545 München •
E-Mail: art@georgkress.com

Psychodynamik und Behandlung der Aufmerksamkeits-Defizit-Störung mit Hyperaktivität

Erwin Leßner (München)

This paper shows, in two case studies, how ADHD may be effectively treated taking a psycho-dynamic approach. It will illustrate how ADHD can be seen as a survival mechanism for children who have been cast into a passive, purely reactive role in their family (primary) group. The author will also show how ADHD as a coping mechanism, while severely restricting the natural development of the child's identity, helps preserve its vitality and 'true self'. The treatment approach, successfully applied by the author, focuses on the emphatic understanding of the psychodynamics of the child and integrates the wider circumstances, i.e. the most important groups like family and school.

Keywords: ADHD, psychodynamics, treatment, family-orientated approach, defense mechanism

Der Autor expliziert sein psychodynamisches Verständnis des ADHS als einer Art kindlicher Notwehrreaktion gegen die Zuschreibung einer passiven, gehorchenden Rolle durch die Familiengruppe. Zwar ist auf diese Weise eine eigenständige Identitätsentwicklung des Kindes blockiert, da es in der Abwehr gegen das Überwältigtwerden gebunden bleibt. Es erhält aber die Verbindung zu seinem vitalen Kern – WINNICOTT würde sagen: zu seinem 'wahren Selbst' – aufrecht. Anhand zweier Fallbeispiele gibt der Autor Einblick in seine Methodik des Umgangs mit von ADHS betroffenen Kindern, die auf dem Boden eines empathischen Verständnisses der Psychodynamik die Herstellung von Bedingungen in ihren Lebensgruppen mit einschließt, die eine Auflösung der Arretierung ermöglichen.

Was heute als Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung bezeichnet wird, firmierte ursprünglich unter den Begriffen 'Minimal Brain Damage', 'Minimale Cerebrale Dysfunktion' (MCD) und 'psychoorganisches Syndrom', um die vermutete hirnorganische Ursache dieser Verhaltensstörungen zu beschreiben. LAUCHT (et al.) haben 1986 in einer breit angelegten Untersuchung nachgewiesen, dass es sich bei der MCD um keine klar abgrenzbare Krankheitsentität handelt und dass die Verhaltensstörung auch bei Kindern auftrat, bei denen es keinerlei Hinweise auf hirnorganische Veränderungen gab (nach HÜTHER 2002, S. 71). Später konnte man z. B. Dopaminmangel im Gehirn der von ADHS betroffenen Kinder nachweisen. HÜTHER hat dargelegt, warum solche somatischen Befunde nicht als Ursache der Verhaltensauffälligkeiten zu

verstehen sind. „Auf welcher Ebene“, so fragt HÜTHER, „sollte man *keine* ‘Anomalien’ im Gehirn von ADHD-Patienten finden, nachdem diese ihr Gehirn oftmals bereits jahrelang offensichtlich ganz anders als ‘normale’ Kinder und Jugendliche benutzt haben?“ (2002, S. 77). Für ihn ist das Verhältnis von Körper und Psyche keine Einbahnstraße, auf der im Körper die Ursachen und in der Psyche bestenfalls Folgen zu finden sind, sondern es gibt eine Beeinflussung in beiden Richtungen.

Schon AMMON wies darauf hin, dass das Zentralnervensystem zum Zeitpunkt der Geburt, im Unterschied zu den somatischen Stoffwechselorganen, noch nicht komplett ausdifferenziert ist.

Die Ausdifferenzierung findet erst in der symbiotischen Beziehungsphase mit der Mutter statt, d. h. die neuronalen Grundlagen der primären Ich-Struktur werden erst im Beziehungsgeschehen der symbiotischen Phase [mittlerweile kann man hinzufügen: ‘und später’; der Autor] vervollständigt. Einige Ergebnisse weisen auf eine erhebliche Beeinflussung der Synapsenbildung durch die psychische Aktivierung hin. AMMON (1979, S. 124)

Die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHD) weist drei Hauptsymptome auf: Aufmerksamkeitsdefizit, Impulsivität und Hyperaktivität.

Zunächst möchte ich darauf hinweisen, dass Aufmerksamkeit interessegeleitet ist. Auch die ‘aufmerksamkeits-gestörten’ Kinder können eine sehr gute Aufmerksamkeit an den Tag legen in für sie attraktiven Situationen. Die Unaufmerksamkeit wurde im 19. Jahrhundert mit dem heraufziehenden Industriezeitalter in dem Moment entdeckt, als sie „sich im genormten maschinellen Produktionsprozess als äußerst hinderlich und gefährlich erwies“. (MATTNER 2004, S. 38). MATTNER unterscheidet daher „eine geforderte, willkürliche von einer vom subjektiven Interesse geleiteten unwillkürlich-spontanen Aufmerksamkeit“ (S. 36). Insofern handelt es sich bei einem Aufmerksamkeits-‘Defizit’ nicht um eine Behinderung, sondern um einen Interessenkonflikt zwischen den ein kindliches Verhalten erwartenden Erwachsenen und dem betroffenen Kind.

Die Impulsivität ist von einem ichstrukturellen Standpunkt her zu verstehen als eine Art Flucht nach vorn, in die Extraversion. Hier sind eine Reihe von Motiven vorstellbar und wir können nicht umhin, uns sorgfältig in jedem Einzelfall um ein Verständnis der Fehlentwicklung zu bemühen. Zunächst denke ich an Melanie KLEINS ‘manische Abwehr’. Sie definiert die manische Abwehr des Kindes „als einen Versuch, sich vor den Ängsten vor internalisierten bösen Verfolgern und seinem Es zu schützen“ (KLEIN 1996, S. 58). WINNICOTT (1985a) greift diesen Begriff auf und versteht sie als „die Fähigkeit des Menschen, die zur menschlichen Entwicklung gehörende Angst der depressiven Position zu verleugnen.“ (zit. n. HÄUSLER, HOPF 2002, S. 23)

Man stelle sich die Impulsivität vor im Sinne einer ständigen erhöhten Spannung, unter der das Kind steht. Hier können verschiedene emotionale Qualitäten einfließen: Konstruktive Aggression, die in anderen Zeiten immer unterdrückt werden musste; das Kind möchte einer fremdbestimmten Situation entkommen; es möchte der Fremdbestimmung etwas entgegensetzen; es gibt durch seine Impulsivität dem Bedürfnis Ausdruck, sich existent zu fühlen.

Und dann die Hyperaktivität. Hyperaktivität kann Ausdruck eines 'Auslaufens' sein: das Kind äußert sich, aber es kommt damit nirgends an; z. B. weil seine Eltern zusehr in eigenen Ängsten gefangen sind, um seine Äußerungen zu begreifen. Es agiert in das Feld hinein, aber niemand reagiert. Es erlebt keine Grenzen, weil es kein wirkliches Gegenüber hat. Oder es wird massiv destruktiv abgegrenzt, wird z. B. misshandelt, erlebt Ungerechtigkeit, und ist dann wieder sich selbst überlassen. Dann bringt es die dort angesammelte Aggression in einer weniger bedrohlichen Situation irgendwie wieder aus sich heraus.

In diesem Sinne spricht POZZI (2001) von Hyperaktivität „als Abwehr gegen erinnerte oder phantasierte Gefahren, Ängste und psychische Qualen“ (2001, S. 526). WINNICOTT nimmt einen sehr frühen Faktor an, „der zur Ätiologie von Ruhelosigkeit, Hyperkinese und Unaufmerksamkeit gehört.“ (1985b, S. 78), HÄUSLER und HOPF sehen die Ursache in einer „gescheiterten containenden Funktion der primären Bezugsperson“ (HÄUSLER, HOPF 2002, S. 28), und GÜNTER betont, „dass traumatische Beziehungserfahrungen zu einer hyperaktiven Suche des Kindes bei äußerer Stimulierung führen, welche als Muster in der Persönlichkeitsentwicklung verankert wird“. (GÜNTER 2001; zit. n. HÄUSLER, HOPF 2002, S. 28)

Einen weiteren wichtigen Erklärungsansatz für ADHS liefert STORK (1993, S. 210, zit. n. HÄUSLER, HOPF, S. 29):

Oftmals scheinen Kinder und Jugendliche mit hyperkinetischem Syndrom und Aufmerksamkeitsstörung in schwierigen familiären Konflikten und Dynamiken gefangen, über die jedoch hinweggetäuscht werden soll. Stork sieht in diesem Zusammenhang die Symptomatik des Kindes als 'einen Kristallisationspunkt des Familienkonflikts', d. h. die Konflikte konzentrieren sich auf dasjenige Kind, welches die Symptomatik ADHD, ADD oder HKS entwickelt. [...]

Und weil psychische Auffälligkeiten des Kindes bei diesen Eltern so tief liegende Ängste auslösen, müssen diese Kinder ihre inneren Probleme körper-sprachlich ausdrücken, um – eng verstrickt mit den Eltern – ihrem Auftrag, Konflikthaftigkeit im Verborgenen zu halten, entsprechen zu können. Dies macht den Druck verstehbar, der von solchen Eltern – und oftmals auch Erziehern und Lehrern – ausgehen kann, sowie die Widerstände derselben gegen eine konfliktzentrierte und aufdeckende analytische Behandlung des Kindes mit Einbeziehung der pathogenen Familiendynamik.

Fallbeispiele

Katja (Name vom Autor geändert), eine 11-jährige Gymnasiastin, die schon aus ihrem ersten Kindergarten ausgeschlossen wurde. Die Mutter wollte auf jeden Fall vermeiden, ihrer Tochter mitzuteilen, dass ihr vermeintlicher Vater nicht ihr leiblicher Vater ist, sondern ein ganz anderer Jugendfreund von ihr, zu dem schon seit ihrer Schwangerschaft mit K. kein Kontakt mehr besteht. K. sollte auf keinen Fall auf die Idee kommen, dass ihr der Bruder – leiblicher Sohn des heutigen ‘Vaters’ und Lebensgefährten der Mutter – vorgezogen wird. Die immer wieder auffällige Wut und Geschwisterrivalität des Mädchens auf ihren Bruder, der sich in allen Beziehungsdingen viel leichter tat, während sie überall aneckte, konnte so von den Kindern nicht verstanden werden. Auch K.s Mutter bevorzugte das Ausagieren ihrer Gefühle über den Körper, wobei es sich in ihrem Fall nicht um eine wirklich aktive, sondern um eine passive psychosomatische Verarbeitung handelte, bei der die anders nicht ausgedrückten Gefühle sich feindselig als Krankheit gegen den eigenen Körper wendeten.

Verkompliziert wurde die Dynamik dieser Familie noch durch den Umstand, dass die Mutter als Säugling von ihrer eigenen Mutter beinahe umgebracht (erstickt) worden wäre und nur dem Eingreifen ihres Vaters den Erhalt ihres Lebens zu verdanken hat, der sie nach diesem Vorfall zu sich nahm. Dadurch wurde für sie die leibliche Elternschaft in ihrem normalerweise unzweifelhaften Wert relativiert.

K sollte auf ihren leiblichen Vater genauso gut verzichten können wie sie selbst auf ihre leibliche Mutter, die ihr nach dem Leben getrachtet hatte. Eine mögliche Versöhnung ihrer Tochter mit dem leiblichen Vater hätte die Mutter in ihrem Leid ohne ein vergleichbares Beispiel dastehen lassen. Sie meinte sich mit ihrem Schmerz alleine fühlen zu müssen, wenn die Tochter den ihren überwand. Dabei träte das Gegenteil ein: Mutter und Tochter könnten sich in einem mitgeteilten, ‘geteilten’ Leid viel besser verstehen!

Mit anderen Worten: es geht in diesem Beispiel um die *Delegation* bislang noch nie verbal mitgeteilter Tatsachen und der damit verbundenen extrem scham- und angstbesetzten Gefühle.

Da die Mutter mir nicht gestattete, mit ihrem Mann, der selbst angeblich nicht zum Elterngespräch kommen wollte, Kontakt aufzunehmen, und sich auch weigerte, ihre Tochter über den wahren Sachverhalt aufzuklären, blieb mir zunächst nichts übrig, als mich auf den Kontakt zu dem Mädchen zu konzentrieren. Diese Stunden waren sehr schwierig, da auch das Mädchen mir in dieser Lage nicht wirklichen Zugang zu sich gewährte, sondern mich und meine Praxis als Spielball ihrer mutwilligen Aktionen behandelte und sich

dabei nur mit Mühe eingrenzen ließ. Der Kontakt zu ihr war durch ein abfälliges, distanzierendes Verhalten von ihrer Seite bestimmt. Teilweise fühlte ich mich wie der verhasste kleine Bruder, aber vielleicht traf mich auch die Übertragung auf den falschen Vater, den ich nie kennenlernen durfte und der als Hindernis der Aufklärung der Situation dieses Mädchens im Wege stand.

Dieses Kind erfuhr eine spürbare Erleichterung erst in dem Moment, als sich seine Mutter entschloss, meinem mehrfach geäußerten Rat endlich zu folgen und das eigene Leid durch Beginn einer eigenen Therapie anzugehen. Seine Beziehung zu mir entspannte sich sofort und ich war nicht mehr in die Rolle des *Zuschauers* in ihren Stunden verbannt, sondern durfte *Mitspieler* sein.

Ein Ergebnis dieser Therapie kann noch nicht referiert werden, da die Behandlung noch läuft.

Nun möchte ich noch ein weiteres Beispiel vom Beginn der Behandlung eines 8-jährigen Jungen bringen, das deutlich macht, wie sehr ein Behandlungserfolg von dem Verstehen und Eingehen auf die Emotionen des Kindes abhängt, wie auch von der Einbeziehung seiner relevanten Lebensgruppen:

Der 8-Jährige war schon von früher Kindheit an als hyperaktives, schwer zu bändigendes Kind bekannt und von verschiedenen renommierten Kinderzentren im Münchner Raum als ADHD-Kind diagnostiziert worden. Zum Zeitpunkt des Behandlungsbeginns war seine Stellung in seiner Schulklasse äußerst prekär. Eine Reihe von Eltern anderer Kinder hatte seinen Ausschluss aus dem Klassenverband gefordert, da er sich eins ums andere Mal zum Sündenbock der Klasse machte. Trotz dieser Schwierigkeiten hatten die Eltern bislang eine Medikation mit Methylphenidat vermieden, waren aber nun nahe daran, ihren Widerstand dagegen aufzugeben. Ich bat die Mutter des Jungen, zu einer Unterredung mit seiner Klassenlehrerin und einem Sonderschullehrer eingeladen zu werden, der bereits für spezielle Verhaltenstrainingsstunden mit Sebastian (Name vom Autor geändert) eingeschaltet worden war.

Aufgrund von Sebastians Erzählungen wusste ich, dass er eine panische Angst davor hatte, in seiner Klasse dauernd auf die Rolle des Außenseiters fixiert zu sein und gehänselt zu werden. Deshalb besprach ich mit seiner Klassenlehrerin, dass alles getan werden musste, um die Wiederholung und Verfestigung dieser Erfahrung zu vermeiden. Das heißt, sie sollte ihn als momentan schwächstes Mitglied der Klasse durch ihr entschiedenes Eintreten aktiv unterstützen. Der Junge würde ihr äußerst dankbar sein, wenn er merkte, dass sie ihm in dieser Richtung helfe und im Gegenzug sich sehr bemühen, sich so zu verhalten, wie sie es sich von ihm wünschte, das heißt, er würde zunehmend gut von ihr steuerbar sein, wenn er verstünde, dass sie bemüht ist,

ihm die Außenseiterrolle zu ersparen. Dies würde wie ein Bündnis zwischen ihr und Sebastian wirken.

Die Lehrerin ließ sich darauf ein, und auch der Sonderschullehrer, der ein Verhaltenstraining mit S. abhielt, damit er besser steuerbar würde, beteiligte sich interessiert. Unsere Besprechung wirkte auf mich wie eine 'Verschwörung' zugunsten von S., eine Atmosphäre war entstanden, in der die Zuversicht, dass er sich ändern könnte, plötzlich Raum bekam.

In der Reflexion auf diese Sitzung fiel mir auf, dass ich mich gar nicht an die Beiträge der Mutter zu unserem Gespräch erinnern konnte. Ich war neugierig auf ihre Reaktion im darauffolgenden Elterngespräch, musste aber feststellen, dass sie das Außergewöhnliche jener Besprechung in der Schule gar nicht mitbekommen hatte und die Aufbruchstimmung der anderen Beteiligten nicht teilte. In einer späteren Reflexion wurde mir auch der Grund dafür deutlich, denn Frau Z. hatte ihren Lebensentwurf ja auch engstens mit der Stellung ihres Sohnes als 'Problemschüler' verknüpft!

In den Stunden mit S. hatte zu jener Zeit längst die Übertragung eingesetzt. Einmal sagte ich nachdrücklich, dass er von anderen Kindern getöpferte Sachen nicht anfassen dürfe, da sie nicht gebrannt seien, aber schon war es passiert, und er hatte einen Zacken von etwas abgebrochen. S. weinte auf der Stelle und bat mich flehentlich: „Aber nicht der Mama sagen! Die haut mich windelweich!“ Ich fragte nach und erfuhr bei dieser Gelegenheit, dass beide Eltern nicht mit Prügeln sparen. Beim Töpfeln donnerte er zu dieser Zeit die Tonklumpen mit solcher Wucht auf den Tisch, dass davon die vorweihnachtlichen Kerzen ausgingen. Ich schwang mit seiner Intensität mit und lobte sein Werk, da tönte S.: „Ein gewisser Sebastian Z. hat soeben die größte Tonplatte der Welt erfunden!“ In der nächsten Stunde ist die Platte allerdings bei der ersten Berührung zerbrochen, weil sie zu dünn war, und es gibt wieder bittere Tränen. Ich tröste ihn auf der Stelle, dämme die überflutende Enttäuschung energisch ein und sage: Wir machen eine neue, komm, das schaffen wir! Das geschieht dann auch. Diesmal helfe ich auch mit, damit sie gleichmäßig dick und konsistent wird. Das beschäftigt uns die ganze Stunde über. Vorsichtig wird sie auf das Regal oben hin gestellt, worauf er auch bestand. Die Tonplatte dient als Grundlage für eine Burg, die Schutz und Sicherheit bieten soll und in den kommenden Wochen ausgebaut wird. S. fällt alle paar Minuten ein neuer Plan ein, was wir machen könnten, aber ich warne ihn vor der mangelnden Festigkeit der Burgwände und so investieren wir erst einmal die Zeit, bis die Burg mit ihren Mauern und Ecktürmen steht. Ich verhalte mich in dieser Zeit durchaus direktiv, um ihn einzugrenzen und ihm zu helfen, seine Burg – Schutz und Abgrenzungsfähigkeit – fertigzustellen, und er lässt sich das nicht zweimal sagen!

disturbance seem to be caught in difficult family conflicts and dynamics, about which shall be deceived, however. In connection with this, STORK considers the symptoms of the child as ‘a crystallization point of the family conflict’, i. e. the conflicts concentrate on that child, which develops the symptomatik ADHD. [...]

And because psychic flashiness of the child arouses such deep-seated fears with these parents, these children must express her inner problems body-linguistically – in order to fulfil their task to keep conflicts in secrecy - entangled narrowly with the parents. This allows us to understand the pressure which can start out from such parents - and often from educators and teachers as well - and the resistance of the same to a conflict centered and discovering analytical treatment of the child which includes the pathogenous family dynamics. (cited after HEINEMANN, HOPF 2006, p. 30).

Case vignettes

Katja (name changed) is an eleven-years old girl who is at grammar school, with a history of being thrown out of kindergarten. Her mother wanted at any cost to avoid letting her know that her ‘father’ was not her biological father, but a boyfriend from earlier times to whom she no longer had contact. K. should not even think that her brother, who is the biological son of the partner of the mother, is favoured.

The repeated, conspicuous anger, and rivalry with her brother, who found all his relationships easier, whilst she seemed ‘to rub everyone up the wrong way’ could not be understood by the children. The mother of Katja also played out her feelings by illness, in which she was not active, but a passive psychosomatic processing, hostility towards her own body.

The dynamics of this family was complicated by the fact that the mother was almost suffocated by her own mother, and was saved by her father who took her to live with him after the incident.

So, Katja (name changed) should do without her biological father as she did without her biological mother.

A possible reconciliation of her daughter with her biological father was for the mother in her situation not possible. She felt that she should bear her pain by her own, and the daughter should bear her pain alone. - The opposite was the case: in *sharing* their pain, they could get on much better!

This example shows the delegation of never communicated realities and the related extreme feelings of shame and fear.

As the mother would not allow me to speak to her partner who apparently did not wish to come to the discussion, and who also refused to tell the daughter about the real situation, I was obliged to concentrate on the girl.

These sittings were very difficult, because the girl did not allow me to really

get into contact with her, but played with me and my practice and it was with difficulty I was able to keep her in limits.

She controlled the contact, distanced, and derisive. Sometimes I felt like the hated younger brother. Perhaps I took the place of the unknown father whom I was not allowed to get to know and who was in the way of explaining the situation of the girl.

This child learned a noticeable relief only at the moment, as its mother herself decided to concern the sorrow of her own by the beginning of an own therapy. Katjas relationship to me immediately relaxed and I was no more banned into the role of the spectator in her hours, but was allowed to be a participant.

A result of this therapy still cannot be given since the treatment is still going on.

In addition, I would like to depict another case example which clarifies the fact that the understanding of the emotions of a child is dependent on the inclusion of his relevant family and primary groups.

The eight-years old boy was known as a hyperactive child, difficult to control and diagnosed by different reputable children`s centres in Munich as an ADHD child.

His treatment with me began at a time when many parents from his class had demanded that he leave the class because he was always the scapegoat of the class. In spite of these difficulties, the parents had at this time managed to avoid giving him medication but were about to capitulate.

I requested the mother of the child to come to a conference with his class teacher and a special needs teacher who already had had sessions with Sebastian (name changed).

Sebastian had already informed me that he had panic because he was afraid of being stuck in the role of outsider, and of being mocked by his classmates.

Therefore I discussed with his class teacher that everything had to be done to avoid his being put again in the same old situations, and to avoid a reexperience of the old patterns. She should in that moment support the weakest link in the class through actively entering the situation. The boy would be most grateful, and correspondingly try to behave as she would wish. That means that he would be controllable at the moment he realised that she is on his side, and is helping him out of his role. It would be a pact of alliance for him.

The class teacher agreed to do this, and the special needs teacher took an interested part. The whole seemed like a conspiracy for me, in which an atmosphere emerged in which he could develop and had room for change.

In the reflection, I noticed that I had not noticed what the mother had said during the meeting. I was interested in what she would say at the next parent-

meeting but not the real name of the boy realised that she had not realised what had happened at the last meeting with the teachers, and had not noticed the spirit of optimism.

At a later reflection, it became clear that the position of this son in her life plan was that of a 'problem child'.

In the sessions with S. the interference was already in motion. Once I told him that he should not touch pottery objects made by other children, because they were not yet fired, and could be broken. Already, there was a piece broken off. S. cried and begged me not to tell his mother, she would beat him black and blue. In this situation, I found out that both his parents beat the child. Again, in the pottery session, he threw the clay so hard on the table, that the advent candles went out.

As I praised his work he boasted that he had created the largest clayplate in the world. In the next session, the plate broke because it was too thin, and he cried bitter tears. But I comforted him and said, stopping his tears, "we shall make a new one, we can manage it." And we did. This time I helped him, and because the consistency was better, it didn't break. This kept us busy a whole hour. He insisted that we put it on the top shelf. It served as a basis for a castle, to give security and protection, and which we would build on in the next weeks. Every few minutes, S. has a new plan what we could do, but I warned him of the weakness of the walls, so we invest a lot of time before the walls and the turrets are ready. I am directive in this time, to help him to finish his castle, his protection and boundaries, but he is very willing. He tells me that he has received two commendations for good behaviour from the school.

Not much later, Sebastian dedicated himself to building cannons and cannonballs for them. With the described intervention at the group-dynamic level – since the schoolclass is, next his family, now the decisive group for S. – and the symbolic handling of the theme – security and ability to put up a fight – in the analysis, a position was achieved for S., in which the most urgent problems were solved. Now he could dedicate himself to his creativity and liveliness.

Back for the theory of the emotional dynamics of ADHD:

I agree with HEINEMANN and HOPF, who explain the different expressions of ADHD "by the existence of different structure standards of the heaviest narcissistic impairment up to easy neurotic states of disquiet" (2006, S. 101).

The same authors also name different basic conflicts which are causing hyperactivity: These are separation and relationship disturbances, disturbances of delimitation of self and object as well as a depressive basic disturbance.

These are my basic assumptions for understanding and treatment of ADHD:

- A basic feeling of these children is the fear of getting overwhelmed by adults. This can happen because the adult does not leave his child go or it happens by a delimitation ban; as also by using the child and having it at one's disposal.
- These dynamics threaten to take the child into a helpless position in which it cannot live the central moments of its vitality and of one's own identity any more.
- The defense of the child against this faint is then bundled in the symptoms of the ADHD.
- There is a great variation of individual developments which lead to the disturbance pattern.
- A solution of the tension only can be carried out, if the individual impulses of the child are fetched to the light again and if the child can be supported to find out ways to realize them.

Literatur

- Ammon, G. (1979): Entwurf eines Dynamisch-Psychiatrischen Ich-Struktur-Konzepts. In: G. Ammon: Hdb. Dyn. Psych; Bd. 1, S. 95-159.
- Bovensiepen, G.; Hopf, H.; Molitor, G. (Hrsg.) (2002): Unruhige und unaufmerksame Kinder. Frankfurt: Brandes, Apsel
- Günter, M. (2001): Körperbild, Identität und Objekterfahrung – Das Bild des eigenen Körpers als Beziehungsangebot. In: M. Passolt (Hrsg.): Hyperaktivität zwischen Psychoanalyse, Neurobiologie und Systemtheorie. München, Basel: Reinhard
- Häusler, G.; Hopf, H. (2002): Psychoanalytische Theorien. In: →G. Bovensiepen, et al. (Hrsg.) (2002); S. 20- 44
- Heinemann, E.; Hopf, H. (2006): AD(H)S. Symptome, Psychodynamik, Fallbeispiele, Psychoanalytische Theorie und Therapie. Stuttgart: Kohlhammer
- Hüther, G. (2002): Kritische Anmerkungen zu den bei ADHD-Kindern beobachteten neurobiologischen Veränderungen und den vermuteten Wirkungen von Psychostimulantien (Ritalin). In: →G. Bovensiepen, et al. (Hrsg.) (2002); S. 70-91
- Klein, M. (1996): Beitrag zur Psychogenese der manisch-depressiven Zustände. In: M. Klein: Ges. Schriften; Bd. 1, Teil 2. Stuttgart
- Laucht, M.; Stöhr, R.; Schmidt, M.; Esser, G; Allehoff, W. et al. (1986): Minimale Cerebrale Dysfunktion: Ende eines Mythos? In: G. Neuhäuser (Hrsg.): Entwicklungsstörungen des ZNS; S. 189 -198. Stuttgart
- Mattner, D. (2004): Zur Biologisierung abweichenden kindlichen Verhaltens. In: H. Amft, M. Gerspach, D. Mattner (Hg.): Kinder mit gestörter Aufmerksamkeit. Stuttgart: Kohlhammer
- Pozzi, Maria E. (2001): Ritalin für wen? Wie können wir das Bedürfnis nach Ritalin in der psychodynamischen Beratung von Familien mit Kindern unter fünf Jahren verstehen? *Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie* 32:519-541
- Stork, J. (1993): Über die psychischen Hintergründe des hyperkinetischen Verhaltens. *Kinderanalyse* 1:203-230.
- Winnicott, D. (1985a) : Die manische Abwehr. In: D. Winnicott: Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse. Frankfurt/M.:Fischer Taschenbuch
- (1985b): Ich-Integration in der Entwicklung des Kindes. In: D. Winnicott: Reifungsprozesse und S. / pp. 138-150

fördernde Umwelt. Frankfurt/M.: Fischer

Für vollständige Literaturinformation Autor kontaktieren

Adresse des Autors

Erwin Leßner • Westenriederstr. 23 • 80331 München • E-Mail: Erwin.Lessner@gmx.de

Was ist das Therapeutische an den therapeutischen Wohngemeinschaften der Dynamischen Psychiatrie?

Therapeutische Wirkfaktoren.

Saskia Heyden (München)

With her paper the author presents a section of the work in therapeutic living communities of Dynamic Psychiatry. The therapeutic factors of the TLCs are discussed, the group dynamics orientation, the application of G. Ammon's concept of identity development and the understanding of the TLCs as a '*social energetic field*' are discussed more in depth. The tasks of the psychologists in the team are described to explain the necessity of its interdisciplinary organisation. In a short case description the author demonstrates her work and shows the cooperation of social workers and psychologists.

Keywords: therapeutic living community, therapeutic factor, group dynamics, resource orientation, identity development,

Ich werde zunächst exemplarisch einige wichtige Wirkfaktoren unserer Arbeit darstellen (vgl. REITZ 1994, REITZ, HESSEL 2000). Da anlässlich der Entgeltverhandlungen des Trägervereins mit dem Bezirk Oberbayern als Kostenträger unserer Einrichtungen Anfang 2006 die Notwendigkeit der Psychologen als Leiter der TWGen (therapeutischen Wohngemeinschaften) aus Kostengründen in Frage gestellt wurde, gehe ich im Folgenden näher auf die speziellen Aufgabenfelder der Psychologen ein und veranschauliche meine theoretischen Ausführungen an einem kurzen Fallbeispiel.

Ressourcenorientierung

Wie andere Einrichtungen und moderne Behandlungsansätze arbeiten die Mitarbeiter der TWGen der Dynamischen Psychiatrie individuell und bedarfsspezifisch mit den Ressourcen, d. h. mit den gesunden Ich-Anteilen der jeweiligen Bewohner. Vorhandene Fähigkeiten und Fertigkeiten werden gefördert, Arbeits- und Beziehungsfähigkeit entwickelt bzw. gestärkt. Neue Perspektiven sollen gefunden werden, damit die Bewohner pathologische Erlebens- und Verhaltensweisen aufgeben können.

Ein Schwerpunkt der Einzelbetreuung liegt in der Ermutigung und Ich-Stärkung. Das Team ist für die Bewohner 'Hoffnungsträger': Wir glauben daran, dass sie sich weiter entwickeln, dass ihr Ringen um Veränderung einen Sinn hat und dass nach jedem Misserfolg ein neuer Anlauf gemacht werden kann.

Indem wir ihnen etwas zutrauen, können sie, im besten Fall, Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und Möglichkeiten entwickeln. Alle Bewohner werden angehalten, Schwächere zu unterstützen. Dadurch gewinnen sie Abstand von eigenen Problemen und Sorgen, erleben sich als wichtig für ihre Mitbewohner und können ihre Stärken einbringen.

Der ressourcenorientierte Ansatz zeigt sich in der milieutherapeutischen Projektarbeit, in die jeder Bewohner seine konstruktiven Anteile einbringen kann, besonders deutlich (vgl. HEYDEN, ROSCHAT 2006, SPLETE 2000, 2006, WINKELMANN 2000). In der Projektarbeit machen die Teilnehmer wichtige Selbstwirksamkeitserfahrungen, indem sie zeigen was sie können, anderen etwas beibringen und selbst Neues lernen. Einige Bewohner erleben es beschämend, um Unterstützung zu bitten, sie meinen, sie müssten mit ihren Problemen und Schwierigkeiten allein fertig werden. Die Projektarbeit erfordert Zusammenarbeit und gegenseitige Unterstützung. Dies wird vom Team als Wert vermittelt, der wichtiger ist als die schnelle Fertigstellung eines Projekts oder das Erbringen hoher Leistungen einzelner. So entsteht in der TWG eine Kultur gegenseitiger Unterstützung. Manche Bewohner leben in ständiger Unterforderung und lassen andere für sich arbeiten. Auch dies wird in der Projektarbeit sichtbar, sie werden dann gefordert und können erleben, dass sie zu mehr fähig sind, als sie dachten.

Über das gemeinsame Projekt kommt es häufig zu Konflikten (wer mit wem zusammen arbeiten möchte und mit wem nicht, wer 'schlecht drauf' ist, mit sich beschäftigt und sich nicht auf die Gruppe einlassen kann). Ärger und Konflikte sollen möglichst unmittelbar angesprochen und geklärt werden. Viele Bewohner haben nicht gelernt mit Konflikten umzugehen, in ihrer Vergangenheit wurden Probleme verleugnet, nicht ernst genommen oder mit Gewalt gelöst. Die Projektarbeit bietet ein Lernfeld für konstruktive Konfliktlösung. Für die Mitarbeiter ist dies eine dauernde Herausforderung, da sie mit eigenen Konfliktängsten und ihrer eigenen Neigung zu Bagatellisierung oder Verleugnung konfrontiert werden. Sie sind immer wieder gefordert, sich als Vorbild in Auseinandersetzungen zu zeigen, Ängste auszuhalten, klar zu bleiben und ihren Standpunkt zu vertreten. Die Nachbesprechung der Projekte dient dazu, das Erlebte zu integrieren, indem es benannt und mitgeteilt wird. Dies ist besonders wichtig, da psychisch Kranke dazu neigen, positive Erfahrungen 'rückgängig' zu machen. Unsere Aufgabe ist es, dies zu verhindern, indem wir die positiven Erfahrungen für sie stellvertretend erhalten, immer wieder aufzeigen und sie daran erinnern, was sie real geschafft und erreicht haben. Auch dies trägt zu einer konstruktiven Gruppenkultur bei, die erfahrene Bewohner in der

Regel verinnerlicht haben und aus der Position von 'Peers' aktiv in die Gruppe bringen.

Psychodynamisches Verständnis

Basis unserer Arbeit ist ein psychodynamisches Verständnis der Symptome und Verhaltensweisen der Bewohner. Wir versuchen, jeden Menschen auf dem Hintergrund seiner Lebensgeschichte in seiner spezifischen Psychodynamik und mit seinem Beziehungsangebot zu verstehen, um dann angemessen mit dem einzelnen umgehen zu können und möglichst wenig im Wiederholungszwang mitzuagieren. Mitagieren lässt sich nicht verhindern, das ist auch nicht unser Ziel. Stattdessen geht es uns darum, es zu reflektieren und dann mit dem betreffenden Bewohner in einen Dialog zu treten, um Distanz zu Übertragungen und damit verbundenen destruktiven Beziehungsmustern zu finden. Wir sind nicht primär daran interessiert, die Psychodynamik unserer Bewohner abzuleiten, vielmehr geht es uns darum, mit Hilfe der Psychoanalyse Lebensvollzüge zu verstehen. Wir vermitteln den Bewohnern im Sinne der 'themenzentrierten Interaktion' (COHN 1975), dass Lust und Freude an gemeinsamen Ausflügen, Kochen, Festen usw. viel interessanter sind als Übertragungen. Wie in dem anschließend kurz dargestellten Fall zu sehen, ist dies nicht immer ganz einfach. Hierfür sind ein psychodynamisch ausgebildeter Psychologe in der WG und eine regelmäßig stattfindende externe psychoanalytische Supervision notwendig.

Wechselwirkung mit der ambulanten Psychotherapie

Nach unserem Konzept findet innerhalb der TWG keine Psychotherapie statt und jeder Bewohner nimmt an einer ambulanten Psychotherapie teil. Dieses Splitting hat den Vorteil, dass Lebensraum und Psychotherapie für die Bewohner getrennt bleiben, wie das auch für andere Menschen, die sich in psychotherapeutischer Behandlung befinden, zutrifft. Decken sich Lebens- und Therapie-situation, besteht die Gefahr, dass der Patient sich durch den Psychotherapeuten verfolgt und bedrängt fühlt. Es fehlt Entscheidungsfreiheit, was der Psychotherapeut erfahren soll und was nicht. Die Möglichkeit, dass wir den Bewohnern empfehlen, ein Thema in der Psychotherapie zu besprechen, entlastet den Kontakt zu uns und den Mitbewohnern. Übertragungs- und 'Realraum' sollen auseinander gehalten werden: Negative Übertragungen und verinnerlichte destruktiv-defizitäre Gruppendynamik sollen in den (Gruppen-)Psychotherapien sichtbar und bearbeitbar werden, und möglichst wenig innerhalb der

TWG. Natürlich kommt es trotzdem zu Übertragungsreaktionen auf Team und Mitbewohner, da dies unbewusste und nicht steuerbare Vorgänge sind. Wir weisen den betreffenden Bewohner darauf hin, wenn er sich in ein Übertragungsgeschehen verstrickt hat, die TWG mit seiner Herkunftsfamilie verwechselt und empfehlen ihm eine Durcharbeitung der negativen Gefühlen (Wut, Angst, Hass usw.) in der Psychotherapie. Dadurch entsteht Raum für Interesse an den realen Lebensvollzügen; Die TWG wird zu einem kulturellen Ort und zu einem Lernfeld für Lebensführung.

Die ambulanten Psychotherapeuten können sich mit uns in Verbindung setzen, wenn sie den Eindruck haben, Konflikte ihrer Patienten werden vom Team übersehen oder wenn Anlass zur Sorge um den Zustand eines Bewohners besteht. Die meisten Bewohner fühlen sich dadurch sicher und geschützt. Schließlich bietet die TWG den Bewohnern eine Art Übungsfeld für in der Psychotherapie erarbeitete Erkenntnisse und Handlungsimpulse. Hier können sie sich in einem geschützten Rahmen erstmals abgrenzen, den eigenen Standpunkt zu vertreten, Wut oder Trauer äußern, Freundschaften eingehen etc. Dabei zeigt sich auch, wie stabil die Veränderungen sind und an welchem Punkt noch psychotherapeutische Unterstützung notwendig ist.

Gruppendynamisches Arbeiten

Der gruppendynamische Ansatz der Dynamischen Psychiatrie unterscheidet sich wesentlich zu kognitiv orientierten Gruppen, der Ergotherapie und anderen Ansätzen, die zwar mit Gruppen arbeiten, aber das Potenzial der Gruppe als Ganzes kaum nutzen.

Anhand der wöchentlich statt findenden gruppendynamischen Sitzungen lässt sich das gruppendynamische Arbeiten am besten veranschaulichen. Hier werden alle Handlungen und Äußerungen jedes Bewohners auf die gesamte Gruppe bezogen. Wenn jemand Grenzen überschritten hat, die Gruppe gegen sich aufbringt, zwei sich unversöhnlich streiten, die Telefonrechnung nicht bezahlt oder schon wieder nicht abgespült wurde, hat es eine entlastende Funktion, wenn wir fragen: Wofür steht denn dieses Problem jetzt in der Gruppe? Was bedeutet das für die ganze Gruppe? Was drückt der einzelne Bewohner für die Gruppe aus? Dies hat eine entlastende Funktion für den einzelnen und zugleich nimmt es alle Mitglieder in die Verantwortung.

Wichtigste und schwierigste Aufgabe der Leiter ist der Schutz des Sündenbocks. Wie in jeder anderen Gruppe auch, besteht immer die Gefahr, dass auf ein Gruppenmitglied eigene negative Emotionen und Selbstanteile projiziert werden. Um sich von diesen zu befreien, beseitigt man den Sündenbock. Der

andere soll ausgeschaltet werden, in der magischen Hoffnung, damit die eigenen Probleme loszuwerden. Der Sündenbock bietet sich in der Regel auf irgendeine Weise für diese Rolle an, z. B. durch fehlende soziale Kompetenzen, aggressives oder verweigerndes Verhalten oder einfach nur dadurch, dass er anders ist (THOME 2007). Wenn die Gruppe beginnt, sich gegen ein Mitglied zu wenden, schalten wir uns ein und stellen die Frage, wofür der Angegriffene steht. Wir begrenzen weitere konkrete Vorwürfe, fordern stattdessen dazu auf, das in der Sündenbockdynamik eingeschlossene Problem herauszuarbeiten und stellen es der gesamten Gruppe als kreative Aufgabe, die gelöst werden muss. Die Lösung dieser Aufgabe ist mit einem Strukturgewinn der gesamten Gruppe verbunden. Was vorher bestenfalls Dressur war, wird so zu Kultur. Kultur ist hier nicht als traditionell und festgefügt zu verstehen, sondern als in einem permanenten Veränderungsprozess befindlich und zugleich als Garant für die im Gruppenleben verankerten Erfahrungen.

Auf diese Weise gelingt es uns, jeden einzelnen in die Verantwortung zu nehmen und auch schwierige Bewohner in der Gruppe zu halten. Jeder einzelne erfährt, dass man mit all seinen Schwierigkeiten einen Platz in der WG finden kann. Therapeutische Bedürfnisse werden als Widerstand gedeutet und abgegrenzt, es wird vorwiegend im Hier und Jetzt gearbeitet. Weiterer Schwerpunkt unserer Arbeit ist die Auseinandersetzung mit dem Gruppenleiter, die notwendig für die Entstehung von Gruppengrenzen ist (vgl. AMMON 1976, S. 60f.). Die Gruppe überprüft immer wieder, ob die Leiter selbst erfahrungs- und lernfähig gegenüber den unbewussten Gruppenprozessen sind und mit Konflikten umgehen können. So werden wir z. B. angeklagt und kritisiert, dass wir uns nicht mehr um Probleme im Haus, wie Telefon, Strom, Sauberkeit kümmern oder die Gruppe nicht richtig leiten. Das Äußern dieser Empfindungen ist erwünscht und erlaubt. Die Klagen beziehen wir ebenfalls auf die Gruppe und fragen, welche Bedürfnisse hier ausgedrückt werden (z. B. der Wunsch nach einer guten Mutter, die alles richtet). Statt eines 'moral treatment' im Sinne einer Bestrafung oder einer kognitivistischen Umgehung von unerwünschten Verhalten, geht es uns um die Etablierung von echten Werten. Die gruppendynamischen Sitzungen sind implizit ein Ort, um Copingstrategien, soziale Kompetenzen, Auseinandersetzung mit Autoritätspersonen, Umgang mit Ängsten u.a. zu erlernen.

Die TWG als 'sozialenergetisches Feld'

Die TWG mit Team und Bewohnern lässt sich als sozialenergetisches Feld im Sinne AMMONS (1986b) verstehen. Viele Bewohner hatten vor ihrem Einzug

keine oder vor allem destruktive soziale Beziehungen. Sie versuchen erst einmal unbewusst ihre alten Beziehungsmuster zu wiederholen, in der Regel verinnerlichte defizitär-destruktive Erfahrungen aus ihren Primärgruppen. Gleichzeitig ziehen sie in der Hoffnung ein, sich aus ihrer Pathologie zu lösen, unbewusste Entwicklungsverbote zu überwinden und mit Hilfe der TWG ein Leben im eigenen Recht führen zu können. Indem wir den Bewohnern einen Raum zu Verfügung stellen, sich und uns zu begegnen, sich füreinander zu interessieren, auseinanderzusetzen, gegenseitig zu unterstützen usw., können neue (Beziehungs-)Erfahrungen stattfinden.

Gelegentlich wird von Bewohnern die Kritik geäußert, die TWG wäre ja gar nicht die 'richtige, echte' Welt. Dort 'draußen' würde es ganz anders zugehen. Das stimmt so nicht, die TWG ist letztlich eine Art Mikrokosmos, eine Miniaturgesellschaft, mit denselben Möglichkeiten, Pflichten und Verantwortungen, wie an einem Arbeitsplatz, in einer Familie oder in jeder anderen sozialen Gemeinschaft. Teilweise ist der einzelne in der TWG sogar mehr gefordert als in einer 'normalen' Lebenssituation: In der TWG Grünwald müssen z. B. 17-20 Personen auf engem Raum mit nur zwei Küchen und vielen Gemeinschaftsdiensten miteinander auskommen. Wesentliche Unterschied zum Leben 'draußen' sind die Möglichkeit, über Schwierigkeiten und Konflikte mit Betreuern, Bewohnern und in den gruppenspezifischen Sitzungen zu sprechen und die beschriebene Kultur von Kreativität, gegenseitiger Unterstützung, Toleranz und ehrlicher Auseinandersetzung. Diese Bewohnerkultur kann nur durch ein Entwicklungsmoment, etabliert werden, also durch eine Art Utopie. Damit ist die TWG tatsächlich nicht die 'echte Welt', jedoch schafft sie Entwicklungsmöglichkeiten für den einzelnen und die Gruppe in der echten Welt.

Anwendung des Konzepts der Identitätsentwicklung

Das Konzept der Dynamischen Psychiatrie nach G. AMMON (1986a) ist ein Konzept der Identitätsentwicklung. In der WG-Arbeit geht es immer auch um nachholende Ich-Entwicklung. Besonders hervorheben möchte ich in diesem Zusammenhang das Thema der Grenzen: Identitätsentwicklung findet über die Auseinandersetzung mit der Gruppe statt, d. h. an der Grenze von Ich und Gruppe. Vielen Bewohnern fehlen notwendige frühe Spiegelungserfahrungen, sie wissen nicht, wer sie eigentlich sind, wie sie auf andere wirken, was sie in anderen auslösen und ihre Fähigkeit zur Symbolisierung ist gestört (vgl. BRUNS 2002, FONAGY, GERGELY, JURIST, TARGET 2002, WINNICOTT 1973). Auch fehlen ihnen häufig innere und äußere Grenzen oder sie kennen Grenzen nur in Form von Gewalt. Im Kontakt und im Austausch mit Mitbewohnern und Team

können sie sich selbst wahrnehmen, reiben, bestenfalls im Lauf der Zeit eigene innere Grenzen aufbauen, und wichtige Identitätsschritte nachholen.

Erfahrungen aus der Projektarbeit können in Alltags- und Berufsleben übertragen werden. Die gruppensitzungsdynamischen Sitzungen werden von vielen Bewohnern als Grenzsituation, verbunden mit existenziellen Ängsten erlebt. Dies liegt vermutlich daran, dass die Gruppensitzung die pathologische Beziehungsdynamik aus der sog. Primärgruppe reaktualisiert. Die Bewohner erleben die Sitzung erst einmal so, wie sie als Kinder ihre Familie erlebt haben. Sie befürchten eine Wiederholung, z. B. wieder übersehen, abgewertet, abgelehnt, misshandelt oder ausgestoßen zu werden. Gleichzeitig hoffen sie darauf, dass es endlich anders wird, wünschen sich, gehört, wahrgenommen und verstanden zu werden. Die Gruppenleiter werden besonders von neuen Bewohnern häufig als autoritäre und unberechenbare Elternfiguren erlebt, auf die man sich nicht verlassen kann (was sie nicht sind!).

Sich in diese bedrohliche Situation zu wagen, sich auch noch zu äußern, einen Konflikt anzusprechen oder um Unterstützung für sich oder andere zu bitten, erfordert Mut. Gelingt dieser Schritt, findet eine Abgrenzung gegenüber der eigenen Krankheit statt, der Bewohner übernimmt Verantwortung für sich und lernt, sich auseinanderzusetzen. Viele Bewohner kommen mit einem verinnerlichten Wahrnehmungsverbot in die TWG, d. h. sie dürfen nicht merken (vgl. MILLER 1983), wie mit ihnen umgegangen wurde oder wird. In den Gruppensitzungen können sie sich nun erstmals äußern, dürfen auch die Gruppenleiter (Elternfiguren) kritisieren und angreifen, ohne dafür bestraft zu werden. Ebenso werden verleugnete und abgespaltene Ich-Anteile der einzelnen offen angesprochen, ohne sie dabei abzuwerten oder zu verurteilen. Die Konfrontation mit eigenen unangenehmen aber auch konstruktiven Anteilen, ermöglicht es den Bewohnern sich in ihrer ambulanten Psychotherapie ehrlicher mit sich selbst auseinanderzusetzen. Damit wirkt die TWG identitätsbildend.

Die Psychologen in der TWG

Die Beschreibung der therapeutischen Wirkfaktoren unserer Einrichtung zeigt deutlich die Notwendigkeit von geschultem Personal. Unsere Sozialpädagogen müssen neben allgemeinen sozialpädagogischen Fertigkeiten über gruppensitzungsdynamisches Verständnis und ein Mindestmaß an Selbsterfahrung verfügen, weil dieses Wissen Grundlage für den Umgang mit den Bewohnern bildet.

Typische allgemeine Psychologenaufgaben neben der Diagnostik psychischer Störungen sind laut Berufsverband Deutscher Psychologen (BDP) die Förderung von Entwicklung, Wohlbefinden und Leistungsfähigkeit von Men-

schen, die Verbesserung von Kommunikation, Gestaltung von sozialen Prozessen, Abbau von Ängsten und die Förderung effektiven Lernens. Dies sind Aufgaben, die – wie oben beschrieben - täglich in unseren TWGen anfallen.

Eine genaue Diagnostik auf der Grundlage eines umfassenden Fachwissens über psychische Störungen, ist als Grundlage für die Indikation bereits beim Aufnahmeverfahren notwendig, um die Bewerber hinsichtlich ihrer Ressourcen, Motivation, möglicher Suizidalität, Compliance, Kriminalität und Suchtproblematik einzuschätzen und zu prüfen, ob ein Bewerber in die Gruppe passt bzw. die Gruppe zu ihm. Unsere Bewohner müssen relativ selbstständig sein, z. B. morgens aufstehen und sich selbst versorgen, es darf keine offene Suchtproblematik vorliegen und die Motivation zu einer Psychotherapie muss vorhanden sein. Anders als in einer psychiatrischen Klinik bestehen unsere Teams aus 3-5 Mitarbeitern, die nur zeitweise vor Ort sind. Wenn wir abends nach Hause gehen, müssen wir uns sicher sein können, dass kein Bewohner gefährdet ist und die Grenzen einigermaßen eingehalten werden. Wir achten darauf, die Gruppe heterogen zusammen zu setzen, sodass die Bewohner sich in Stärken und Schwächen ergänzen, voneinander lernen und sich füreinander interessieren können, aber nicht so unterschiedlich, dass keine Kommunikation mehr möglich ist. Auch achten wir auf die aktuelle Tragfähigkeit der gesamten Gruppe, dass z. B. nicht zu viele depressive Bewohner einziehen, die viel Anregung von außen benötigen. Auf diese Weise gelingt es in der Regel, eine nach Alter, Geschlecht und Erkrankungen heterogene Gruppe zu bilden, mit einem großen Potenzial unterschiedlichster Ressourcen.

Gemeinsam mit den Bewohnern überprüft der Psychologe im Verlauf und zum Auszug, ob anfangs anvisierte Ziele erreicht wurden bzw. realistisch sind. Die Ergebnisse fließen über die Teamsitzungen zurück in die sozialpädagogische Einzelbetreuung.

Wenn Bewohner in ihrer Psychotherapie wesentliche Probleme nicht ansprechen, die sich im Alltagsleben deutlich zeigen oder krisenhafte Entwicklungen in der TWG sichtbar werden, informiert der Psychologe den behandelnden Psychotherapeuten. Ebenso finden stationäre Aufnahmen im Kontakt mit Bewohner, WG-Psychologe und Psychotherapeuten statt.

Man kann sagen, dass der Psychologe der Platzhalter dafür ist, dass Psychotherapie eine hochdifferenzierte und wirksame Methode ist und damit einen zentralen Stellenwert hat. Im Gegensatz zu vielen anderen Einrichtungen, sind wir nicht an einer ausschließlichen psychiatrischen Versorgung unserer Bewohner interessiert, sondern unterstützen eine Kombination aus Psychopharmaka (wenn nötig) und Psychotherapie, mit dem Ziel der nachholender Ich-

Entwicklung und damit der Möglichkeit zu einem selbstständigen und sinn-erfüllten Leben.

Anders als in einer Psychotherapie setzen wir uns spontan im Alltagsraum mit den Bewohnern auseinander, spiegeln ihnen ihre Schwierigkeiten aber auch ihre Entwicklung wider, setzen Grenzen und unterstützen wo es notwendig scheint. Die tiefenpsychologisch ausgebildeten Psychologen müssen Psychodynamik und unbewusste Mitteilungen der Bewohner verstehen, übersetzen und gemeinsam mit den Sozialpädagogen angemessene Strategien entwickeln. Während sich die Sozialpädagogen unmittelbar mit den Realitäts- und Alltagsthemen sowie dem Beziehungsangebot der Bewohner arbeiten, soll sich der Psychologe vom konkreten Alltagsgeschehen distanzieren und auf der Metaebene die Frage stellen, was will uns der Bewohner mit seinem Verhalten über sich und sein Erleben mitteilen und wie können wir ihn erreichen?

Fallbeispiel

Zur Veranschaulichung der Tätigkeit der Psychologen in unseren TWGen wird nun ein kurzes Fallbeispiel skizziert. Auf die berufliche Situation gehen wir hier nicht näher ein, sondern beschränken uns auf einen Ausschnitt: Herr E. (1981 geb.; F60.31, F60.0, F 33.2) zog im Mai 2005 in unsere Einrichtung. Er kam nach einem Aufenthalt aus der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige und war aus einer anderen TWG ausgezogen, da er mit Bewohnern und Betreuern unlösbare Konflikte gehabt hatte. Er war in der ehemaligen WG zum Sündenbock geworden. Meine erste Begegnung mit ihm bestand darin, dass er, von einem Kurzurlaub zurückgekehrt, ohne Termin ins Büro kam, bei meiner Kollegin nach Schere und Papier verlangte – wir versorgen unsere Bewohner üblicherweise nicht mit Büromaterial.

Die Kollegin reagierte irritiert, fühlte sich von ihm zu seiner Sekretärin gemacht. Anschließend verkündete er, dass er für eine weitere Woche verreisen werde. Die Kollegin teilte ihm deutlich verärgert mit, dass dies nicht gehe, er sei in einer therapeutischen Einrichtung und nicht im Hotel. Herr E. reagierte wütend, ich schaltete mich in die Auseinandersetzung ein, fragte, was überhaupt los sei. Er drohte mit Auszug, äußerte Beschwerden über die TWG, wir würden ihn nicht unterstützen, er wolle zurück in seine alte WG und man könne ihm den Urlaub nicht verbieten usw.. Ich fühlte mich entwertet und vollkommen inkompetent, er verließ das Büro wutschnaubend.

Es kam zu weiteren Zwischenfällen dieser Art, er benahm sich so, dass man froh war, wenn man möglichst wenig mit ihm zu tun bekam. Ich befasste mich intensiv mit seiner Biographie, den Klinikberichten und informierte mich bei

seiner Einzeltherapeutin, die zeitweise seine einzige Vertrauensperson war. Ich erfuhr, dass er in einer desolaten Familiensituation mit 2-6 Halb-/Geschwistern in einer verwahrlosten Wohnung aufgewachsen ist, von der Mutter körperlich misshandelt und vernachlässigt worden war, wiederholt hatte es für die Kinder nichts zu essen gegeben. Wenn die Schwestern etwas angestellt hatten, wurde er dafür bestraft.

Der Vater war Alkoholiker, hielt sich aus allem raus und verließ die Familie in Herrn E.s 5. Lebensjahr. Es kam zu regelmäßigem Kontakt mit dem Jugendamt, wodurch sich jedoch nichts geändert hatte, was Herr E. in sehr negativer Erinnerung hat. Mehrmals zog er zum Vater, weil er es bei der Mutter nicht aushielt, kehrte dann doch wieder zu ihr zurück, weil sie versprach, dass alles besser würde. Die Mutter muss in ihrem Verhalten unberechenbar und sehr manipulierend gewesen sein. In der früheren WG hatte sich diese Dynamik wohl wiederholt, mit dem Ergebnis, dass Herr E. dort ausziehen musste.

In der Klinik hatte er ähnliche Schwierigkeiten gehabt. Es wurde mir deutlich, dass Herr E. auch mit uns seine Familiendynamik wiederholte. Er versuchte uns unbewusst dazu zu bringen, ihn so abzulehnen und so aggressiv auf ihn zu reagieren, wie die Mutter wohl mit ihm umgegangen war. Weiter behandelte er uns in der Identifikation mit dem Aggressor genauso entwertend und manipulierend, wie er behandelt worden war, man fühlte sich ihm gegenüber unfähig, klein, ohnmächtig, so wie er sich wohl als Kind gefühlt hatte (vgl. Abwehrmechanismus der projektiven Identifizierung nach BION 1990), was starke Wutgefühle auslöste. In der Übertragung erlebte er uns als bedrohlich, übermächtig und vernachlässigend. In den Fallbesprechungen mit den Kollegen versuchte ich, seine Psychodynamik zu verdeutlichen und forderte dazu auf, nicht auf sein destruktives Kontaktangebot einzusteigen. Es fiel sehr schwer, uns von der sogartigen Dynamik abzugrenzen.

In die Projektarbeit war er kaum zu integrieren, weigerte sich anfangs, mit der Projektgruppe zu essen, als er dann doch am Essen teilnahm, schlang er Mengen in sich hinein und weigerte sich, seinen Anteil zu bezahlen. Er wollte ganz viel bekommen und nichts geben, konnte sich für niemanden interessieren. Kurz, er vermittelte den Eindruck eines ewig schreienden, durch nichts zu beruhigenden Säuglings. Die Gruppe war tolerant ihm gegenüber, wenn in den WG-Sitzungen doch Kritik an ihm laut wurde, schützten wir ihn, was er nicht zu schätzen wusste, sondern sich weiter darüber beklagte, dass wir alles falsch machten, und uns überhaupt nicht für ihn interessierten.

Schließlich gab es mit seinem Einzelbetreuer eine Auseinandersetzung, als Herr E. von ihm verlangte, er solle ihm beim Putzen der Toilette helfen und der Kollege dies verweigerte, weil er es als Machtspiel erlebte. Die Bewohner

organisieren das Putzen der Gemeinschaftsräume selbstständig. Es gibt Putzgruppen, die möglichst gemeinsam putzen und sich gegenseitig auffordern sollten. Das Team unterstützt die Bewohner insoweit, als dass wir auf Verschmutzung hinweisen, Bewohner vernetzen, gemeinsame Putzprojekte machen, bei denen wir uns gelegentlich beteiligen, aber im wesentlichen müssen die Bewohner lernen, ihren Wohnbereich selbst sauber zu halten.

Ein aggressiver Satz des Einzelbetreuers versetzte Herrn E so in Rage, dass er jede weitere Zusammenarbeit ablehnte. Er verlangte Rache, ich sollte den Kollegen bestrafen. Weil er sich durch dessen Worte vernichtet gefühlt hatte, wollte er nun den Kollegen von mir beseitigt haben und konnte nicht verstehen, dass dies nicht erfolgte. Er erwartete Perfektion von uns, wir sollten immer geduldig und freundlich mit ihm sein, das war doch unsere Aufgabe. Er wünschte sich eine nur gute und omnipotente Mutter. Wurde dieser Wunsch nicht erfüllt, erlebte er bodenlose Angst und abgrundtiefen Hass. Es gab nur schwarz oder weiß, Macht oder Ohnmacht. Ein Betreuerwechsel wurde notwendig, was jedoch wenig änderte. Ein Betreuerwechsel wegen eines Konflikts nehmen wir nicht schnell vor, genauso wie die Bewohner auch einen Chef oder Kollegen, der ihnen missfällt nicht austauschen können. Wir halten es für lohnenswert, sich mit den unangenehmen Anteilen der Betreuer auseinanderzusetzen, anstatt Konflikte zu vermeiden.

Auch ein fester Termin in der Woche mit mir brachte nicht die gewünschte Deeskalation. Er ließ sich in die Klinik aufnehmen, wo es zu einem Integrationsgespräch kam, mit dem Ziel ein Arbeitsbündnis herzustellen. Das Gespräch eskalierte. Wir dachten daran, ihm den Auszug nahe zu legen, da wir keine Basis für eine Zusammenarbeit sahen. Es schien, als hätte der Wiederholungszwang gesiegt. Einen Tag vor dem Entlassungstermin teilte er mir mit, er wäre zur Zusammenarbeit mit mir und seiner Betreuerin bereit. Die Einzeltherapeutin vermittelte, sie beschrieb wie verzweifelt er darüber war, dass wir ihm nicht beim Putzen halfen, er fühlte sich wie damals, als er mit seinen Geschwistern in dem verwahrlosten Zuhause gelebt hatte, der Boden habe geklebt und es habe die Mutter nicht interessiert.

Ich konnte erstmals seine Not wahrnehmen und putzte mit ihm. Darüber kam ein konstruktiver Kontakt zwischen uns zustande. Dies ist nun sechs Monate her. Seitdem haben sich seine Beziehungen im Haus grundlegend verändert. Herr E. kann erstmals anders mit seinen paranoiden und feindseligen Projektionen umgehen: Er kann mehr sein Erleben verbalisieren und über sich reflektieren. Alte Gefühle von Angst, Wut und Verzweiflung überfluten ihn häufig, so dass er sich dann völlig gelähmt fühlt, aber er erkennt zunehmend, dass sie in seine Vergangenheit gehören. Er kann die Paranoia in Frage stellen, die Mög-

lichkeit zulassen, dass die Welt vielleicht doch nicht so feindselig ist, wie er sie erlebt, dass er möglicherweise zu den Konflikten etwas beiträgt bzw. seine Geschichte aktiv wiederholt. Er sucht sich aktiv Hilfe bei Team und Bewohnern, um die destruktiven Gefühle abzugrenzen, nimmt angebotene Unterstützung an und kommt freundlich auf uns zu. Er hat begonnen, sich für andere zu interessieren, was die Bewohner wohl als größte Veränderung erleben: Der ehemals misstrauische und zurück gezogene Herr E. geht plötzlich mit spürbar großer Angst vor Ablehnung freundlich und interessiert auf andere zu. Er ist einen großen Schritt aus seinem inneren Gefängnis, aus der Isolation heraus gekommen, worüber wir uns sehr freuen. Auch wurde er vom Ankläger zu einem der stärksten Befürworter unserer Einrichtung und betont in den Gruppensitzungen, wie positiv und unterstützend er die TWG erlebt. Hierfür war eine enge Zusammenarbeit von Psychologen, Sozialarbeitern, Psychotherapeuten und Supervisoren notwendig.

Zusammenfassend könnte man sagen, dass sich die Paranoia zum Bedürfnis nach nachholender Ich-Entwicklung umwandeln konnte. Diese Fallgeschichte ist exemplarisch für unsere Arbeit, die im Grunde hauptsächlich an der Paranoia stattfindet, mit dem Ziel der Vertrauensbildung. Obgleich innerhalb unserer TWGen ausdrücklich keine Psychotherapie statt findet, geschieht dort eher nebenbei, z. B. in kurzen Begegnungen, durch gemeinsamen Aktivitäten Therapie im Sinne von themenzentrierter Interaktion oder auch Milieuthérapie.

Therapeutic factors of the dynamic psychiatric therapeutic living communities in Munich

The paper describes the main therapeutic factors of our work (s. REITZ 1994, REITZ, HESSEL 2000). The district of Upper Bavaria that is financing our institutions questioned the necessity of psychologists during the fee negotiations with our association in January 2006. Therefore I will describe the tasks of the psychologists in our TLCs. Finally I am going to illustrate my theoretical details in a short case study.

The main therapeutic factors of the TLCs are: Resource orientation on the background of a psychodynamic understanding, the interdependency with ambulatory psychotherapy, working with the group dynamics, our understanding of the TLCs as a 'social energetic field' and the application of G. Ammon's concept of identity-development. I will focus on the group dynamic work, our understanding of the TLCs as a 'social energetic field', and the application of G. Ammon's concept of identity development.

Groupdynamic work

The group dynamic approach of Dynamic Psychiatry differs considerably from cognitive oriented groups, occupational therapy and other directions that work with groups but benefit little from the group as a whole. By means of the group dynamic sessions taking place weekly our group dynamic work can be illustrated best. Here we reference every statement and act of each resident on the whole group. When someone disregards a regulation, makes the group upset with him, two members get into an unforgiving conflict, the telephone is shut down because the bill has not been paid again or the dishes have not been washed, we ask: What does this problem stand for in the 'here and now' in the group? What is the individual group member expressing for the group? This has a releasing function for the individual and at the same time makes all members accountable.

The most important and most difficult challenge for the group leader is the protection of the scapegoat. Like in any other group there is always the risk that negative emotions and ego-parts are projected onto one group member. To get rid of the negative feelings the scapegoat is removed. In the magical hope of getting rid of ones own problems, the other shall be eliminated. The scapegoat usually volunteers somehow for his role, e.g. because of a lack of social competencies, an aggressive or refusing attitude or just by being different (THOME 2007). When the group starts to turn against one member, we intervene and raise the question, what does the accused stand for. We restrict further concrete accusations. Instead we invite the group to work out the problem included in the scapegoat dynamics. We place the topic as a challenge to be solved by the whole group. The (re-)solution of this challenge is associated with a gain of structure for the whole group. What has been dressage before at best, is thus becoming culture. Culture has to be understood as being in a permanent process of changing and a guarantor for the experiences anchored in the group life, not as traditional and determined.

This way we manage to place the responsibility for anything that happens on everyone and keep difficult members (e.g. residents who do not participate in housework or group activities or acute psychotic patients) in the group. Everybody experiences that one can find ones own space in the TLC. We interpret therapeutic needs as resistance and constrain them, by working only in the here and now. Further focus of our work is the struggle against the group leader, which is necessary for the development of group boundaries (AMMON 1976, pp. 60). The group is checking out, again and again, whether the leaders themselves are able to experience and learn about unconscious group processes and

whether they are able to handle conflicts. They accuse us, for example, of not caring more about their problems in the house, like telephone, power, tidiness or not leading the group correctly. The expression of these sensations is allowed and desired. We refer the complaints to the group and ask what kinds of needs are being expressed by them (like the wish for a good mother who fixes all, or their fears of disorganization). Instead of a 'moral treatment' in the sense of punishment or cognitive circumvention of unwanted behaviour, we want to establish real virtues. The group dynamic session is implicitly a place to learn coping strategies, social competencies, disagreement with authorities, handling of anxieties and much more.

The TLC as a 'social energetic field'

The TLC consisting of team and residents can be understood as a social energetic field in terms of Günter Ammon (1986b). Before they came to the TLC many residents had none or mainly destructive relationships. At the start they unconsciously try to repeat their old relationship patterns, as a rule internalized deficient and destructive experiences from their so-called primary groups. At the same time they move in with the hope of freeing themselves from their pathologies, to overcome development prohibitions and to live a life in their own right with the help of the TLC. By providing space for the residents to encounter themselves and us, to care about, argue with, to support each other etc. new relationship experiences can occur.

Sometimes residents criticize the TLCs as, "not being the real world. Out there" things would be different. This is incorrect. The TLC essentially is a kind of microcosm, a miniature society with the same possibilities, duties and responsibilities as in a workplace, family or other social community. Sometimes the individual is even more challenged than in a 'normal' daily life situation: In one of our TLCs 17-20 people have to cope with only two kitchens and many community duties. The main difference to the life 'outside' is the possibility to talk about difficulties and conflicts with counsellors, residents and in the group dynamic sessions and benefit from the described culture of creativity, mutual support, tolerance and faithful contention. This culture is established only by a moment of development, thus by some kind of utopia. Therefore the TLC is de facto not the 'real' world but it is creating possibilities of development for each one and the group in the 'real outside' world.

Application of the concept of identity development

The concept of Ammon's dynamic psychiatry is a concept of identity development (AMMON 1986a). Work in the TLC is a matter of making up identity development. In this concept I want to stress particularly the topic of boundaries: Identity development takes place by disagreement with the group, that means at the boundary between ego and group. Many residents are lacking essential early experiences of being mirrored, they do not know who they really are, how they come across to others, what feelings they cause in others and their ability symbolization is disturbed (s. BRUNS 2002, FONAGY 2002, WINNICOTT 1973). Often they have no inner or outer boundaries or are adapted to violent boundaries only. Through contact and exchange with residents and team they learn to perceive themselves, rub against each other and in the best case they build up inner boundaries and catch up important identity steps in the course of time.

Experiences from project work can be transferred into everyday and working life. Many residents experience our group dynamic sessions as boundary situation, associated with existential anxieties. This is probably due to the fact that the group session re-actualizes each ones pathological relationship dynamics of the primary group. As a start the residents experience the session like they experience their families as children. They fear re-enactment, for example being overlooked, devalued, refused, abused or expelled. At the same time they deeply hope for a change, they hope to be heard, perceived, appreciated and understood eventually. Particularly new residents tend to perceive the group leaders as authoritarian and unpredictable parental figures on whom they can not rely (which of course we are not). To venture into this ominous situation, to express oneself, to address a conflict or to ask for support for oneself or others demands courage. Succeeding at this step means interior demarcation against their own pathology. The resident takes responsibility for himself and learns to deal with others. Many members move into the TLC with an internalized prohibition of perception, that is to say they are not allowed to notice (s. MILLER 1983) how they have been or are being treated. In the group sessions they start to express themselves for the first time and are allowed to criticize and attack the group leaders (parental figures), without being punished for it. Denied and detached ego-parts can be addressed alike, without devaluating or condemning them. The confrontation with ones displeasing and also constructive ego-parts enables the members to grapple with themselves more faithfully in their ambulant psychotherapy. With this the TLC promotes identity development.

The psychologists in the TLCs

Describing the therapeutic factors of our facility shows the necessity of well trained staff. Our social workers need a group dynamic understanding and a minimum of self-awareness in addition to general social pedagogic skills, because this knowledge builds the foundation for the interaction with our residents.

Typical general psychologist tasks in addition to diagnostics of mental disorders, according to the German occupational union of psychologists, include the advancement of development, well-being and capability of people, the advancement of communication, organization of social processes, reduction of anxieties and encouragement of effective learning strategies. As described before these tasks occur in our everyday work.

Exact diagnostics on the basis of a comprehensive expert knowledge on mental disorders is the foundation for indication in the admission procedure. We need to assess the applicants regarding their resources, motivation, possible suicidal tendency, compliance, criminality and addiction. Then we have to check whether an applicant fits into the group and the group matches to him. Our residents have to be relatively self-dependent, for example they have to get up in the morning, feed themselves, they must not have an open addiction and they have to be motivated for psychotherapy. Different than a psychiatric hospital our teams consists of 3-5 members, who are in the house only part-time. When going home in the evening, we have to be sure that none of our residents are at risk and that the house rules are reasonably followed.

We make sure to assemble the group heterogeneously so that the residents complement one another in their strengths and impairments, learn from one another and take an interest in each other. We also keep in mind the current bearing capacity of the whole group. For example, we make sure that not too many depressive people who need much external encouragement move in, or not too many aggressive people who might get into fights. This way we normally manage to build a group with a high potential of different resources.

During the process the psychologist reappraises whether initially aimed-at intentions have been reached or not, whether they are realistic at all or have to be changed together with each resident. The results flow back to the social pedagogic individual leading by the team sessions. Sometimes residents don't talk about essential problems appearing clearly in everyday life in their psychotherapy. Therefore periodic contacts between psychologist and treating psychotherapist are reasonable. Also in case of crises and admissions the ambulant psychotherapist is contacted by the psychologist.

It is safe to say that the psychologist is the placeholder for the fact that psychotherapy is a highly sophisticated and effective method and therefore has an important significance in the TLC. Contrary to many other institutions we are not exclusively interested in psychiatric maintenance but support a combination of psychotropic and psychotherapy with the aim of making up identity development and therefore the opportunity for a self-dependent and meaningful life.

Different from psychotherapy, we interact spontaneously in the everyday life of the residents. We mirror them their difficulties and also their development, set boundaries and support when it seems necessary. First the analytical trained psychologists have to understand the subconscious messages of our residents. Then we have to translate them in the team sessions and finally work out appropriate approaches together with the social workers. While the social pedagogue works more directly with reality, everyday topics and the relationship the residents offer to us, the psychologist should distance himself from the concrete events. He should ask a question on meta-level, like: "What is it that the person wants to tell us with his behaviour about his experiences and feelings and how can we get through to him?"

Case study

To demonstrate the tasks of the psychologist in our TLCs I will now outline a short case study. I will not go deeper into the occupational situation, but confine myself to a section: John (born in 1981, F60.31, F60.0, F33.2) moved into our facility. He came after a stay in the dynamic psychiatric clinics Mengerschwaige. He had moved out from another TLC because of insolvable conflicts with other residents and team. He became the scapegoat in the group. My first encounter with him: Coming back from a short trip he showed up in our office without an appointment, demanded scissors and paper (which is quite unusual). My colleague reacted with irritation, had the feeling he wanted to make her his secretary. Then he announced that he wanted to go on another trip the following week. Considerably angry, my colleague told him this wouldn't be possible, we would be a therapeutic facility and not a hotel. John reacted upset, I intervened in the conflict and asked what was going on. He threatened to move out, expressed complaints about the TLC, that we wouldn't support him, that he wanted to go back to the other TLC and that we couldn't bar him from going on vacation etc. I felt devaluated and completely incompetent. He left the office furiously. Some more similar incidents like that happened. He acted in a way that one was glad not have to deal too much with

him. I delved into his biography, the clinic recordings and spoke to his individual therapist, occasionally his only confidant. I found out that he grew up in a desolate family situation with 2-6 half-siblings in a shabby flat, neglected and physically abused by the mother. Repeatedly the children had had no food. When the sisters got into mischief, John was punished for it.

The father was an alcoholic, had no part in the upbringing and left the family when John was 5. There had been regular visits from the youth welfare office, but nothing had changed. John was very disappointed about the lack of support. A few times he moved in with his father because he couldn't bear to be with his mother anymore, but finally went back to her when she promised to change. He described her as manipulative and unpredictable. In his former TLC these dynamics re-enacted, I guess, with the result that John had to move out. During the stationary therapy he had similar problems. It became apparent to me that John tried to re-enact his family dynamics with us also. Subconsciously he tried to make us reject him and react aggressively, probably in the way the mother had been with him. Further, in identification with the offender, he treated us as devaluating and manipulating as he had been treated. We felt as incompetent, small, powerless, as he probably felt when he was a child (BION 1990) in the sense of projective identification. This induced feelings of rage in us.

In the transference he experienced us as threatening, superior and neglecting him. I tried to clarify his psychodynamics during the case conferences with my colleagues. I requested that we not get into his destructive contact offer. It was very difficult for us to restrain from his sucking dynamics. During project work it was almost impossible to integrate him. In the beginning he refused to eat with the group. After a while he did eat with the group, gorged himself with large amounts of food and refused to pay for his share. He wanted to get a lot and give nothing. He was unable to care for anyone. In short, he came across as an eternally screaming infant that can not ever be appeased. The group was surprisingly tolerant. In cases of criticism during the group sessions we protected him. This he did not appreciate, instead he went on complaining, that we would be doing everything wrong and wouldn't care about him at all. Eventually he had an argument with his individual social worker. John wanted him to help him clean the toilette, which my colleague refused because he experienced it as a power game. An aggressive phrase upset John that much that he objected any further co-operation. He wanted revenge. I was supposed to punish his social worker. Because he had felt destroyed by my colleagues' words he now wanted me to get rid of him. He couldn't understand why this didn't happen. John expected perfection from us.

We were always supposed to be always patient and friendly with him, which was our job. He wished for an only good and omnipotent mother. When his desire wasn't fulfilled he experienced bottomless fear and abysmal hatred. There was only black or white, force or powerlessness. A change of his individual counsellor was imperative but didn't provide the designated de-escalation. He submitted to stationary psychotherapy. We had an integration conference with the aim of rebuilding a working alliance. The discussion escalated. We thought about suggesting a move because we could not see any basis for cooperation.

It appeared that the repetition compulsion had won. One day before discharge from the clinic he called and informed me that he would toe the line and cooperate with me and his social worker. I accepted. His individual therapist told me how despairing he felt about us not helping him with cleaning. He felt like at that time when he lived with his siblings in his run-down home, the floor was sticky and his mother didn't care. I was then able to perceive his misery for the first time. This accomplished a constructive contact between us. It has been 6 months since then and John's relationships in the house have changed fundamentally. For the first time John is able to handle his paranoid and hostile projections: He is able to verbalize his experience and reflect about himself. Old feelings of anxiety, rage and desperation overflow him frequently, so that he feels absolutely paralyzed. He realizes increasingly that these feelings belong to his past. He can call the paranoia into question, is able to allow the possibility that the world might not be as hostile as he perceives it, that he possibly contributes something to his conflicts and re-enacts his life story. He seeks help from group members and the team to limit destructive feelings. He accepts offered support. Also he started to care about others, which is the most important change for the other residents: The former mistrustful and withdrawn John approaches others with kindness and interest but noticeable fear of rejection. We are glad to see that he made a major step out of his inner prison and out of his isolation. Also the former accuser became one of the keenest advocates of our institution. In the group sessions he points out how positive and supporting he experiences the TLC. For this positive result a good teamwork of psychologists, social workers, psychotherapists and supervisors was necessary. Recapitulating one could say that the paranoia was transformed into the need of catching up on ego-development. This case study is an example of our work, that deals mainly with the paranoia, with the aim of development of trust. Although psychotherapy is explicitly not taking place in our TLCs, therapy happens casually e.g. during short encounters and joint activities in the sense of Theme Centered Interaction (TCI) or milieu therapy.

Literatur

- Ammon, G. (1976): Was macht eine Gruppe zur Gruppe? In: G. Ammon (Hrsg): Analytische Gruppendynamik; S. 55-63. Hamburg: Hoffmann, Campe.
- (1986a): Identität – ein Geschehen an der Grenze von Raum und Zeit. In: G. Ammon: Der mehrdimensionale Mensch; S. 87-102. Berlin: Pintel.
- (1986b): Das Prinzip der Sozialenergie. In: G. Ammon: Der mehrdimensionale Mensch; S. 103-112. Berlin: Pintel.
- Bion, W. (1990): Lernen durch Erfahrung. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Bruns, G. (2002): Symbolisierung und ihre Störungen. Einführende Bemerkungen. Vortrag gehalten auf der DPV-Herbsttagung 2002. <http://www.dpv-psa.de/html/events/archiv/frankfurt%202002/bruns.htm> (besucht: 16.09.08)
- Cohn, C. (1975): Von der Psychoanalyse zur themenzentrierten Interaktion. Von der Behandlung einzelner zu einer Pädagogik für alle. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fonagy, P.; Gergely, G.; Jurist, E.; Target, M. (2002): Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self. New York: Other Press.
- Heyden, S.; Roschat, H. (2006): Persönlichkeitsfördernde Prozesse der milieutherapeutischen Projektarbeit in einer Therapeutischen Wohngemeinschaft der Dynamischen Psychiatrie. *Dyn. Psychiat.* 39:149-156.
- Miller, A. (1983): Du sollst nicht merken. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Reitz, G. (1994): Living communities in the spectrum of treatment of Günter Ammon's Dynamic Psychiatry. *Dyn. Psychiat.* 27:90-94.
- Reitz, G.; Hessel, T. (2000): Erfahrungen und Ergebnisse aus der Arbeit in den Wohngemeinschaften der Dynamischen Psychiatrie. *Dyn. Psychiat.* 33:327-336
- Splete, R. (2000): Gruppendynamische Arbeit in Wohngemeinschaften der Dynamischen Psychiatrie. *Dyn. Psychiat.* 33:337-345.
- (2006): Zur Gruppendynamik der Aufbauphase therapeutischer Wohngemeinschaften. *Dyn. Psychiat.* 39:175-190.
- Thome, A. (2007): Analytic group therapy and destructive aggression. Vortrag gehalten auf dem 15. WADP-Kongress, St. Petersburg (unpublished).
- Winkelmann, U. (Hg.) (2000): Aggression mal konstruktiv. Eschborn: Klotz.
- Winnicott, D. (1973): Die Spiegelfunktion von Mutter und Familie in der kindlichen Entwicklung. In: D. Winnicott : Vom Spiel zur Kreativität; S. 128-135. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Für fehlende Literatur ist die Autorin zu kontaktieren.

Saskia Heyden ist Dipl.-Psych., Psychologische Psychotherapeutin und Gruppentherapeutin in eigener Praxis; Leitung der Therapeutischen Wohngemeinschaft Grünwald von 2003-2008.

Autorenadresse

Saskia Heyden • Musenberg-Str. 24a • 81929 München • saskiaheyden@freenet.de

Neue Formen ambulanter Psychotherapie bei Suchtpatienten in Deutschland

Reimer Hinrichs (Berlin)

The paper focuses on both organizational and substantial aspects of a new approach in outpatient psychotherapeutic treatment of drug addictive patients in Germany: current epidemiology of drug addiction in Germany, reasons for the failure of traditional concepts in outpatient treatment: the avoidment of integrative approaches, legal aspects: introduction of a Medical Supply Center in 2004, a multidimensional psychotherapeutic concept of MVZ CURA in working with drug addictive patients, catamnestic aspects, future perspectives.

Keywords: drugs addiction, outpatient psychotherapy, Germany, substitutional therapy

Einleitung: Historie und Epidemiologie der Opiatabhängigkeit

Heroin (Diacetylmorphin) wird aus Morphin hergestellt, dem Hauptalkaloid des Opium, und wird per lipidlöslicher Resorption im Gehirn wieder zu Morphin umgewandelt ('flash', 'kick'). Die zentralnervösen Hauptwirkungen sind Schmerzreduktion, Euphorisierung, Erregungsdämpfung und Angstreduktion.

1920 wurde in Deutschland das sogenannte Opiumgesetz in Kraft gesetzt, das den nicht ärztlich verordneten Konsum von Opiaten unter Strafe stellt. Hierdurch beginnt die Kriminalisierung des Konsums und des Handels mit Opiaten außerhalb der ärztlichen Applikation.

Seit 1960 findet eine explosive Zunahme des nichtmedizinischen Drogenkonsums statt; die verschärfte Illegalisierung wird öffentlichkeitsrelevant.

1971: BTMG: Gesetz zur Eindämmung des Betäubungsmittelmissbrauchs. Reaktion:

- liberale release-Gruppen, Therapieketten, Drogenberatung, Etablierung der Stadien: Körperlicher Entzug (Entgiftung) – Stationäre Langzeittherapie (Entwöhnung) – ambulante Nachsorge (Rehabilitation); einseitige Zentrierung auf stationäre Langzeittherapie.

1985: Die Bedrohung durch HIV reduzierte den Widerstand der Ärzte gegen die Substitutionstherapie. Während auf der Hilfeebene sich seitdem multidimensionale Netzwerke entwickelten, blieb politisch der Drogenkonsum weitgehend punitiv bedroht. 1987: Erstes deutsches Methadonprogramm in NRW

Paper for the 15th International Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry, May, 15-18, 2007; St. Petersburg

als Modellversuch (Applikation als verdünnte Flüssigkeit). Langsame Abwendung von der Zentralisierung der stationären Langzeittherapie.

2000: Einführung von Buprenorphin (Subutex) in die Substitutionsbehandlung (sublinguale Resorption, Tablettengabe).

Aktuell besteht weiterhin ein prinzipiell punitiver Akzent, aber auch die Diskussion über die Liberalisierung in Richtung medizinisch kontrollierter Vergabe der Droge selbst (Heroinausgabe) hat begonnen. Bis auf weiteres ist die Substitution der pragmatische und realistische Kompromiss zur Reduktion der Beschaffungskriminalität, Erhöhung der Lebensqualität der Patienten und zur Rezidivprophylaxe.

Prävalenz ist die Häufigkeit der Erkrankung in definierter Population: Auf 100.000 Einwohner der alten Bundesländer kommen 54 männliche und 17 weibliche opiatabhängige Drogenkonsumenten. Aktuell geht man in der Bundesrepublik von ca. 120.000 Opiatabhängigen aus.

Somatische Komorbidität: Infektionen, Hepatitis C, HIV.

Psychiatrische Komorbidität

Im Vergleich zur Normalbevölkerung ist das Risiko für Drogenabhängige, an einer weiteren psychischen Störung zu leiden, um das 6,7-fache erhöht.

Bei opiatabhängigen Frauen sind phobische Syndrome und depressive Störungen deutlich erhöht, bei opiatabhängigen Männern antisoziale, narzisstische und passiv-aggressive Persönlichkeitsstörungen. 70% der methadonsubstituierten Patienten weisen neben der Abhängigkeit mindestens eine zusätzliche psychische Erkrankung auf (sog. Doppeldiagnose).

Drogenabhängigkeit und psychische Erkrankungen können in unterschiedlicher Weise in Verbindung stehen:

- Die psychische Erkrankung kann die Entstehung der Drogenabhängigkeit verursachen;
- die psychische Erkrankung kann den Verlauf und die Schwere der Drogenabhängigkeit beeinflussen;
- die psychische Erkrankung kann als Resultat der Drogenabhängigkeit auftreten;
- Drogenabhängigkeit und psychische Erkrankung können nebeneinander bestehen, ohne dass Wechselwirkungen nachweisbar sind (GASTPAR et al. 2003, S. 84).

Ein wichtiger Aspekt dieses Themas ist die iatrogene Induktion komorbider Erscheinungen durch ärztliche Applikation von Substanzen, die selbst suchterzeugend sind, zur Behebung einer anderen Suchterkrankung (etwa zur Minderung von Entzugssymptomen).

Soziale Folgen des Opiatcravings: Verlust des Arbeitsplatzes, familiäre Komplikationen, häusliche Gewalt, finanzielle Probleme, erschwerte soziale Re-Integration, Prostitution, andere Formen der Beschaffungskriminalität.

Therapeutische Komplikation: Fremdmotivation durch Gerichtsauflagen zur Therapie.

Kostenfrage: Die sozialen Kosten des Drogenkonsums und seiner Behandlung betragen 1,8% des bundesdeutschen Bruttosozialproduktes.

Kostenträger: Gesetzliche Krankenversicherung, Rentenversicherungsträger, Sozialämter.

Kritik der traditionellen ambulanten psychotherapeutischen Ansätze

Bis zum Jahre 2004 fanden ambulanten Therapieansätze, politisch gewachsen, weitgehend arztfremd statt; diese sogenannten Kooperationsmodelle (GASTPAR et al. 2003, S. 88-89) wurden sozialtherapeutisch umgesetzt, während der Arzt zum Verschreiben der Substitutionsmedikation instrumentalisiert wurde, jedoch – im Widerspruch zu den entsprechenden Richtlinien – nicht unmittelbar und kontinuierlich an der Patientenbetreuung beteiligt war. Es hatte sich herausgestellt, dass sich Ärzte und süchtige Patienten traditionell gewissermaßen 'aus dem Wege gehen'. Die Ressource ärztlicher Kompetenz und Koordination, obwohl gesetzlich festgeschrieben, blieb faktisch ungenutzt.

Dies führte zu der Etablierung örtlich auseinander liegenden Behandlungsstätten, die zu einer faktischen Trennung der gesetzlich geforderten Bündelung ärztlicher (psychiatrischer und psychotherapeutischer) Therapiemaßnahmen einerseits und andererseits der begleitenden psychosozialen Betreuung führten.

Hierdurch gingen wertvolle Ressourcen verloren; dieser Mangel schlug sich vor allem in einer fehlenden dauerhaften Konzeptionalisierung der therapeutischen Strategie nieder und wurde von vielen Patienten häufig geschickt kontraproduktiv genutzt.

Juristische Aspekte

Das Medizinische Versorgungszentrum als medizinisch-politisches Novum

Medizinische Versorgungszentren (MVZ) stellen eine Alternative zur traditionellen ärztlichen Einzel- oder Gemeinschaftspraxis dar, deren Etablierung durch den bundesdeutschen Gesetzgeber im Jahre 2004 ermöglicht wurde. In einem MVZ können fachübergreifend Ärzte in beliebiger Zahl in Zusammenarbeit mit nichtärztlichen Leistungserbringern die Patientenversorgung an einem

oder an verschiedenen Standorten durchführen. Hierdurch lassen sich bezirksspezifisch bedarfsgerechte ambulante medizinische Versorgungskomplexe etablieren, in denen beispielsweise im Bereich der Substitutionsbehandlung psychiatrisch/psychologische Diagnostik, Psychotherapie unterschiedlicher Ausrichtung und psychosoziale Betreuung unter ärztlicher Leitung gebündelt werden können mit der fachärztlich-somatischen Versorgung der häufig multimorbiden Klientel.

Seit dem 1. Januar 2004 können MVZ ambulante vertragsärztliche Versorgungen erbringen. Die Ärzte können in einem MVZ, das ärztlich geleitet werden muss, als freiberufliche oder als angestellte Ärzte beschäftigt werden. Ein MVZ definiert sich als fachübergreifende ambulante medizinische Einrichtung mit mindestens zwei Fachärzten.

Auch Krankenhäuser und andere Leistungserbringer können MVZs gründen. Ärzte dürfen allerdings nicht von Nichtärzten angestellt werden. Zum 31. März 2006 waren in Berlin 52 MVZ zugelassen, die durchschnittliche Arztzahl beträgt vier Ärzte pro MVZ. Der Vorteil eines MVZ gegenüber der herkömmlichen Einzelpraxis liegt vor allem in der Nutzung von Synergie-Effekten (kurze Wege, abgestimmte Behandlungsprozesse, weniger Doppeluntersuchungen, Kompetenzbündelung).

Unser MVZ CURA besteht seit 2005 und ist in einem sogenannten Brennpunktbereich in Berlin-Neukölln angesiedelt, der sich durch hohen Ausländeranteil, hohe Arbeitslosigkeit und soziale Spannungen beschreiben lässt.

Die CURA ist auf zwei nahe beieinander gelegene Standorte verteilt, die den Schwerpunkt Substitution und allgemeinmedizinische Versorgung der Bevölkerung räumlich trennen. Der Substitutionsstandort ist räumlich verbunden mit einer psychosozialen Betreuungsstelle, der somatische MVZ-Standort verfügt über ein chirurgisches Op-Zentrum und kooperiert mit einer benachbarten physiotherapeutischen Praxis.

Somatisch werden allgemeinmedizinische und neurologische Krankheiten ebenso behandelt wie chirurgische Komplikationen (Abszessbildungen) und internistische Bilder (HIV-Infektionen, Hepatitis C durch Interferon)

Es ist eine der Anfangsschwierigkeiten am Substitutionsstandort gewesen, der dort lebenden Bevölkerung den Bedarf einer Medizinal Einrichtung verständlich zu machen, die sich zentral mit Drogenabhängigen beschäftigt. Diese Schwierigkeiten konnten bereits ein Jahr nach Etablierung unseres MVZ (Juni 2006) als ausgeräumt betrachtet werden, da durch das Substitutionsprogramm die Spannung in Richtung Beschaffungskriminalität sich unmittelbar und nachhaltig verringerte. Dies führte zu einer deutlichen sozialen Entspannung im benachbarten Wohngebiet.

Wer ist berechtigt zur Durchführung substitions-gestützter Therapie?

Die Durchführung substitions-gestützter Therapie Opiatabhängiger ist gebunden an eine ärztliche Qualifikation im Bereich Suchtmedizin. Substitution gehört zu den sogenannten genehmigungspflichtigen Leistungen, deren Durchführung an eine spezielle Ausbildung des Arztes gebunden ist, die von den regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen (Associations of Statutory Health Insurance Physicians) geprüft, genehmigt und kontrolliert wird. Neben Fachärzten für Psychiatrie können sich auch approbierte Ärzte aller anderen Fachrichtungen in einem Fortbildungskurs zur 'Suchtmedizinischen Grundversorgung', der von der Ärztekammer angeboten wird, entsprechend qualifizieren.

Zu unterscheiden ist grundsätzlich die stationäre, halbstationäre und ambulante Therapie sowie die damit verbundene Trennung der Kostenträger. Bei uns findet die Therapie ambulant statt, eine Erweiterung zugunsten des halbstationären tagesklinischen Bereichs ist geplant. Auch bei dieser Erweiterung wird der ambulante Bereich als funktioneller Rahmen beibehalten.

Die akute Entgiftung wird i.d.R. von den Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) bezahlt und ist in den meisten Fällen der Substitutionstherapie vorgeschaltet.

Die Kosten für die stationäre, teilstationäre, und ambulante Entwöhnung und die ambulante Nachsorge (Rehabilitation) werden überwiegend vom Rentenversicherungsträger getragen (DRV Bund). Die geforderten personellen und räumlichen Qualitätsstandards sind hoch, die Kontrollen dicht.

Substitutionsbehandlungen werden hauptsächlich ambulant durchgeführt, wobei die Grenzen zwischen Entgiftung und Entwöhnung gelegentlich verschwimmen. Im ambulanten Bereich lässt sich nicht immer der Abschluss der Entgiftung dem Beginn der Entwöhnung zeitlich vorschalten. 70% der Kosten unserer Substitutionstherapie werden von den GKV getragen. Geplant ist eine Erweiterung zugunsten ambulanter Langzeittherapie (Entwöhnung) mit psychotherapeutischem Akzent in Ergänzung zur Substitutionsbehandlung zu lasten der Rentenversicherungsträger. Hiermit wären die gesetzlich vorgeschriebenen sozialmedizinischen Postulate zur Re-Integration, Prävention und Prophylaxe noch deutlicher umgesetzt.

In der Substitutionstherapie kommen zur Anwendung Levomethadon (Handelsname L-Polamidon, Tagesdosis 40-70mg) und Methadon-Racemat (ansteigend von 20 bis auf 70mg/Tag) als verdünnte Flüssigkeiten, die unter Sicht des Arztes eingenommen werden müssen, sowie seit 2000 alternativ Buprenorphin (Handelsname Subutex) in Tablettenform zur sublingualen Resorption. Subu-

tex hat weniger Nebenwirkungen, kann aber lebensgefährlich mit anderen psychotropen Substanzen interagieren, also bei sogenanntem Beigebrauch.

Die praktische Arbeit der ambulanten Substitution besteht aus der Kooperation eines Netzwerks, das von Ärzten geleitet und koordiniert wird. Daneben kommt Psychologen, SozialarbeiterInnen, ArzthelferInnen und Krankenschwestern/-pflegern eine entscheidende Aufgabe zu. Wichtig erscheint uns, dass diese Kooperation an einem Standort gebündelt ist.

Die Besetzung unseres MVZ:

- vier Ärzte, die alle über die Genehmigung zur Durchführung substitutionsgestützter Behandlung Opiatabhängiger seitens der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin verfügen, im Einzelnen:
- eine praktische Ärztin (Geschäftsführerin),
- ein Facharzt für Allgemeinmedizin (Ärztlicher Leiter) in verhaltenstherapeutischer Ausbildung,
- ein Facharzt für Chirurgie und Gefäßchirurgie (russischsprachig), sowie
- ein Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Psychoanalyse, Psychotherapie, zugleich Facharzt für Psychosomatische Medizin; Zusatzausbildungen bestehen in Hypnose und Akupunktur.

Zusätzlich:

- ein approbierter Psychologe mit verhaltenstherapeutischer Ausbildung, der sich in Ausbildung des Gebietes 'Suchtmedizinische Grundversorgung' befindet;
- zwei Sozialarbeiter mit suchtttherapeutischer Ausbildung, einer davon russischsprachig;
- eine Diplom-Pädagogin mit suchtttherapeutischer Ausbildung,
- zwei Arzthelferinnen, eine davon approbierte Dolmetscherin für albanisch und russisch;
- eine Krankenschwester, sowie
- eine Arzthelferin in Ausbildung.

Dem Beginn der Entwöhnungs- und Substitutionsbehandlung ist eine sogenannte Motivationsphase vorgeschaltet, die diagnostisch und therapeutisch akzentuiert ist: Diagnostisch findet Testpsychologie und Anamnesenerhebung unter tiefenpsychologischen Aspekten statt (DÜHRSEN 1981), therapeutisch wird genehmigungspflichtige tiefenpsychologisch fundierte Einzel- und Gruppentherapie angewendet.

Wird die Behandlung insbesondere der ambulanten Entwöhnung und der ambulanten Nachsorge durchgeführt, deren Kostenträger die Rentenversicherungen sind, sind sogenannte Psychosozale Beratungsstellen zusätzlich von Be-

deutung, in denen hauptsächlich nichtärztliche Mitarbeiter zur Regelung sozialer, finanzieller und forensischer Probleme der Patienten tätig sind. Auch die Integration dieses Moduls ist in unserer Arbeit gewährleistet.

Ein besonderes therapeutisches Problem entsteht durch das Migrantenthema, also die hohe Anzahl ausländischer, vor allem osteuropäischer Patienten und deutscher Patienten mit Migrationshintergrund, die der deutschen Sprache nur unvollständig mächtig sind. Unsere Involvierung in diesem Bereich konnten wir auf dem letzten suchtmmedizinischen Fachkongress im November 2005 in Berlin einer breiten Öffentlichkeit vorstellen.

In unserem MVZ sprechen zwei Ärzte außer deutsch fließend russisch, die englische Sprache wird umgangssprachlich von allen Ärzten beherrscht, eine Ärztin lernt zusätzlich russisch. Eine der Arzthelferinnen ist approbierte Dolmetscherin für albanisch und russisch, eine weitere spricht russisch als Muttersprache; zusätzlich beschäftigen wir in Teilzeit eine Mitarbeiterin, die auf dem Gebiet der Schuldnerberatung tätig ist.

Zahlreiche Patientinnen sind im Rahmen der sogenannten Beschaffungskriminalität in Konflikt mit dem Gesetz gekommen; dieser Bereich wird psychotherapeutisch überwiegend durch den bei uns tätigen Psychiater und Psychoanalytiker abgedeckt, der Erfahrungen in der Forensischen Psychiatrie sammeln konnte. Hier besteht ständiger Kontakt zu Staatsanwaltschaft, den psychiatrischen Abteilungen der Berliner Justizvollzugsanstalten und dem Sozialpsychiatrischen Dienst des Bezirks Neukölln, in dem unser MVZ angesiedelt ist.

Psychotherapeutisch beschäftigen wir auf Honorarbasis in Teilzeit einen approbierten Psychologen, der testpsychologisch und psychotherapeutisch mit verhaltenstherapeutischem Akzent arbeitet.

Einer der zwei Allgemeinmediziner befindet sich in fortgeschrittener verhaltenstherapeutischer Ausbildung und ist gleichzeitig Facharzt für Kinderheilkunde, der Psychiater arbeitet überwiegend psychoanalytisch und tiefenpsychologisch fundiert, verfügt aber auch über die neurologische Facharztausbildung und Zusatzqualifikationen in Hypnose und Akupunktur..

Weitere medizinische Versorgungsbereiche sind durch einen Facharzt für Chirurgie abgedeckt.

Inhaltliche Aspekte

Das multidimensionale psychotherapeutische Konzept des MVZ CURA in der ambulanten Behandlung Drogenabhängiger

Wissenschaftlicher Konsens herrscht darüber, dass die Ätiopathogenese der Opiatabhängigkeit multidimensional ist; neurochemische und lerntheoretische

Akzente ergänzen das inkongruenztheoretische Modell der Sucht, das wiederum auf dem bio-psycho-sozialen Gefüge fußt:

Zur Inkongruenztheorie nach Rogers (SCHUHLER, VOGELGESANG 2006, S. 64-66):

- Zwischen externen Erwartungen und internen Impulsen des Patienten besteht eine Inkongruenz, die inhaltlich nicht voll bewusstseinsfähig ist und daher nicht aufgehoben werden kann;
- das unspezifische Inkongruenzerleben wird durch aktuelle Frustrationserfahrungen aktiviert; ein vorbewusster Konflikt entsteht;
- der Konflikt wird unscharf, aber drängend erlebt; das Symptom entsteht als sogenanntes Inkongruenzäquivalent in Form wachsender psychophysischer Spannung; bis zu diesem Stadium wäre aufdeckende Psychotherapie die kausale Therapie der Wahl; findet sie nicht statt, entwickelt sich folgendes Muster;
- zur Reduktion der genannten Spannung bieten sich psychotrope Drogen an;
- der Suchtmittelkonsum vermindert vorübergehend den Spannungszustand;
- durch den Konsum kommt zum temporären Erleben artifizieller Kongruenz;
- die Inkongruenzäquivalente werden wieder wahrgenommen, sobald die Wirkung der Substanz nachlässt;
- im Nebengang entstehen körperliche Entzugserscheinungen und reaktiv das alles beherrschende Craving;
- es kommt zur Entwicklung von Suchtmittelmissbrauch und Abhängigkeit;
- der Substanzkonsum führt zur internen Wahrnehmungsverzerrung;
- es entsteht eine Blockade hinsichtlich der Wahrnehmung der ursprünglichen Inkongruenzinhalte und des basalen Konflikts;
- sekundäre Inkongruenzen werden gebildet:
 - physisch: Entzugssymptome und Suchtfolgekrankheiten (Komorbidität);
 - psychisch: Verlust der Selbstkontrolle, Kränkung des Real-Ich-Erlebens, Scham und Schuld mit entsprechender Abwehr, psychotische Episoden, sogenannte Minussymptomatik;
 - sozial: Depravationserscheinungen wie Schulden, Verlust des Arbeitsplatzes, Beschaffungskriminalität und familiäre Konflikte.

Das Erleben der sekundären Inkongruenzen wird abgewehrt durch erneuten Suchtmittelkonsum. Entsprechend dieses biopsychosozialen ätiopathogenetischen Modells muss jeder sinnvolle therapeutische Ansatz ebenfalls mehrschichtig sein, ohne seine integrative Funktion zu verlieren.

Psychodynamische Aspekte zur Persönlichkeit des drogenabhängigen Patienten sind wichtige Themen in der Konzeptualisierung psychotherapeutischer

Ziele der Abhängigkeit selbst und deren psychiatrischer Komorbidität, die bereits genannt wurde.

Vom Setting favorisieren wir den ambulanten Therapieansatz, um die regressive Versuchungssituation zu vermeiden, die jeden Patienten im stationären Setting erwartet. Es herrscht aber auch Klarheit darüber, dass ein Mindestmass psychosozialer Rehabilitationsfähigkeit auf Seiten des Patienten erkennbar sein muss, damit das ambulante Setting effektiv sein kann. Zeitlich gehen wir von einer ambulanten Substitutionsdauer von 2 Jahren aus.

Die Durchführung der Substitutionsbehandlung erfolgt etwa nach folgendem Schema:

Jeder neue Patient wird allgemeinmedizinisch und neurologisch untersucht, psychiatrisch exploriert sowie einer testpsychologischen Diagnostik und einem initialen Drogenscreening unterzogen.

Nach diagnostischer Einordnung aller relevanten somatischen und psychiatrischen Diagnosen wird ein individueller Therapieplan erstellt, der sowohl die somatische als auch die psychiatrische Komorbidität ebenso erfasst wie die Substitutionsdosierung sowie individuelle bedarfsgerechte Psychotherapie, die verhaltenstherapeutisch und/oder tiefenpsychologisch akzentuiert sein kann.

Das Setting kann einzel-, paar- oder gruppentherapeutisch sein. Verbindungen und Wechsel dieser settings sind häufig und abhängig vom individuellen Therapieverlauf.

Die Einbindung familiendynamischer Aspekte und die Erhebung der diesbezüglichen Fremdanamnese kommen ergänzend hinzu, da die Co-Abhängigkeit weiterer Familienmitglieder ergänzende systemische Therapieansätze erfordert.

Darüber hinaus ist eine enge Kooperation mit dem zuständigen Sozialpsychiatrischen Dienst des Bezirks sowie die Zusammenarbeit mit den umliegenden Kliniken von Bedeutung, wie bereits gesagt.

Die Praxisöffnung an allen Feiertagen ist eine gesetzliche Vorgabe der ambulanten Substitutionsbehandlung.

Unsere Arbeit wird extern psychoanalytisch supervidiert. Das MVZ unterliegt einer strengen Qualitätskontrolle durch die Kostenträger (Kassenärztliche Vereinigung Berlin, Deutsche Rentenversicherung Bund). Eine kontinuierliche Fortbildung aller Teammitglieder ist integraler Bestandteil unserer Arbeit. Ziel ist immer die völlige und dauerhafte Abstinenz des Patienten – Opiatfreiheit als gesetzlich vorgegebenes Ziel – sowie die Auflösung des sogenannten Beigebrauchs.

Bei schwerstabhängigen polytoxikomanen Patienten verschiebt sich dieser Akzent auf Schadensbegrenzung und Überlebenssicherung. Die Erreichung des Abstinenzzieles ist schwierig, weil zahlreichen Patienten die Voraussetzungen

fehlen, in den sogenannten ersten Arbeitsmarkt hinein- oder zurückzufinden. Die Drogenanamnese besteht bei vielen Patienten bereits 20 Jahre oder länger, und es gehört zu den größten Herausforderungen an das therapeutische Personal, die Parallelwelten zu verstehen, in denen sich zahlreiche Patienten häufig bereits in der zweiten Generation eingerichtet haben. Es fällt schwer, zu akzeptieren, dass sich diese Klientel neben der erklärten Bereitschaft zur Abstinenz in einem gesellschaftlichen Rahmen bewegt, der in sich stabil ist, den Leidensdruck mindert und uns als Therapeuten weitgehend fremd und verschlossen bleibt: Stichworte hier sind Dynamik der Szene, Einbindung in die Leistungen der sozialen Grundsicherung, und, als Nebenbefund, dass sich durch z.T. illegale Nebengeschäfte Tagesbeträge von bis zu 100 Euro pro Patient steuerfrei verdienen lassen.

Die meisten unserer Patienten haben weder Schulabschluss noch Berufsausbildung, und nicht wenige kommen aus begüterttem Elternhaus mit realistischer Erwartung eines hohen Erbes. Die Aspekte dieser Konstellation wirken psychodynamisch als antitherapeutische regressive Versuchungssituationen.

Störfaktoren im Behandlungsverlauf treten nicht nur durch Rückfälle und den sogenannten Beigebrauch auf, sondern auch durch die Neigung der forensisch oft sehr erfahrenen Patienten, die Mitglieder des therapeutischen Teams gegeneinander auszuspielen, um beispielsweise die Mitgabe der therapeutischen Opiate zu erreichen, mit denen dann außerhalb des Praxisbereichs an den Treffpunkten der Dealer diverse Verkaufs- oder Tauschgeschäfte mit den applizierten oder verordneten therapeutischen Opiaten angestrebt, beabsichtigt oder durchgeführt werden.

Präventive Aspekte stellen einen zentralen sozialmedizinischen und rehabilitativen Teil unserer Arbeit dar. Primäre Prävention bedeutet die Eliminierung des basalen Konflikts; sie will aus persönlicher und struktureller Ebene der Entstehung von Störungen zuvorkommen; dieser Teil bildet nicht den Schwerpunkt unserer Arbeit.

Sekundäre Prävention, die uns mehr beschäftigt, setzt an bei informativer und therapeutischer Hilfe gefährdeter, aber noch nicht nachhaltig geschädigter Patienten an; beispielsweise ist die Verhinderung eines Abgleitens in die Polytoxikomanie bei Suchtkranken Aufgabe sekundärer Prävention.

Tertiäre Prävention bedeutet die medizinische Behandlung der bereits eingetretenen Folgeschäden mit dem Ziel, die Erwerbsfähigkeit des Patienten wieder herzustellen; sie wird durch die Pole Schadensbegrenzung und Rehabilitation beschrieben. Eine Verzahnung der individuellen Ressourcenaktivierung mit den externen Angeboten der neuerdings so genannten Jobcentern der Agenturen für Arbeit ist hier zentral.

Katamnestische Aspekte, Zukunftsperspektiven, Ausblick

Wir halten das hier vorgestellte Konzept für sinnvoll und auch innovativ, da in dem hier vorgestellten Rahmen die Patienten und ihre Angehörigen nicht nur umfassend somatisch und psychotherapeutisch betreut werden, sondern auch deswegen, weil wir den ambulanten Rahmen für besonders vorteilhaft halten hinsichtlich der sozialen Re-Integration der Patienten. Außerdem steht, im Unterschied zum stationären Setting, bei uns der präventive Aspekt hinsichtlich des gefährdeten familiären und sozialen Umfeldes der Patienten im Mittelpunkt.

Wir glauben, dass unser Ansatz zur Zeit den effektivsten Zugang zur Rezidivprophylaxe und sozialen Re-Integration der Patienten darstellt. Demgegenüber stellen stationäre Behandlungsangebote, wie oben angedeutet, zwar einen geschützten und weitgehend geschlossenen therapeutischen Rahmen dar, beinhalten aber auch die Gefahr unerwünschter regressiver Komponenten, die zum Entlassungszeitpunkt zum Bumerang werden können, weil sich der Suchtpatient – neben der Droge – an nichts so schnell gewöhnt wie an Verwöhnung.

Da unser MVZ organisatorisch erst seit dem Sommer 2005 besteht, sind unsere katamnestischen Untersuchungen noch in den Anfängen. Aktuell stellen wir eine Rezidivfreiheit über den genannten Zeitraum von 18% der Patienten fest, gegenüber einer Quote von maximal 5% zu Beginn der Substitutionspraxis, die damals, 1996, noch nicht annähernd über die hier aktuell genannten personellen und fachlichen Ressourcen und Verflechtungen verfügen konnte.

Geplant ist eine weitere personelle Expansion in den Bereichen Gynäkologie, Musiktherapie und Gestaltungstherapie, die Intensivierung präventiver Aktivitäten im Umfeld des Patientenklintels sowie die Intensivierung internationalen wissenschaftlichen Austausches.

New Forms of Outpatient Psychotherapy with Drug Addictive Patients in Germany

Introduction: the history and epidemiology of narcotics dependency

Reimer Hinrichs (Berlin)

Heroin (diacetylmorphine) is produced from morphine, the main alkaloid of opium, and is transformed back into morphine in the brain by lipid-soluble absorption ('flash', 'kick'). The main effects on the central nervous system are the production of euphoria due to release of endorphins and reductions in pain, arousal and fear.

In Germany the so-called Opium Act, which penalizes the use of opiates that have not been prescribed by a doctor, came into force in 1920. Thus began the criminalisation of the consumption of and trade with opiates not administered by a physician.

Since 1960 there has been an explosive increase in the consumption of non-medical consumption of addictive substances; the tightening of the laws rendering their use illegal reached public awareness.

In 1971 came the Narcotics Act or Law on Reducing the Abuse of Narcotics. The reaction: liberal release groups, therapy chains, counselling for addicts and the establishment of stages: physical withdrawal (detoxification) – long-term inpatient therapy (withdrawal) – outpatient follow-up (rehabilitation); one-sided focus on long-term inpatient therapy.

1985: the HIV threat reduced doctors' resistance to substitution therapy. While on the level of aid multidimensional networks have since been established, politically the consumption of addictive substances has remained punishable by law.

1987: the first German methadone program in North-Rhine Westphalia set up as a model scheme (administration as a diluted fluid). A slow abandonment of the centralised long-term inpatient treatment approach.

2000: Introduction of buprenorphine (Subutex) to substitution treatment (sublingual absorption, administration in tablets)

Currently the emphasis remains punitive, but there is now also a discussion on liberalisation, i.e. the controlled distribution of the drug itself (heroin) under the control of doctors. For the time being, substitution is the pragmatic and realistic compromise with a view to reducing drug-related crime, enhancing the patients' quality of life and preventing relapse.

Prevalence = frequency of the disorder in a defined population: there are 54 male and 17 female opiate addicts to every 100,000 inhabitants of the Old West German States. Currently there are an estimated approx. 120,000 opiate addicts in the Federal Republic of Germany.

Somatic comorbidity: infections, hepatitis C and HIV.

Psychiatric comorbidity

For substance abusers the risk of having an additional mental disorder is 6.7 times higher than in the normal population.

Women addicted to opiates have a distinctly higher rate of anxiety and depressive disorders, while men addicted to opiates have an increased rate of antisocial and narcissistic personality disorders. Seventy per cent of patients on

methadone substitution have at least one additional mental disorder apart from their addiction (this is referred to as having a 'dual diagnosis').

Drug addiction and mental disorders can be connected in different ways:

- mental disorder may be the reason for the development of drug addiction;
- mental disorder may influence course and severity of drug addiction;
- mental disorder may occur as a result of drug addiction;
- drug addiction and mental disorders can exist side by side without any evidence of interaction (Gastpar et al. 2003, p. 84).

One important aspect of this subject is the iatrogenic induction of comorbid phenomena due to the administration by physicians of substances which are themselves addictive in order to alleviate another addictive disorder (e.g. to relieve withdrawal symptoms).

Social consequences of the craving for opiates: job loss, complications in the family, domestic violence, financial problems, more difficult social reintegration, prostitution, and other forms of drug-related criminality.

Therapeutic complications: external motivation by court-ordered treatment costs: the social costs of drug consumption and its treatment are 1.8% of the German gross national product.

Funding sources: the statutory health insurances, pension insurance companies, the social welfare offices.

Criticism of the traditional outpatient psychotherapy approaches

Prior to 2004 outpatient treatment approaches were carried out mainly by non-physicians; this arrangement had developed in a certain political climate; these approaches, which were known as cooperation models (Gastpar et al. 2003, pp. 88-89) were implemented as sociotherapy, while doctors were employed to prescribe the substitution medication, but were not directly or continuously involved in the care of the patients – in contravention of the relevant guidelines. It had proved to be the case that physicians and addicted patients could traditionally 'avoid each other', so-to-speak. In practice, the resource of the physician's competence and coordination remained untapped, despite the fact that it was provided for by the legislation.

This led to the establishment of treatment centres that were located at a distance from each other, thus leading to a separation of the statutorily required combination of medical (psychiatric and psychotherapeutic) therapy on the one hand and the supporting psychosocial services on the other.

Thus valuable resources were lost. This deficiency was manifested mainly in a lack of long-term plans for therapeutic strategies and was frequently cleverly

and counterproductively exploited by many patients.

Legal aspects

The 'Medizinisches Versorgungszentren' (Medical Care Units), an innovative initiative of medical policy, in existence since 2004

Medical Care Units (MCUs) are an alternative to the traditional individual or group doctors' practices. A German federal act that was passed in 2004 provided for their establishment. At an MCU any number of doctors may work together across disciplines and co-operate with service providers who are not doctors to provide care for patients at one or more locations. This makes it possible to establish outpatient medical care complexes designed to meet the specific demands of different districts. In these complexes, to take the field of substitution therapy as an example, psychiatric and psychological diagnosis, various modes of psychotherapy and psychosocial support can be brought together with the specialist somatic care required by the frequently patients, who frequently have comorbid disorders, under the management of a physician.

Since January 1, 2004 MCUs can provide outpatient services under special contracts with doctors licensed to work with patients paid for by the statutory insurances.

The doctors working at an MCU, which must be managed by a doctor, can be employed either on a freelance or on a permanent basis. MCUs are defined as multidisciplinary, medical outpatient institutions with no fewer than two doctors with specialist qualifications.

Hospitals and other service providers may also found MCUs. However, physicians may not be employed by non-physicians. By March 31, 2006 52 MCUs had been registered. The average number of doctors per MCU is four. The advantage of an MCU over the traditional individual doctor's practice lies mainly in the exploitation of synergistic effects (short distances, harmonised treatment processes, fewer duplicated examinations and concentration of skills).

Our MCU (CURA) has been in existence since 2005 and is located in a so-called focal area in Berlin which is characterised by a large percentage of immigrants, a high unemployment rate and social tensions.

The CURA is spread out over two sites which are located close to each other, thus making it possible to provide the substitution and general medical services for the population in separate premises. The substitution site is in the same building as a psychosocial service centre, while the somatic site of the MCU has a centre for surgery and co-operates with a physiotherapy practice in the

building next door.

The services for somatic diseases cover the treatment of general medical and neurological diseases, surgical complications (abscesses) and some internal medical symptomatology (HIV infection and hepatitis C treatment with interferon).

One of the initial difficulties encountered at the substitution site was that of making it clear to the local population that there was a need for a medical institution that concentrates on the treatment of drug addicts.

These difficulties could be considered solved only a year after our MCU was founded (in June 2006), since the substitution programme led to an immediate and sustained reduction in the tensions associated with drug-related criminality. This led to a marked relaxation of social tensions in the nearby residential neighbourhood.

Who is authorised to carry out treatment based on substitution?

To carry out substitution-based treatment of opiate addicts a physician is required to have medical qualifications in the field of addictive medicine. Substitution is among those services for which an authorisation is required and can only be carried out by doctors having undergone special training. This qualification is checked, authorised and monitored by the *Kassenärztliche Vereinigungen* (Associations of Statutory Health Insurance Physicians). In addition to specialists in psychiatry, licensed physicians from all other specialities can gain the required qualifications in a further training course entitled 'Suchtmedizinische Grundversorgung' (Primary Health Services for Substance Abuse) which is offered by the Medical Association.

A basic distinction is made between inpatient, semi-hospitalised and outpatient care, which is related to the distinction made by the funding organisations. In our MCU the treatment is carried out on an outpatient basis. Additional, semi-hospitalised, day clinic services are planned. However, the outpatient services will remain the functional framework after this expansion.

The costs of acute detoxification are generally assumed by the statutory health insurances. This is usually carried out prior to the substitution therapy.

The costs of the inpatient, semi-hospitalized and outpatient withdrawal and outpatient follow-up services (rehabilitation) are assumed mainly by the pension insurances (DRV Bund). The quality standards for staff and premises are high and the monitoring visits frequent.

Substitution treatment is conducted mainly on an outpatient basis, although the boundary between detoxification and withdrawal occasionally becomes blurred. In the outpatient services it is not always possible to conclude the detoxification before the start of the withdrawal therapy. Seventy per cent of the

costs of substitution therapy are assumed by the statutory health insurances. There is a plan to expand the services to include long-term outpatient therapy (withdrawal) with a psychotherapeutic focus, to supplement the substitution treatment. This will be paid for by the pension insurances. This will represent an even clearer implementation of the statutory postulates of social medicine in terms of re-integration, prevention and prophylaxis.

The following preparations are employed in substitution therapy: levomethadone (proprietary name L-Polamidon, daily dose 40-70 mg) and methadone racemate (increasing from 20 to 70 mg/day) in diluted fluids, which must be taken in the presence of the physician and since 2000 buprenorphine (proprietary name Subutex) in tablet form for sublingual absorption. Subutex has fewer side effects, but can interact with other psychotropic substances, i.e. when it is taken together with other addictive substances, with life-threatening results.

The practical work of outpatient substitution consists in co-operation in a network which is managed and co-ordinated by doctors. Psychologists, social workers, doctors' assistants and nurses also assume decisive tasks. We believe it is important that this co-operation be concentrated at a single site.

Our MCU is staffed as follows:

- four physicians, all of them have been authorised by the Berlin Association of Statutory Health Insurance Physicians to conduct substitution-aided treatment of opiate addicts, i.e.
- one general practitioner (manager),
- one specialist in general medicine (medical director) undergoing training in behaviour therapy,
- one specialist in surgery and vascular surgery (who speaks Russian) and
- one specialist in neurology and psychiatry, psychoanalysis, psychotherapy also qualified as a specialist in psychosomatic medicine.

Additional staff members:

- one licensed psychologist with training in behaviour therapy, who is currently undergoing training in 'Primary Health Services for Substance Abuse',
- two social workers with training in the treatment of substance abuse, one of them speaks Russian,
- one graduate pedagogue with training in the treatment of substance abuse,
- two doctor's assistants, one of them is a certified interpreter for Albanian and Russian,
- one nurse, and

- one trainee doctor's assistant.

The start of the withdrawal and substitution treatment is preceded by a motivation phase in which the focus is on diagnosis and therapy.

The diagnosis includes psychological tests and depth-psychological history-taking (Duehrssen 1981), while the therapy consists in individual and group psychodynamic psychotherapy conducted by therapists with recognised psychotherapy qualifications.

If, in particular, the outpatient withdrawal and outpatient follow-up, which are funded by the pension insurances, are carried out, then additional psychosocial counselling centres, where staff who are not doctors take care of the patients' social, financial and forensic problems, are important. This module is also integrated in our work.

The issue of immigrants, i.e. the large number of non-German patients, most of whom are eastern Europeans or Germans who have immigrated from other countries and do not speak German well, poses a special problem for the treatment.

In our MCUI there are two doctors who speak fluent Russian, besides German. All the doctors speak colloquial English and one is currently also learning Russian. One of the doctor's assistants is a certified interpreter for Albanian and Russian and another is a Russian native speaker. We also have a part-time member of staff who does debt counselling.

Many of the patients have come into conflict with the law through drug-related criminality. This area is covered mainly by our psychiatrist and psychoanalyst, who has experience in forensic psychiatry. We are in constant contact with the public prosecutor's office, the psychiatric departments of the Berlin prisons and the Social-Psychiatric Service of the district of Neukoelln, in which our MCU is located.

For psychotherapy we employ a licensed psychologist who works freelance on a part-time basis and does psychological tests and behaviour therapy-oriented psychotherapy.

One of the two general practitioners is currently in the advanced stages of behaviour therapy training, while the psychiatrist works mainly psychoanalytically and psychodynamically, but is also a neurologist and has additional qualifications in hypnosis and acupuncture.

Further areas of medical care are covered by a surgeon.

Aspects of content

The multidimensional psychotherapeutic approach of the MCU CURA in the outpatient treatment of drug addicts

There is a scientific consensus that the pathogenesis of opiate dependency is multidimensional. The incongruence model of addiction, the basis of which is biopsychosocial, is complemented by insights from neurochemistry and learning theory.

Rogers' theory of incongruence (SCHULER, VOGELGESANG 2006, pp. 64).

- There is an incongruence between the patient's external expectations and his or her internal impulses, of whose content s/he is not completely aware and which cannot therefore be dissolved;
- the unspecific experiencing of incongruence is activated by current experiences of frustration and a pre-conscious conflict develops;
- the conflict becomes blurred, but is experienced as pressing and the symptom develops as an 'incongruence equivalent' in the form of a growing psychophysical tension; up to this stage uncovering psychotherapy would be the causal therapy of choice; if this is not carried out, the following pattern develops:
- psychotropic drugs offer themselves as a means of reducing the tension,
- the consumption of an addictive substance temporarily reduces the tension,
- as a result of the consumption of the drug the person has a transient experience of artificial congruence,
- the 'incongruence equivalents' are perceived once more, as soon as the effect of the substance wanes,
- at the same time physical withdrawal symptoms appear and, as a reaction, the craving that controls everything,
- substance abuse and dependence develop,
- consumption of the substance leads to distorted perception,
- perception of the contents of the original incongruence and of the underlying conflict is blocked,
- secondary incongruences develop,
- physical level: withdrawal symptoms and sequelae of addiction (comorbidity),
- psychological level: loss of self-control, impairment of the experiencing of the real ego, shame and guilt with corresponding defences, psychotic episodes, negative symptoms,
- social level: deprivation phenomena, e.g. debts, job loss, drug-related

criminality and family conflicts

The experience of the secondary incongruences is defended against by renewed consumption of the addictive substance.

According to this biopsychosocial model of pathogenesis any therapeutic approach that makes sense must operate on several levels without losing its integrative function.

Psychodynamic aspects of the personality of the addicted patient are important issues for defining the goals of the psychotherapy of the drug dependency itself and of comorbid psychiatric disorders, as I mentioned a moment ago.

As regards treatment setting we prefer the outpatient approach in order to avoid the temptation to regress that faces all patients in the inpatient setting. However, we are also clear that the patient must have a minimum capacity for psychosocial rehabilitation if the outpatient setting is to be effective. In terms of time we expect the outpatient substitution therapy to take two years.

The substitution treatment follows roughly the following procedure.

All new patients undergo a general medical and neurological examination, a psychiatric exploration, psychometric diagnosis and an initial drug screening.

Once all the relevant somatic and psychiatric diagnoses have been made, an individual treatment plan is drawn up, which also includes the comorbid psychiatric disorders, the substitution dose and the psychotherapy, which is structured to fulfil the patient's individual needs and may be behavioural or psychodynamic. The setting can be individual, couple or group therapy. Combinations and switches between these settings are frequent and depend on the course of the therapy in the individual case.

Aspects of family dynamics and the taking of a corresponding third party history are also included, since where other members of the family are co-dependent additional systemic therapy approaches are required.

As I said, close co-operation with the competent Social-Psychiatric Service of the district and the hospitals in the neighbourhood is also important.

It is a statutory requirement of outpatient substitution treatment that the centre be open on all public holidays.

Our work is supervised by an external psychoanalytic supervisor. The MCU is required by the funders (Berlin Association of Statutory Health Insurance Physicians) and the German Federation of Pension Insurances) to adhere to strict quality control procedures. Continuing training is an integral part of the work for all members of staff.

The goal is for the patient to achieve complete and lasting abstinence (freedom from opiates as a statutory target) and the termination of the concomitant other addictive substances.

In patients who are severely addicted to multiple addictive substances the emphasis shifts to limiting the harm and ensuring survival. It is difficult to achieve the goal of abstinence since many patients do not have what it takes to access or return to the so-called 'first labour market'. Numerous patients have a 20-year or longer history of drug addiction and it is one of the greatest challenges to the therapeutic staff to understand the parallel worlds which many of our patients have established for themselves, sometimes even in the second generation. It is difficult to accept that while these patients declare a wish to become abstinent, they move in social circles which are stable and reduce their felt suffering, and they remain extensively inscrutable and closed to us therapists.

Here I am talking about things like the dynamics of the drug scene, being integrated in the system of basic social welfare and, as a related finding, the fact that patients can earn up to 100 Euros per day with semi-illegal activities on the side, such as begging (legal) and drug-dealing (illegal), tax-free. Most of our patients have neither a school-leaving certificate nor vocational training and no small number of them come from well-to-do families and can realistically expect to come into a large inheritance. Psychodynamically, these aspects act as a temptation to regression which is detrimental to the treatment.

Disturbances in the course of treatment arise not only as a result of relapses and the effects of addictions to additional substances, but also as a result of the tendency of patients, many of whom have served many prison sentences, to play members of the therapeutic team off against each other. They may do this, for instance, in order to induce staff to give them therapeutic opiates to take away with them, which they then either aim to or actually do sell or exchange with dealers at meeting places outside the vicinity of the practice.

Preventive aspects are a major social medical and rehabilitative part of our work. The objective of primary prevention is to eliminate the basic conflict, thus forestalling the development of disorders on the personal and structural level. However, this is not a major focus of our work.

Secondary prevention, with which we are more concerned, starts with the provision of information and therapeutic aid to patients who are at risk, but not yet permanently damaged. An example of secondary prevention is the attempt to prevent a substance abuser from starting to abuse multiple substances.

Tertiary prevention is the medical treatment of harmful sequelae that have already developed, with the objective of enabling the patient to work again. It is described by the poles of limiting damage and rehabilitation. Here it is important to link the individual resource activation efforts with the external services of the job centres.

Follow-up aspects and future prospects

We consider this programme to be both fruitful and innovative, since this structure provides a framework for the somatic and psychotherapeutic care of the patients and their relatives. We also consider the outpatient setting to be particularly advantageous for the social re-integration of our patients. In addition, there is a focus on the preventive aspects, i.e. as regards at risk families and the patients' social environments.

We believe that our approach is currently the most effective in preventing relapse and promoting the social reintegration of our patients.

In contrast, as I mentioned a moment ago, while inpatient treatment services provide a protected and more or less closed therapeutic framework, they are also associated with the risk of undesirable regressive elements which can lead to a boomerang effect when the patient is discharged, since there is nothing that the substance-dependent patient gets used to faster (apart from his or her drug) than being spoiled.

Since our MCU has only been in existence since the summer of 2005, our follow-up studies are still in the initial phase. Currently we have found freedom from relapse for 18% of patients over this period, as compared to a maximum rate of 5% at the time when substitution therapy was introduced. However, the substitution therapy practised at that time, in 1996, did not have anywhere near the amount of staff, qualified resources and networking that are available today. For the future there are plans to expand the staff to include a gynaecologist, a music therapist and creative therapy and to intensify our scientific exchange with international contacts.

Literatur

Dührssen, A. (1981): Die biographische Anamnese unter tiefenpsychologischem Aspekt. Göttingen, Zürich: Verlag f med Psychol.

Gastpar, M.; Heinz, W.; Poehlke, Th.; Raschke, P. (Hrsg.) (2003): Glossar: Substitutionstherapie bei Drogenabhängigkeit. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.

Schuhler, P.; Vogelgesang, M. (Hrsg.) (2006): Psychotherapie der Sucht. Methoden, Komorbidität, klinische Praxis. Lengerich: Pabst.

Reimer Hinrichs, Dr. med., Arzt für Neurologie und Psychiatrie, Psychoanalyse, Arzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. 1988-2005 freie psychoanalytische Praxis; beratungsärztliche Tätigkeiten bei der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und der Deutschen Rentenversicherung Bund; zahlreiche Veröffentlichungen in Fachzeitschriften. Therapeut an einem interdisziplinären Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) in Berlin mit suchtmmedizinischem Schwerpunkt..

The author is specialized in neurology, psychiatry, psychoanalysis, and psychotherapy. He worked cli-

nically in the psychosomatic liaison service of the Free University Hospital of Berlin; private practice psychoanalysis (1988-2005); consultant physician for the Berlin Association of Statutory Health Insurance Physicians and the German Rent Insurance Company. He published numerous articles. Working as an associate and directing psychotherapist at CURA, a Medical Supply Center in Berlin, dealing mainly with short form psychotherapy and methadone substitution in polytoxicomaniac patients.

Adresse des Autors

Dr. med. Reimer Hinrichs • Sven-Hedin-Str. 28 • 14163 Berlin • reimer@bln.de

Buchrezension

Raymond Battegay: Narzissmus und Objektbeziehungen – über das Selbst zum Objekt. 4. vollst. rev. u. erw. Aufl.. Bern, Göttingen: Hans Huber Verlag, 2008.

Das vorliegende Werk wurde erstmals 1977 publiziert, zu einer Zeit also, wo nur wenige deutschsprachige Bücher zu dieser oder einer ähnlichen Thematik existierten. Die neue Auflage berücksichtigt auch die neueren und neuesten Erkenntnisse, die in den letzten Jahren zu diesem Thema gesammelt werden konnten. Auch werden Probleme des Narzissmus im Lichte von verschiedenen Schulen aufgezeigt.

In der Einleitung wird auf die Bedeutung des Narzissmus in der abendländischen Kultur hingewiesen: Der sowohl alt- wie neutestamentliche Satz „Du sollt Deinen Nächsten lieben wie Dich selbst“ ist nicht nur im Sinne einer altruistischen Haltung zu verstehen, sondern er weist auch darauf hin, dass jemand nur einen anderen lieben und achten kann, der auch sich selbst zu achten weiß.

Der Grundstein für die Entwicklung eines gesunden Selbstwerterlebens wird schon sehr früh gelegt: Battegay betont die Bedeutung der taktil- symbiotischen Phase in der Beziehung zwischen Mutter und Säugling: In der oralen Phase kommt der Taktilität eine Bedeutung zu, die lange übersehen wurde und nicht den Stellenwert erhielt, der ihr zukommt: Mit dieser ist der Hautkontakt, die gefühlsmäßige Wärme und Umsorgung gemeint. Leibliche Prozesse sind immer auch Erlebensprozesse und umgekehrt (das Erleben ist immer gleichzeitig auch ein 'Erleben'). Der Volksmund weiß um diese Zusammenhänge wenn er sagt: „Ein Mensch, wie er leibt und lebt“.

Beim vor etwa 150 Jahren erschienenen Buch 'Der Struwwelpeter' von Hoffmann, der übrigens Arzt war, wurde später dazu bemerkt, dass die Bestrafung (Abschneiden des Daumens wegen Daumenlutschens) einer 'Kastration' gleichkomme. Ebenso wichtig ist aber die Tatsache, dass der Lustgewinn des Kindes als solches in Frage gestellt wird, weil eben dieser Körperteil bestrafend weggeschnitten wird. Damit wird dem Kind verunmöglicht, ein gesundes Urvertrauen zu entwickeln, für welches die gedeihliche Entwicklung eines gesunden Selbst absolut notwendig ist.

Die Unterschiede zwischen narzisstischen Persönlichkeitsstörungen und Borderline-Störungen werden abgegrenzt und definiert: Während Patienten mit narzisstischen Persönlichkeitsstörungen durchaus mit der sozialen Realität in Kontakt stehen, keine so rigide Abwehr aufweisen wie die Borderline-Patienten und auch gegenüber psychoanalytischen Interpretationen offener sind,

ist die Psychotherapie dieser Patienten in der Regel dankbarer und weniger belastend als die der Borderline-Patienten, für welche die 'projektive Identifikation' typisch ist, bei der die Betroffenen abgespaltene, oft aggressive Ich-Anteile auf die anderen projizieren. Personen, die ein konsistentes Ich aufweisen, trotzdem aber an einem Mangel in ihrem Selbst leiden, sind narzisstisch gestörte Persönlichkeiten, während diejenigen mit einem brüchigen Ich zu den Borderline-Persönlichkeiten gerechnet werden. Deren Selbst ist ebenfalls geschädigt, wobei gewisse Ich-Anteile kaum mehr narzisstisch besetzt werden können infolge einer Ich-Fragmentations-Tendenz. Zu den Kompensationen des beeinträchtigten Selbst gehören nicht nur die Größenideen und die Fusion, sondern auch die Spiegelübertragungen. Diese Form der Übertragung dient dazu, dem narzisstisch Gestörten seine Beeinträchtigung überbrücken zu helfen. Er versucht damit, den spiegelbildlichen Bezugsrahmen wieder herzustellen, der in seiner frühesten Kindheit nur ungenügend vorhanden war.

Das Ich, das Es und das Über-Ich gehören zu den psychischen Instanzen, die zusammen die psychische Struktur bilden. Das Selbst dagegen stellt eine in allen drei Instanzen wurzelnde zentrale Repräsentanz dar. Auch C. G. Jung sieht im Selbst nicht nur eine 'archetypische Vorstellung', sondern das Selbst stellt den Gesamtumfang aller psychischen Phänomene im Menschen dar und bringt die Einheit und Ganzheit der Gesamtpersönlichkeit zum Ausdruck.

Die Ausdehnung des eigenen Narzissmus auf andere kann zu einem narzisstischen Gruppenselbst führen, das z. B. ein Autofahrer nicht nur auf seine Mitfahrer, sondern auch auf sein Fahrzeug ausdehnt. Das narzisstische Gruppenselbst kann in der Phantasie auch zu Fusionstendenzen und zu Omnipotenzvorstellungen führen. Ein solches grandioses Gruppenselbst kann z. B. bei bestimmten religiös gefärbten Gruppierungen vorkommen, wo die narzisstische Libido des Einzelnen sich auf die Gruppe erstreckt und sich bei allen Beteiligten ein Größengefühl bemerkbar machen kann. Dass ein solches Berausungsgefühl oder grandioses Gruppenselbst auch gefährliche Auswirkungen im Gefolge haben kann, liegt auf der Hand, da die einzelnen Personen sich oft überschätzen und andere, ihnen nicht zugehörige Gruppen, als minderwertig einschätzen. Als Beispiel wird etwa der 'Selbstmord' der Angehörigen der amerikanischen Volkstempelsekte in Guayana im November 1978 angeführt, wo auf Anordnung des Führers Jim Jones eine große Zahl Menschen sich selbst oder gegenseitig umgebracht haben. Die einzelnen Mitglieder der Gruppe haben ihre Selbstidentität verloren und sind mehr oder weniger eine totale Fusion mit ihrem Führer eingegangen. Eine bestimmte Gruppe – oder auch ein ganzes Volk – erlebt sich als aufgewertet und erhöht, wenn sie sich zu einem solchen 'Führer' zählen darf. Die Gefahren eines kritiklosen Unterordnens

unter einen Führer sind leider nur allzu bekannt, sowohl im politischen wie auch im religiösen bzw. pseudoreligiösen Bereich.

„Im Lichte der modernen Narzissmusforschung kommen wir zum Schluss, dass in der Depression kaum mehr Narzissmus zur Verfügung steht, so dass sich die Libido auch nicht darauf zurückziehen kann“, schreibt Battegay. Zu aggressiven Akten kann es bei schwer Depressiven kommen, wenn sie mit ihrem Restnarzissmus eine totale Fusion mit einem Objekt eingehen und sich dieses nicht gemäß ihrem Wunsch verhält und sich als eigenständig erweist. Bei dieser Konstellation kann es auch zu erweiterten Suiziden kommen. Ein Depressiver kann seine narzisstische Libido nicht auf andere ausdehnen, es findet eine ‘narzisstische Entleerung’ statt. Die Depressiven haben nicht nur den Zugang zu den Objekten, sondern auch zu ihrem eigenen Ich verloren und fühlen sich nichts wert, sie sind entleert.

Gegen Ende des Buches weist der Autor darauf hin, wie schwierig sich Therapien mit Menschen, die an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung und narzisstischen Neurosen leiden, gestalten. Die Anforderungen an den Psychotherapeuten, an den Analytiker sind extrem hoch, und es braucht dazu nicht nur eine fundierte Ausbildung, sondern auch außerordentlich viel Geduld und Durchhaltevermögen.

Das Buch ‘Narzissmus und Objektbeziehungen’ bietet eine umfassende Gesamtübersicht über ältere und neuere Forschungen zum Thema Narzissmus. Battegay beschränkt sich dabei nicht nur auf den einzelnen Menschen, die ein Therapeut in der Praxis zu Gesicht bekommt, sondern er bezieht auch kulturelle Aspekte mit ein wie etwa Ideologie, Religion, Politik, soziale Integration und den Menschen in einer Gruppe. Darin liegt eine der Stärken des Buches: Es ist nicht nur für Forscher im engeren Sinne gedacht und diesen bestens zu empfehlen, sondern allen, die mit psychologischen Problemen zu tun haben und daran interessiert sind.

Thomas Haenel

Basel, im Juli 2008

Was ist neu in Psychiatrie und Psychotherapie?

Bericht vom 15. Weltkongress der WADP in St. Petersburg.

Thomas Bihler, Gisela Finke (München)

Unter dem Thema: Was ist neu in Psychiatrie und Psychotherapie? fand vom 14. bis 18. Mai 2007 der 15. Weltkongress der World Association for Dynamic Psychiatry (WADP) im Bechterew-Institut in St. Petersburg statt, das gleichzeitig auch das 28. Internationale Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) war.

An dem Kongress nahmen Referenten und Besucher aus über 20 Ländern teil. Im Rahmen des Kongressprogramms fanden darüber hinaus auch drei separate russischsprachige Sektionen für junge russische Nachwuchs-PsychiaterInnen und PsychotherapeutInnen statt, die auf sehr großes Interesse stießen, wie die Teilnehmerzahl von etwa 1000 Personen belegte.



Abb. 1: Eröffnungszeremonie: Prof. Neznanov, Prof. Kabanov, Prof. Mezzich, Dr. Ammon, Vertreter des russischen Gesundheitsministeriums

ater-, Musik-, Mal- und Tanztherapie. Die Veranstalter wollten das Thema aber auch verstanden wissen als Aufforderung zur kreativen Weiterentwicklung von Psychiatrie, Psychotherapie und Psychoanalyse durch die Therapeuten und Wissenschaftler selbst, hier insbesondere auch durch Integration der modernen Erkenntnisse der Hirnforschung sowie der interdisziplinären Zusammenarbeit und Forschung.

Anlass für die Wahl des Tagungsortes war das hundertjährige Bestehen des Bechterew-Instituts in St. Petersburg, das 1907 gegründet wurde und so berühmte Wissenschaftler wie Bechterew selbst und seinen Nachfolger Mysischew hervorgebracht hat. Ebenso jährte sich 2007 das Bestehen der WADP zum 25. Mal.

Den Schwerpunkt der Sektionen und Vorträge bildeten insbesondere die kreativen Dimensionen in der modernen psychiatrischen Behandlung, d. h. der Ausdruck des Unbewussten und des Entwicklungspotenzials des Menschen in schöpferischen, expressiven Therapien wie der The-

So ging auch dem Kongress ein Festtag zu Ehren der 'Jubilare' voraus, der im ehrwürdigen Hotel St. Petersburg gefeiert wurde.



Abb. 2: Gruppenbild der Referenten vor dem Denkmal Peters des Grossen auf dem Konstantinowski Platz

Die Eröffnungsvorträge für den Kongress hielten Juan Mezzich (New York), der Präsident der World Psychiatric Association (WPA), N. G. Neznanov (St. Petersburg), Präsident der WADP, Rita Rogers (Los Angeles) und Maria Ammon (Berlin), Präsidentin der DAP. Die Referenten und Referentinnen waren sich einig, dass im Mittelpunkt der Psychiatrie der Mensch als ganzheitliche Person stehen muss, „a psychiatry of the person, by the person, for the person, and with the person.“



Abb. 3: Vor dem Eingang des Bechterew-Instituts: Dr. Vassilieva, Prof. Kavasarski, Prof. Bothbol, Dr. Ammon, Prof. Tyano, RA Hessel, Prof. Mezzich, Dr. Burbiel, Dr. Schmolke, Dr. Schmidts

N. G. Neznanow würdigte den Einfluss, den die Dynamische Psychiatrie Günter Ammons auf die russische Psychiatrie ausgeübt hat, und erwähnte hier explizit die Einführung der analytischen Milieu- und Gruppenpsychotherapie in russischen psychiatrischen Kliniken. Er erwähnte auch die Entwicklungen der Neurophysiologie und der Pharmakotherapie, die eine humanere Psychiatrie ermöglichten. Rita Rogers betonte, dass die Art und Weise,

wie eine Gesellschaft psychisch Kranke behandle, ein zentraler Indikator für ihren Entwicklungsstand sei. Jede Entwicklung sei ein kreativer Prozess, betonte Maria Ammon, kreativierende Therapien seien aus einer humanen Psychiatrie nicht mehr wegzudenken und hätten in der Dynamischen Psychiatrie schon immer eine zentrale Rolle gespielt.

Nachdem die Eröffnungsfeierlichkeiten noch im großen Kongresssaal des Hotels 'St. Petersburg' stattfanden, ging es dann am Nachmittag an die Arbeit in das Bechterew-Institut, in dessen verschiedenen Gebäuden und Räumen bis zu 6 Veranstaltungen parallel stattfanden.

Die Eröffnungsansprachen der WADP-Vorstandsmitglieder umrissen bereits einige wichtige inhaltliche Schwerpunkte des Kongressprogramms. Die in vieler Hinsicht immer noch zu leistende Integration der Psychoanalyse in die Psychiatrie war Thema eines WPA-Symposiums unter der Leitung von F. Quartier (Schweiz).

Eine Sektion unter der Leitung von Rolf Schmidts (München) widmete sich der Bedeutung der Gruppe in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung. Der Einfluss gruppenspezifischer Prozesse in der ambulanten Milieuthherapie war hier das Thema von Ulrike Winkelmann u. a. (München). Gruppendynamische Prozesse in therapeutischen Wohngemeinschaften wurden von Saskia Heyden und Heinz Kern (München) beleuchtet.

Die Rolle des Ausagierens in therapeutischen Großgruppen wurde von Rolf Schmidts (München) referiert. Durch die Vorträge von Astrid Thome (Augsburg) und Ilse Burbiel (München) ergab sich eine wichtige Anschlussstelle zu einem weiteren inhaltlichen Schwerpunkt des Kongresses, der modernen Traumaforschung. Astrid Thome beschäftigte sich in ihrem Vortrag mit den Manifesta-



Abb. 4: Prof. Machleidt, Dipl.-Psych. v. Bülow, Prof. Mezzich, Dr. Schmolke, Dr. Ammon, Dipl.-Psych. Dworschak

tionen destruktiver Aggression in der analytischen Gruppentherapie, während Ilse Burbiel in ihrem Beitrag allgemeine Aspekte traumazentrierter Gruppentherapie aus Sicht der Dynamischen Psychiatrie formulierte. Durch Traumabedingte Veränderungen des Gehirns wurden unter anderem in der Sektion zu

neuen Forschungsergebnissen der Neurowissenschaften unter der Leitung von V. Kozlovskiy (Russland), K. Kawamura (Japan) und D. Flader (Deutschland) diskutiert.

Der Traumaforschung und der Behandlung psychischer Traumata war auch eine eigene Sektion unter der Leitung von Gabriele von Bülow (Berlin) gewidmet. Daniel Hermelink (München) berichtete hier über den Prozess der Integration einer Traumastabilisierungsgruppe in das Behandlungskonzept der dynamisch-psychiatrischen Klinik Menter-schwaige, München, und



Abb. 5: Prof. Bahne-Bahnsen, Dipl.-Psych. v. Bülow, Dr. Martius, Dipl.-Psych. Dworschak

erste wissenschaftliche Ergebnisse zu ihrer Effizienz. Ein unkonventioneller Ansatz zur Behandlung von traumabedingten Störungen in einem Gruppensetting wurde von E. Welldon (London) präsentiert. Der von ihr initiierte Versuch, Täter und Opfer zugleich in einer Gruppe zu behandeln, sorgte im Publikum für lebhaftere und anregendere Diskussionen.

Auf einen zunehmend als bedeutsam erkannten Aspekt der neueren Traumaforschung bezog sich das Referat von Maria Ammon (Berlin) und Thomas Bihler (München), nämlich die transgenerationale Übermittlung psychischer Traumata.



Abb. 6: Dr. Vassilieva, Prof. Kabanov, Dr. Ammon

Die Mechanismen transgenerationaler Transmission werden nicht verständlich, ohne eine genaue Kenntnis der Ergebnisse zeitgenössischer Baby- und Kleinkindforschung. Insofern ergab sich auch in diesem Vortrag eine wichtige inhaltliche Überschneidung zu einem weiteren zentralen Aspekt des Kongresses. Die in diesem Bereich grundlegende Bindungsforschung wurde auf dem Kongress durch zwei der profiliertesten Vertreter dieses Forschungsgebietes präsentiert.

Klaus Grossmann (Regensburg) referierte über die Entwicklung von Beziehungsstörungen in Bindungsbeziehungen, während Karin Grossmann (Regensburg) in ihrer Keylecture die Bedeutung der Bindungsforschung für die klinische Arbeit hervorhob. Ihre Ausführungen fanden eine wichtige Ergänzung in den Beiträgen von Sam Tyano (Israel), in denen die Konsequenzen der modernen psychoanalytischen Säuglings- und Kleinkindforschung für das therapeutische Handeln dargestellt wurden.



Abb. 7: Prof. Lecic-Tosevski und Mitarbeiter vom Center of Mental Health, Belgrad, Dr. Schmolke, Dipl.-Psych. Dworschak

Der Anspruch einer ganzheitlichen Betrachtung der Persönlichkeit legte es nahe, im Kongressprogramm die Entwicklung der Persönlichkeit über die gesamte Lebensspanne zu berücksichtigen, also nicht nur in einer traditionellen psychoanalytischen Perspektive die frühkindlichen Anfänge der Person zu betrachten, sondern auch das Lebensende in den Blick zu nehmen.

Dementsprechend beschäftigte sich eine Sektion unter dem Vorsitz von Claus Bahne-Bahnson (Kiel) mit dem Thema der therapeutischen Kreativität am Ende des Lebens. Die besondere Relevanz dieses Themas zeigt sich auch auf dem Hintergrund der gesellschaftlichen und demografischen Veränderungen in den westlichen Ländern, die eine zunehmende Bedeutung der geriatrischen Psychiatrie und Psychotherapie zur Folge haben. Claus Bahne-Bahnson berichtete in seinem Vortrag über seine langjährigen Erfahrungen in der therapeutischen Begleitung todkranker alter Patienten. J. Lorbacher (Berlin) warf in seinem Referat die Frage auf, inwiefern die Alzheimerkrankheit als eine psychosomatische Erkrankung verstanden werden kann.

Von einem übergeordneten Standpunkt aus betrachtete A. Guzek (Warschau) gesellschaftliche Haltungen gegenüber Tod und Sterben und wie sich diese sozialen (Vor-) Urteile auf die Arzt- Patient- Beziehung auswirken. In diesem Vortrag klang ein weiteres wichtiges Thema des Kongresses an, nämlich die Bedeutung gesellschaftlicher Verhältnisse und Veränderungen für die Psychiatrie und Psychotherapie. Der sozialpsychiatrische Ansatz wurde auf dem

Kongress insbesondere in einer Sektion unter der Leitung von W. Machleidt (Hannover) dargestellt. In einem Grundsatzreferat betonte B. Polozhy (Moskau) die Notwendigkeit einer ethno- kulturellen Herangehensweise für die Forschung und Praxis in der Psychiatrie.



Abb. 8: Dr. Reitz, Dr. Urspruch, Dipl.-Psych. Rettenberger, Dr. Burbiel



Abb. 9: Dr. Hermelink, Dr. Rüth



Abb. 10: M.A. Fink, Dipl.-Psych. Anette Göring, RA Albrecht Göring, Mr. Coric

Konkretisiert wurden seine Forderungen in einem Überblicksreferat von W. Machleidt zum Thema der Psychotherapie mit Migranten. Das gesellschaftlich immer bedeutsamer werdende Thema der Migration fand seinen Niederschlag auch in anderen Beiträgen dieser Sektion, so z.B. im Vortrag von K. Hoffmann, der über neue Ansätze forensischer Psychotherapie mit Migranten aus Russland in Deutschland berichtete. Der Einfluss gesellschaftlicher Verwerfungen und Konflikte auf die Psychiatrie und Psychotherapie war auch Thema in einer Sektion unter der Leitung von N. Minton (London), die unter dem Motto 'Konfliktlösung' stand. Sam Tyano stellte hier die Auswirkungen des Konflikts zwischen Israelis und Palästinensern auf die seelische Gesundheit der Bevölkerung eindrucksvoll dar.

Die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und Einschränkungen therapeutischer Notwendigkeiten spielten auch eine wichtige Rolle in der Sektion über 'Therapeutische Gemeinschaften und Sozialpsychiatrie'. Gertraud Reitz und Thomas Hessel (München) berichteten über die ökonomischen Einschränkungen

gen therapeutischer Wohngemeinschaften durch die Gesundheitsbürokratie, aber auch über die Chancen der sozialpsychiatrischen Versorgung, welche die TWG's in Zeiten sinkender Budgets bieten können.

Über die Situation therapeutischer Wohngemeinschaften in den USA referierte Tim Cunningham. Veränderte gesellschaftliche und ökonomische Rahmenbedingungen erzeugen jedoch auch einen Innovationsdruck, der sich durchaus positiv auf die Weiterentwicklung psychiatrisch-psychotherapeutischer Praxis auswirken kann. Dies zeigte sich auf dem Kongress z. B. im Hinblick auf die zunehmende Bedeutung und Fortentwicklung psychoanalytischer Kurzzeittherapien.



Abb. 11: Dr. Schmidts, Dipl.-Psych. Dworschak, Dr. Lutova und Mitarbeiterin bei der Führung durch die Station für Schizophreniebehandlung, anlässlich der Feier des zehnjährigen Bestehens der Milieuthherapie im Bechterew-Institut

Klassische Konzepte der Kurzzeittherapie wurden von J. De la Torre (USA) in einem Überblicksreferat dargestellt. Walter Funk, Nataly Hoffmann und Renate Fischer (München) präsentierten ein neuartiges Konzept stationärer Kurzzeittherapie, welches sie unter dynamisch-psychiatrischen Gesichtspunkten in



Abb. 12: RA Hessel, Dr. Cunningham, Dr. Reitz

der Klinik Mengerschwaige entwickelt haben. Erste statistische Ergebnisse zur Effizienz dieses Modells wurden von Gisela Finke (München) auf dem Kongress dargestellt.

Veränderte gesellschaftliche Bewusstseinslagen und Anforderungen an die Psychiatrie spiegeln sich auch im WPA-Symposium zur Präventions- und Gesundheitsforschung wieder. Das Anliegen dieses Symposium war es, den traditionellen psychiatrischen Krankheitsbegriff durch einen ebenso wichtigen Begriff psychischer Gesundheit zu ergänzen und die Konsequenzen dieses Paradigmenwandels für die psychiatrische Forschung und Praxis aufzuzeigen. In einem kritischen Grundsatzreferat betrachtete L. Küey (Türkei) den gegenwärtigen Stellenwert des Präventionsgedanken in der Psychiatrie. D. Lecic-Tosevski (Serbien) setzte sich mit der Frage auseinander, ob und inwiefern es

möglich sein kann, die Entstehung von Persönlichkeitsstörungen frühzeitig zu verhindern.



Abb. 13: Dr. Ammon, Prof. Neznanov und Gattin

Günter Ammon vorgestellt. Auf ein anderes zentrales Konzept der Dynamischen Psychiatrie Günter Ammons nahm Bela Buda (Budapest) in seinem Beitrag Bezug. Er bezeichnete Ammons Begriff der 'Sozialenergie' als ein „revolutionäres Konzept mit weit reichenden Implikationen für die Psychotherapie“.



Abb. 14: Dr. Ammon, Prof. Battegay

Margit Schmolke (München) referierte in ihrem Beitrag die Bedeutung des Konzepts der Resilienz für die Prävention und Gesundheitsförderung. In der Keylecture von Ilse Burbiel und Margit Schmolke wurde eine eigenständige Definition des Gesundheitsbegriffs aus der Sichtweise der Dynamischen Psychiatrie der Berliner Schule von

Modest Kabanov (St. Petersburg) untersuchte in seinem Vortrag die Konsequenzen, die sich aus Ammons Theorien für die Praxis der Rehabilitation von Menschen mit psychischen Erkrankungen ziehen lassen. Zentral für den gesundheitsorientierten Ansatz in Ammons Denken ist der Begriff der persönlichen und therapeutischen Kreativität. Dies wurde von Maria Ammon in ihrem Vortrag über das Kreativitätskonzept in der dynamischen Psychiatrie besonders hervorgehoben. Dementsprechend bildeten die nonverbalen und kreativierenden Therapie-

formen einen weiteren Schwerpunkt im Rahmen des Kongresses. Das kreative therapeutische Potenzial der Kunsttherapie wurde in einer eindrücklichen Fallgeschichte aus der stationären Maltherapie von Georg Kress (München) dargestellt. Der Stellenwert und die Möglichkeiten der Kunsttherapie in der Allgemeinpsychiatrie waren ebenfalls Thema des Beitrags von Phillip Martius.

Therapeutische Wirkfaktoren der Theatertherapie in einem ambulanten Setting wurden von Ingeborg Urspruch (München) in einer umfassenden Präsentation erörtert. Therapeutische Erfahrungen in der stationären Theatertherapie berichtete Renate Fischer in ihrem Referat. Die Rolle der Kreativität in der

analytischen Mileutherapie war Gegenstand in den Referaten von Monika Dworschak (München) und Monika Kehl (München).

Dass bei allen wichtigen Neuentwicklungen in der Psychiatrie und Psychotherapie, die auf dem Kongress präsentiert wurden, altbewährte Konzepte und Ansätze nach wie vor therapeutisches Potenzial und Relevanz besitzen und von daher nicht vernachlässigt werden sollten, wurde in dem anregenden Beitrag von Ulrich Rüth (München) über die Arbeit in Balint-Gruppen und das Denken von W. R. Bion deutlich.



Abb. 15: Abschlusspanel: Dr. Burbiel, Dr. Ammon, Prof. Neznanov, Dr. Vassilieva, Prof. Tyano, Prof. Bela Buda

Neben den vielfältigen wissenschaftlichen Beiträgen in den einzelnen Sektionen umfasste das Kongressprogramm auch eine Reihe von ausführlicheren Workshops, so zum Beispiel von A. Aleksandrowicz, T. Bomba und M. Orwid (Polen), oder von Claus Bahne-Bahnsen zu Aspekten von Übertragung und Gegenübertragung.

Der Kongress wurde von einem interessanten kulturellen Rahmenprogramm ergänzt, welches die gelungene und anregende wissenschaftliche Veranstaltung abrundete. Der nächste WADP-Kongress wird voraussichtlich 2009 in München stattfinden.

Nachricht • News

Jahrestagung der DGNR und der DGNKN

3.-5.12.2009; Langenbeck-Virchow-Haus, Berlin (Mitte)

weitere Information: www.conventus.de/dgnkn-dgnr2009/

Erratum

In vol. 40(223-224): p322 (line 6) the subtitle should be, "A 'cooperative project' for extending the radius of experience".