

# Dynamische Psychiatrie

Begründet  
von  
Günter Ammon

Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse

36. Jahrgang  
1.-2. Heft 2003  
ISSN 0012-740 X

Heft 198/199

# Dynamic Psychiatry

## Aus dem Inhalt:

ILSE BURBIEL, ROLF SCHMIDTS

Das Aggressionskonzept als Brennpunkt der humanstrukturellen Psychoanalyse

KURT THEODOR OEHLER

Das Tabu Rivalität

KAM-SHING YIP

Sullivan's Approach to Experiences in Depression: A Case Illustration

SY RUBENFELD

Self-Organizing Dynamical Systems Theory and Analytic Psychotherapy

IRIS MANOR, RICHARD P. EBSTEIN, ABRAHAM WEIZMAN, SAM TYANO

Efficacy of Single Low-Dose Methylphenidate Administration in Adult ADHD Patients  
According to Psychometric Assessment

# Dynamische Psychiatrie / Dynamic Psychiatry

Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse

Organ der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), der  
World Association for Dynamic Psychiatry WADP, der

Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft (DGG), der  
Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin (DGPM), der  
Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige, der  
Deutschen Gesellschaft für Dynamische Psychiatrie (DGDP) und der  
Psychoanalytischen Kindergärten

36. Jahrgang, 1./2. Heft 2003, Nr. 198/199

Begründet von GÜNTER AMMON,

herausgegeben von MARIA AMMON unter Mitarbeit von:

F. ANTONELLI, Rom – L. BELLAK, New York – B. BUDA, Budapest – I. BURBIEL, München – A. CARMI, Haifa – R. EKSTEIN, Los Angeles – TH. FREEMAN, Antrim – A. GARMA, Buenos Aires – F. HANSEN, Oslo – I. JAKAB, Pittsburgh – M. M. KABANOW, St. Petersburg – M. KNOBEL, Campinas – A. LAMBERTINO, Parma – U. MAHLENDORF, Santa Barbara – A. MERCURIO, Rom – L. MILLER DE PAIVA, São Paulo – K. OKONOGI, Tokio – M. ORWID, Krakau – J. F. PAWLIK, Warschau – V. S. ROTENBERG, Tel Aviv – D. SHASKAN, Los Angeles – J. B. P. SINHA, Patna – Y. TOKUDA, Tokio – H. VOLGER, Berlin – T. YAMAGUCHI, Tokio – K.-S. YIP, Hong Kong

## Inhalt/Contents

*Ilse Burbiel, Rolf Schmidts*

Das Aggressionskonzept als Brennpunkt der humanstrukturellen Psychoanalyse.. 1

*Kurt Theodor Oehler*

Das Tabu Rivalität ..... 19

*Kam-Shing Yip*

Sullivan's Approach to Experiences in Depression ..... 39

*Sy Rubenfeld*

Self-Organizing Dynamical Systems Theory and Analytic Psychotherapy..... 60

*Sy Rubenfeld*

Addendum to »Personal Intentionality versus Self - Purposiveness in  
Psychotherapy« ..... 73

*Iris Manor, Richard P. Ebstein, Abraham Weizman, Sam Tyano*

Efficacy of Single Low-Dose Methylphenidate Administration in Adult ADHD  
Patients According to Psychometric Assessment ..... 75

*Gabor Kelemen, Marta B. Erdos (Hungary)*

The Role of Reintegration Rituals in Sobriety -  
A Comparative Study on Recovery and Relapse ..... 89

Ankündigungen/Announcements..... 114

# Das Aggressionskonzept als Brennpunkt der humanstrukturellen Psychoanalyse

Ilse Burbiel\*, Rolf Schmidts\*\* (München)

Aggression has been focus of psychoanalytic discussions since Sigmund Freud's formulation of the death instinct. In his therapeutic work with severely ill patients with archaic or early disturbances, Günter Ammon had continually observed that destructive aggression can be traced back to rejection and hostile communication within the primary group. On the other hand, in the former Berlin Psychoanalytic Kindergarten it was observed, that infantile aggressions could be influenced positively and even solved by intense group work with parents. These experiences were so important, that already in 1968 Günter Ammon abandoned the notion of aggression as primarily directed towards destruction. On the contrary he understood aggression in the sense of »adgredi« as a constructive power of development. Only by specific destructive group dynamics in a person's life this power is transferred into aggression as a destructive force as generally understood (Ammon 1970).

This notion of aggression was in accordance with Ammon's positive view of man and his belief in man's ability to develop in and by the group in the sense of having the power to create or re-create the human personality. Aggression is supporting all constructive expressions of life which relate man to other human beings and objects. In other words: Aggression sustains the ability for acting and living in groups as well as for identity development.

Die Aggression war seit der Formulierung des Todestriebes durch SIGMUND FREUD Brennpunkt psychoanalytischer Auseinandersetzungen. Das psychoanalytische Aggressionskonzept hat nicht nur widersprüchliche anthropologische Deutungen, sondern auch wissenschaftlich unterschiedliche Standpunkte zum Verständnis des Stellenwerts und der Probleme der Aggression hervorgebracht.

Längst vor FREUDs Arbeit »Jenseits des Lustprinzips« (1920), in der er sich mit der Formulierung des dem Eros antipodisch entgegengesetzten, bio-psychoökonomisch verstandenen Todestriebes als entropischem Endziel allen Lebens, die menschliche und therapeutische Frage nach der Einstellung des Therapeuten zum Leben und Heilen stellt, verfasste SABINE SPIELREIN 1912 eine psychoanalyse-geschichtlich äußerst wichtige Arbeit: »Die Destruktion als

Ursache des Werdens«. Sie geht dabei auf den »Todesinstinkt« ein, den späteren Todestrieb FREUDS, indem sie zwei gegenläufige Bewegungen und Strukturen der menschlichen Psyche beschreibt: Die differenzierten, bewussten, spezifisch persönlichen, nur dem Ich zugänglichen Inhalte, die dem Anderen nur verständlich gemacht werden können durch Rückdifferenzierung. Dabei wird die geschlossene Einheit des Ich in einer abstrakten, symbolhaften, archaischen und unbewussten »Wir-Ebene« aufgelöst und verbindet sich dort mit dem Gegenüber. Während das bewusste Ich auf seiner gegenwärtigen Form beharrt, verlangen die primären Sexual- bzw. Lebenstribe eben jene Auflösung im anderen, welche allein eine Transformation und damit das Werden eines neuen Zustandes durch neuerliche Herausdifferenzierung aus dem Unbewussten ermöglicht. Jegliche Kommunikation bedarf also des Anderen als Gegenüber, an dessen Grenzen sich das Ich in seiner Geschlossenheit auflösen muss, um sich zu verständern und sich in veränderter Form immer wieder zu trennen und neue Grenzen aufzubauen. Während SPIELREIN auf diese Weise die zerstörerischen Impulse von den Lebensimpulsen und der Kreativität her konzipiert, entwickelt sie bereits eine Theorie der Grenze und der Grenzerfahrung, die freilich in der Geschichte der Psychonanalyse erst sehr viel später wieder aufgegriffen wurde.

Das freudianische Verständnis der Aggression als Ausdruck eines selbst- wie fremdzerstörerischen Todestriebes, der danach strebt, alles Lebendige wieder in den »Zustand der anorganischen Stabilität« zurückzuführen (FREUD 1940), wurde im psychoanalytischen Lager keineswegs nur positiv rezipiert. Immerhin, so ANNA FREUD (1972) auf dem Kongress der Internationalen Psychoanalytic Association in Wien, habe die dualistische Triebtheorie und hier ganz besonders die Todestriebtheorie die psychoanalytische Bewegung in zwei große Lager gespalten: Zum einen in die Gruppe der Befürworter des Todestriebes, zu denen beispielweise MELANIE KLEIN (1972) und ihre Anhänger gehören, und zum anderen in eine Gruppe von entschiedenen Gegnern aus dem Lager der Objektbeziehungstheoretiker der mittleren englischen Schule wie etwa FAIRBAIRN (1952) und GUNTRIP (1968) sowie aus dem Lager der psychoanalytischen Ich-Psychologie. Im Unterschied zu KOHOUT (1973, 1979) und FROMM (1977), die sich beide vom Triebmodell lösten und destruktive Aggression als »ein Desintegrationsprodukt« darstellen, das »sich in selbst- wie fremdzerstörerische Weise« äußern kann (RAUCH-FLEISCH 2002), formulieren WINNICOTT (1950), GREENACRE (1960), SPITZ (1965), PARENTS (1979, 1989) nach wie vor noch einen Aggressionstrieb, der

diesmal allerdings mit einer konstruktiven und einer destruktiven Qualität ausgestattet ist, »die miteinander koexistieren« (RAUCHFLEISCH 2002).

In seiner therapeutischen Arbeit mit schwer erkrankten archaisch bzw. frühgestörten Patienten konnte GÜNTER AMMON immer wieder feststellen, dass sich destruktive Aggressionen auf ablehnende und feindselige Kommunikationen innerhalb der Primärgruppe zurückführen lassen. Umgekehrt konnte im damaligen Berliner psychoanalytischen Kindergarten beobachtet werden, dass sich kindliche Aggressionen durch eine intensive Elterngruppenarbeit auflösen lassen.

Diese Erfahrungen waren so bedeutsam, dass GÜNTER AMMON sich bereits im Jahre 1968 von einem primär auf Zerstörung gerichteten Aggressionstrieb löste und Aggression im Sinne des »Adgredi« als eine primär konstruktive Entwicklungskraft des Menschen ansah, 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 AMMON's positivem Menschenbild und war kohärent mit seinem Glauben an die Entwickelbarkeit des Menschen in und durch die Gruppe im Sinne einer Kreativierung bzw. Rekreativierung der menschlichen Persönlichkeit.

Der Mensch ist in seinem Wesen konstruktiv, d. h., er ist von Geburt an mit einer auf die Umwelt gerichteten Aktivität ausgestattet, die »im Sinne des 'Adgredi', des Herangehens an Menschen und Dinge ... als Vehikel allen menschlichen, liebenden und schöpferischen Tuns aufgefasst wird« (AMMON 1970). Aggression ist also Träger aller konstruktiven Lebensäußerungen, die den Menschen zu anderen Menschen und Dingen in Beziehung setzt. »Gleichzeitig ist sie die Äußerung seines selbstverständlichen Rechts, sich und sein Leben selbst zu verwirklichen, wie es seinen Talenten und Entscheidungen entspricht« (AMMON 1970). Mit anderen Worten: Aggression ist Träger der Gruppenfähigkeit wie der Identitätsentwicklung. Interessant ist hier, dass auch die Bindungstheorie von einer »biologischen Ausstattung des Säuglings zur Orientierung und Interaktionsbereitschaft« spricht, dessen »Verhaltensorganisation ... aber einer sozialen externen Regulation« bedarf (GROSSMANN 1994).

Durch die Einbeziehung der Aggression in die zwischenmenschlichen Beziehungen wurde der Weg frei nicht nur für ein Verständnis der psychotherapeutischen Veränderbarkeit des Menschen in und durch die Gruppe – für

AMMON ist die Aggressionsbearbeitung Dreh- und Angelpunkt einer jeden Therapie – sondern auch für das Verständnis von gesunder und kranker Persönlichkeit im Rahmen des 1976 formulierten Persönlichkeitsmodells, dem Humanstrukturmodell. Es entstand die Basis für eine Neukonzeptionalisierung psychischer Energie als Sozialenergie, die sich als zentral erwies für die Integration gruppendiffusiven Denkens in das gesamte dynamisch-psychiatrischen Theoriengebäude.

Unserer Analyse nach vollzog sich die Entwicklung der dynamischen-psychiatrischen Aggressionstheorie in drei großen Etappen der Theorienbildung, die wir unter besonderer Berücksichtigung des energetischen Aspektes dieser Entwicklung vorstellen wollen, denn aus der primären Umweltoffenheit des kindlichen Ich im Sinne einer konstruktiv formulierten Aggression ergibt sich zwingend eine grundsätzliche Revision und Neuformulierung des Energieproblems in der Psychoanalyse.

### **Erste Etappe der Entwicklung der Aggressionstheorie (1968–1976)**

In der ersten Formulierung seiner Aggressionstheorie zwischen 1968 und 1976 fasst AMMON die Aggression

- a) als eine in den Bedingungen der menschlichen Existenz selbst wurzelnde konstruktive Kraft im Sinne einer, wie schon oben erwähnt, primären Umweltgerichtetetheit. Er wendet sich damit gegen den Todestrieb, behält aber den freudianischen Selbsterhaltungstrieb und das Libidokonzept bei. Zwei energetische Kräfte, die Libido und die Aggression stehen also zunächst gleichberechtigt nebeneinander. Dabei wird die Libido als treibende, die Aggression als tragende Kraft der menschlichen Entwicklung angesehen (AMMON 1970).
- b) Aggression wird als eine zwischenmenschliche Größe formuliert, als ein Ausdruck zwischenmenschlicher Kommunikation, die, wenn sie misslingt, als reaktive »Verkrüppelung« der konstruktiven Aggression, ihren Ausdruck in der gegen das eigene Selbst oder nach außen gerichteten destruktiven Aggression findet.
- c) Aggression wird auf dem Hintergrund der Ich-Psychologie als eine Ich-Funktion aufgefasst, deren Störungen entsprechend den Störungen und Fixierungen auf den Stufen der Libidoentwicklung (AMMON 1970) formuliert werden. Konstruktive Aggression ist also Träger der Trieb-

bedürfnisse der oralen, analen, phallischen und genitalen Entwicklungsstufe.

- d) »Die konstruktive Aggression des kreativen Adgredi bedeutet auch, sich von der frühkindlichen Symbiose der Mutter-/Kind bzw. Primärgruppe schuld- und angstfrei abzugrenzen mit dem Bestreben, eine eigene Identität zu realisieren. Insofern ist die konstruktive Aggression stets im Zusammenhang mit (der Ich-Funktion) der Kreativität zu sehen« (AMMON 1979).

AMMON selbst sieht einen Zusammenhang zwischen der Entwicklung seiner Aggressionslehre und der sogenannten Studentenrevolte der 60er Jahre, »zu einer Zeit, die gekennzeichnet war durch Gedanken von Auf- und Umbruch, die konstruktive, aber auch destruktive Elemente umfasste« (AMMON 1970). Daher finden wir in seinen Veröffentlichungen zahlreiche Beiträge über die Beziehung zwischen Aggression und Herrschaft, Macht und Gesellschaft. Die Befreiung aus der destruktiven Aggressionsdynamik sowohl des Einzelnen als auch einer ganzen Gruppe und Gesellschaft wird als ein emanzipatorisches Geschehen begriffen. Die sich emanzipierende Gruppe wird als Grundlage gesamtgesellschaftlicher Veränderungen aufgefasst.

### Zweite Etappe der Entwicklung der Aggressionstheorie (1976–1981)

1976 kam es dann aus der Notwendigkeit heraus, die Borderline-Patienten mit ihrer Vielfalt an Symptomen, pathologischen Erlebens- und Verhaltensweisen in ihrer unbewussten Dynamik zu verstehen und dieses psychopathologische Syndrom als ein eigenständiges einheitliches Krankheitsbild zu fassen, zur Formulierung des dynamisch-psychiatrischen Persönlichkeitsmodells, dem Ich-Strukturmodell. Diese Entwicklung bedeutete eine endgültige Ablösung von dem ich-psychologischen Persönlichkeitsmodell hin zu einem Strukturmodell der Persönlichkeit, welches die Persönlichkeit als eine mehrdimensionale, ganzheitliche Struktur auffasst, deren Elemente, die Ich-Funktionen in einem synergistischen, sich wechselseitig regulierenden und dynamischen Zusammenhang zueinander stehen und drei verschiedenen Substrukturen der Persönlichkeit zugeordnet werden können: Die primäre Humanstruktur umfasst den gesamten körperlich biologischen Bereich des Menschen. Zu den zentralen, vorwiegend unbewussten Substrukturen der Persönlichkeit gehören beispielsweise die Aggression so wie die Funktionen der Angst, Abgrenzung, Narzissmus, Kreativität, Körper-Ich, Sexualität, Gruppenfähigkeit und andere.

Der sekundären Substruktur werden Fähigkeiten und Fertigkeiten zugeordnet, die den Kontakt zur Realität herstellen.

Bei dynamischer Betrachtungsweise sind Humanstrukturen Systeme, deren Funktionen nicht nur innerhalb des Systems, sondern auch zwischen dem System und seiner Umgebung in gruppodynamischen Austauschprozessen stehen.

Mit der Integration der zentralen Humanfunktion der Aggression in das Gesamtgefüge aller Funktionen der Persönlichkeitsstruktur erhält die Aggression

- a) als eine kreative auseinandersetzungs- und veränderungsbewirkende Kraft, strukturell gesehen eine besondere Position als eine übergeordnete Funktion, eine regulatorische Größe, die die anderen Funktionen dynamisiert und »die Handlungen kohärenter und zielgerichteter macht.« (AMMON 1979).
- b) Mit der Formulierung des Humanstrukturmodells rückt der Defizitbegriff immer stärker in den Vordergrund der theoretischen und therapeutischen Bearbeitung. Damit ist destruktive Aggression nicht nur aus einer Konflikt-dynamik heraus zu verstehen (wie in der ersten Phase der Aggressions-theorie formuliert), sondern aus einem real erlebten zwischenmenschlichen Defizit pathologischer Gruppodynamiken in den Primärgruppen des Kindes. Defizitäre Bereiche der menschlichen Identität sind unstrukturierte Persönlichkeitsbereiche, Anteile kindlicher Lebensäußerungen vor allem in der prägenitalen Entwicklungszeit, die keine konstruktive menschliche Beziehung fand, sondern eher auf Feindseligkeit oder Gleichgültigkeit stieß.
- c) Die defizitäre Aggression als eine durch die umgebende Gruppe nicht beantwortete destruktive Aggression richtet sich nach innen gegen sich selbst und den eigenen Körper. Hier ist die Kommunikation zur Umgebung nicht mehr gegeben. Von daher ist diese Form der Funktions-entwicklung die kränkere, subtilere Ausprägung einer pathologischen Beziehungs-dynamik.

- c) Seit der Formulierung des Humanstrukturmodells werden nicht nur die Aggression, sondern alle zentralen Humanfunktionen als »anfängliche Potentialität in kindlicher Entwicklung« (AMMON 1979) aufgefasst, Potentialitäten, die dem Kind primär von Geburt an gegeben sind. Nach

wie vor bleibt aber zu diesem Zeitpunkt die Frage nach der »energetischen Speisung« der Humanstruktur letztendlich offen, bis es

- d) im Jahre 1977 auf dem Münchner Kongress zu einer endgültigen Ablösung von der Libidotheorie kam. AMMON konzipiert zunächst einmal ein unspezifisches Energiereservoir für die »Speisung« der Humanstruktur.
- e) Bereits wenig später im Jahre 1979 kommt es zu einer ersten Vorstellung einer sozialen Energie in Form einer narzisstischen Zufuhr durch die Gruppe, als Quelle des Energiereservoirs des Ich's. Neben einer primären Stimulationsbedürftigkeit des kindlichen Ich's und damit einer primären konstruktiv-aggressiven Umweltoffenheit (AMMON 1979) gibt es ein primär angeborenes Bedürfnis nach einer Bestätigung der geistig-seelischen Existenz des Menschen durch Geborgenheit, Zuwendung, Sicherheit und Liebe. In der ersten Fassung des sozialenergetischen Prinzips wird soziale Energie als Funktion lebensgeschichtlich früher narzisstischer Zuwendung durch die Primärgruppe und späterer realitätsbezogener narzisstischer Gratifikation aus aktuellen Gruppenzusammenhängen formuliert (AMMON et al 1980).

Mit der Formulierung des Humanstrukturkonzeptes wurden die Voraussetzungen für die empirische Forschung in der Dynamischen Psychiatrie geschaffen. Als erstes Instrument wurde der Ich-Strukturtest nach AMMON (ISTA) zur Messung der Aggression entwickelt (vgl. BECK, BOTT, VIEHL-VOLBEHR 1978; BURBIEL, VOGELBUSCH 1980), später auch der zentralen Funktionen der Angst, Abgrenzung, des Narzissmus und der Sexualität. Der ISTA ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen, der heute in seiner revidierten zweiten Fassung im Zwets-Verlag (AMMON, FINKE, WOLFRUM 1997) veröffentlicht ist. Mit diesen Verfahren konnten wesentliche Bestandteile der Aggressionslehre bestätigt werden, wie z.B. die therapeutische Nachentwicklung defizitärer Aggression über eine destruktive Aggressionsbearbeitung, die Bedeutung destruktiver Aggression für Kreativitätsprozesse, die unterschiedliche Qualität der Aggressionsentwicklung bei verschiedenen Krankheitsbildern, signifikante Zusammenhänge zwischen verschiedenen Humanfunktionen und der Aggression, geschlechtsspezifische und altersspezifische Unterschiede, die defizitäre Aggression als massivste Pathologieerscheinung, die Bedeutung konstruktiver und destruktiver Aggression für spezifische schulische Leistungen u.a.

Aggression wurde als hypothetisches Konstrukt in seinen Qualitäten konstruktiv, destruktiv und defizitär folgendermaßen operationalisiert:

	konstruktiv ○	destruktiv Δ	defizitär □
<b>Aggression:</b> Aktivitäts- Potential, »adgredi«	zielgerichtete u. kontaktherstellende Aktivität gegenüber sich selbst, anderen Menschen, Dingen und geistigen Inhalten. Fähigkeit, Beziehungen und Aufgaben durchzuhalten, Standpunkt zu beziehen. Aktive Lebensgestaltung	Fehlgerichtete, kontaktabbrechende, zerstörerische Aktivität gegenüber sich selbst, anderen Menschen, Dingen und geistigen Aufgaben. Gestörte Aggressions-Regulation i.S. destruktiver Durchbrüche, Entwertung anderer Menschen, Zynismus, Rache	Generell fehlende Aktivität, keine Kontaktaufnahme zu sich selbst, zu anderen Menschen, Dingen, geistigen Inhalten. Passiv, zurückgezogen, teilnahmslos, leer. Rivalitäts- und Auseinandersetzungsvermeidend

Mit der Entwicklung des Humanstrukturmodells wurden die Möglichkeiten für eine strukturelle Beschreibung der Persönlichkeit in ihren konstruktiven, destruktiven und defizitären Qualitäten geschaffen und damit die Voraussetzungen für die vieler Orts beschriebene humanstrukturelle oder Identitätstherapie. Die Arbeit an der destruktiven und defizitären Aggression ist hier Voraussetzung für eine Aufhebung der Entwicklungsarretierung des Patienten. Wesentliche Grundzüge dieser Therapie sind:

1. Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung
2. Direkter Kontakt mit dem Patienten
3. Arbeit mit den konstruktiven Seiten der Persönlichkeit (Ressourcenorientierung)
4. Keine direkte Arbeit mit dem Symptom, sondern mit der hinter dem Symptom liegenden Verlassenheits- und Identitätsangst des Patienten
5. Herstellen von emotional korrigierenden Erfahrungen
6. Arbeit mit Übertragung/Gegenübertragung und Widerstand im Hier und Jetzt der therapeutischen Beziehung
7. Herstellen von Grenzsituationen und Arbeit an den Grenzen der Humanstruktur, dort wo der Patient in der frühen Kindheit in den Zeiten der prozessualen Abgrenzung aus der Primärgruppensymbiose verletzt, arretiert oder nicht wahrgenommen wurde; d.h. Arbeit an dem strukturellen Defizit der Persönlichkeit

8. Last but not least und ganz wesentlich von AMMON als Dreh- und Angelpunkt einer jeden Therapie gefordert: Die Arbeit an der destruktiven und defizitären Aggression als Voraussetzung für eine Aufhebung der Entwicklungsarretierung des Patienten.

Mit der Formulierung des Humanstrukturmodells kommt es also zu einer Ablösung von der Ich- und Objektpsychologie hin zu einer Identitätspsychologie. Identität macht Aussagen über die Ganzheitlichkeit, Mehrdimensionalität, Gruppenbezogenheit und Prozesshaftigkeit des menschlichen Wesens.

»Identität ist das Bleibende einer Persönlichkeit und sie ist gleichzeitig nichts Bleibendes. Identität ist ein Prozess, eine fortwährende Suche, eine fortwährende Entwicklung« (AMMON 1986).

Aggression, Identität und Gruppe bilden zentrale Bausteine des AMMON-schen Menschenbildes, an dem die Diagnostik, Therapie, Prophylaxe, Theorieentwicklung, Ausbildung, Wissenschaft und Forschung unserer Denkrichtung orientiert sind.

### Dritte Etappe der Entwicklung der Aggressionstheorie (1981 bis heute)

- a) Bereits 1982 kommt es dann zur erweiterten und bis heute geltenden Formulierung des sozialenergetischen Prinzips als zentrales Entwicklungsprinzip des Menschen. Sozialenergie (AMMON et al. 1981; AMMON 1982) ist die psychische Energie, die durch zwischenmenschlichen Kontakt entsteht. Im Unterschied zur ausschließlich narzisstischen Zuwendung in Form von Bestätigungen, Lob und Zuwendung wird konstruktive Sozialenergie verstanden als eine Energie, die den Menschen als ganze Person in seinem Unbewussten berührt und damit auch verändert durch Interesse, durch Forderungen an die Identität, durch Aufforderungen zum Tun, zur Tätigkeit und zur Aufgabe sowie durch tief emotionale Begegnungen. Destruktiv, d.h. kontaktzerstörerisch und damit entwicklungsarretierend sind Verbote, Lebenseinengungen, Bestrafungen, Zwänge, offene Destruktionen in Form von Gewalt, Misshandlung, Missbrauch u.v.a.m. Defizitäre Sozialenergie ist die Verweigerung von Kontakt, das Ignorieren von Menschen, Gleichgültigkeit bei formaler Betreuung. Defizitäre Sozialenergie findet oft auch ihren Ausdruck in Verwöhnungs- und Versagensbeziehungen (AMMON et al., 1981).

- b) Es ist die Sozialenergie, die von Geburt an das körperlich-seelisch-geistige Potential eines Menschen ganzheitlich strukturiert und dynamisiert. »Die Strukturwerdung gruppodynamischen Geschehens ... verstehe ich als sozialenergetischen Prozess, sozusagen als Niederschlag zur Sozialenergie in Humanstruktur. Neben diesem sozialenergetischen Moment umfasst die Identität auch den entgegengesetzten Prozess: den der Veräußerlichung und Realisierung von Struktur in der Gruppe, das neue sozialenergetische und damit human-strukturbildende Prozesse in Gang setzt.« (AMMON 1983). Sozialenergie dient also als Transmitter zwischen Identität und Gruppe, Identität ist manifestierte Sozialenergie: Mit diesen Aussagen wird die Unteilbarkeit von Mensch und Beziehung im Sinne eines synergistisch-dialektischen Prinzips postuliert: »Der Mensch entwickelt seine Identität in der Gruppe. Der Gruppenbezug integriert ihn, die Identität differenziert ihn aus der Gruppe heraus« (AMMON et al 1982). Sozialenergie ist jetzt also »die Kraft, die Struktur, Dynamik und Prozess von Identität und Gruppe trägt. Mittels der Identität jedes einzelnen wird eine Auseinandersetzung mit der Gruppe eingeleitet, die Kontakte innerhalb der Gruppe herstellt und Sozialenergie entstehen lässt« (AMMON 1982).
- c) Konstruktive Aggression, narzisstische Zufuhr und Sozialenergie bilden nach Ammon drei Quellen psychischer Energie begründet durch verschiedene Grundbedürfnisse des Menschen. Auf metatheoretischer Ebene bilden sie drei aufs engste verbundene motivationale Systeme.
- d) Auf der gruppodynamischen-phänomenologischen Ebene bilden sie gemeinsam ein »sozialenergetisches Entwicklungsfeld«, das notwendig ist für Identitätswachstum, -erweiterung und -veränderung. Entwicklungs geschichtlich haben die verschiedenen energetischen Dimensionen eine unterschiedliche Bedeutung für das Identitätswachstum: die konstruktive Aggression des Kindes und die narzisstische Zufuhr der umgebenden Gruppe bilden im ersten Lebensjahr die wohl wichtigsten Entwicklungs energien. Mit zunehmender Identitätsentwicklung und Abgrenzung aus der Primärgruppensymbiose als einem vielfältigen gruppodynamischen Geschehen verschiedener Qualität und Grenzentwicklungen werden Aggression und narzisstische Zuwendung mehr und mehr als besondere energetische Qualitäten in das sozialenergetische Energiesystem integriert.

Anders formuliert könnte man

- e) konstruktive Aggression und narzisstische Zufuhr auch als energetische Subsysteme des menschlichen sozialenergetischen Gesamtenergiesystems auffassen. Aggression und Sozialenergie bilden also eine innige Einheit.

Wir können also festhalten und gleichzeitig zusammenfassen: Ohne die ursprünglich gruppendifnamische Formulierung der Aggression als Träger psychischer Entwicklung wäre eine Formulierung des sozialenergetischen Prinzips nie möglich geworden. Durch die Formulierung des sozialenergetischen Prinzips wiederum bekommt Aggression ihren spezifischen Stellenwert im gesamten gruppendifnamischen Geschehen. Die ursprünglich wesensmäßig mitgegebene konstruktive Entwicklungsaktivität der Aggression wird durch zunehmende Identitätsentwicklung und sozialenergetischen Austausch zwischen Kind und Gruppe zu einer übergeordneten Humanfunktion mit konstruktiven, destruktiven und defizitären Qualitäten ausdifferenziert.

Das Konzept der Sozialenergie wurde gerade aus der Arbeit mit psychisch schwer kranken »frühgestörten« Patienten entwickelt und hat daher die therapeutische Arbeit sowohl in der Einzel- als auch der Gruppenbehandlung maßgeblich beeinflusst. Es geht zentral, insbesondere in den (verbalen wie mehr nonverbalen) Gruppenpsychotherapien, um die Herstellung eines therapeutisch günstigen sozialenergetischen Feldes, in dem sowohl der Austausch narzisstischer Energie und konstruktiv-aggressiver Energie, entsprechend dem jeweiligen Stand der identitätstherapeutischen Auseinandersetzung, aufeinander bezogen und miteinander reguliert sind. Zu beachten ist hier eine entwicklungsgünstige Zusammensetzung der Patienten zu einer Gruppe. Die destruktive Aggression wird im therapeutischen Prozess dann frei, wenn die Gruppe gerade ihren emanzipatorischen Auftrag, nämlich die Abgrenzung aus der Anpassung an die Krankheit erfüllt. Therapeut und Gruppe als Bündnispartner werden dann oft als feindlich erlebt, da sie unbewusst an die schmerz- und leidvollen frühkindlichen Erfahrungen erinnern, die man doch lange in sich begraben hatte. Gerade die Gruppe als Ort der unbewussten Re-inszenierung der pathologischen Primärgruppendifnamiken ist für die oftmals vehementen archaischen Verlassenheitsaggressionen besonders wichtig, auch für die Aufsplittung verschiedener freundlicher und feindseliger Übertragungsbeziehungen auf die verschiedenen Gruppenmitglieder und den Therapeuten.

## Die Bedeutung des Aggressionskonzeptes für die Ausbildung

Für unsere nunmehr 30jährige Instituts- und 25jährige Kindergartenarbeit in München wie auch für die Arbeit in der Dynamisch Psychiatrischen Klinik Menterschwaige ist das Aggressionskonzept nicht nur für die Therapie und Prophylaxe, sondern auch für die Gestaltung unserer Ausbildung und für die weitere Zukunft unseres Ausbildungsinstitutes von hervorragender Bedeutung.

Wir verstehen unsere DAP-Ausbildungsinstitute nicht nur als Ort der Kenntnisentwicklung und -vermittlung adäquater Techniken zur Krankheitsbewältigung, sondern als ein Milieu der Identitätsentwicklung der Ausbildungskandidaten. Diese sollten in ihren Identitätsmöglichkeiten möglichst umfassend und vielseitig unter Berücksichtigung ihrer gesunden und kranken Anteile gefördert werden. Das ist allein und ausschließlich in der analytischen Zweiersituation nicht möglich, sondern bedarf eines vielschichtigen Ausbildungsmilieus, das die lehranalytischen, kontrollanalytischen, geistigen, theoretischen und organisatorischen Ausbildungssituationen zu einem sozialenergetischen Gesamtfeld strukturiert, in dem der Kandidat wichtige Abgrenzungs- und Identifikationsschritte machen kann. Dabei sollte das gesamte Übertragungs- und Gegenübertragungsgeflecht der Ausbildungssituation nicht wie in anderen psychoanalytischen Ausbildungskonzeptionen als Störfaktor, sondern gerade in die Lehranalyse miteinbezogen werden. Da das gesamte Ausbildungsinstitut als ein sich selbst organisierendes, alle Aufgaben selbst übernehmendes System strukturiert ist, erhält der werdende Analytiker die Möglichkeit, sich nicht nur als Therapeut, sondern auch als Forscher, Organisator, Berufspolitiker, Werbespezialist usw. zu betätigen, um hierbei seine Möglichkeiten, Talente und Stärken zu zeigen und zu erproben.

Stärkung und Wachstum der Identität des jungen Ausbildungskandidaten ist Voraussetzung dafür, dass er die yieldimensionalen Seiten seiner Identität zu einer nach innen und außen abgrenzenden Persönlichkeit entwickeln kann, um diese dem identitätsgeschädigten Patienten zur Verfügung zu stellen.

Dazu gehört, dass der junge Ausbildungskandidat sein eigenes Leid und seine Identitätsverbote als verinnerlichte aggressive Absicherungserfahrungen und möglichst umfangreich sein eigenes narzisstisches Defizit und damit seine damit verbundene Aggression bearbeitet. Archaische Verlassenheitsgefühle mit der damit verbundenen Aggressionsproblematik müssen der analytischen Bearbeitung zugänglich werden, damit der spätere Therapeut nicht unbewusst gerade diese archaischen Gefühle beim Patienten abwehren und verleugnen

muss oder seine unbearbeiteten Aggressionen feindselig auf den Patienten projiziert.

Vom Analytiker wird gefordert, dass er sich auch über den Abschluss seiner Ausbildung hinaus neuen Identitäts- und Entwicklungsanforderungen stellt und bereit ist, sich immer wieder in Frage zu stellen. Von daher wird deutlich, dass die Entwicklungsfähigkeit eines Menschen eine der zentralen Auswahlkriterien für die Zulassung eines Bewerbers ist. Dies gilt nicht nur für den einzelnen Kollegen, sondern auch für die gesamte Institutsgruppe, die, um erfahrungsfähig zu bleiben, ein offenes System bleiben sollte. Um der Gefahr einer Institutionalisierung und damit Erstarrung der Ausbildungskultur entgegen zu wirken, wendet die Institutsgruppe das Instrument der Gruppendynamik auf sich selbst an und analysiert die eigenen bewussten und unbewussten gruppendynamischen Prozesse.

Denn: »Es ist schwer, Psychoanalyse als Einzelner zu treiben. Es ist ein expliziert geselliges Unternehmen. Es wäre doch viel schöner, wir brüllten und heulten alle miteinander im Chor und im Takt, anstatt dass jeder in seinem Winkel vor sich hinmobbt« (S. FREUD in einem Brief an GRODDEK).

## Zusammenfassung

Die Aggression war seit der Formulierung des Todestriebes durch SIGMUND FREUD Brennpunkt psychoanalytischer Auseinandersetzungen. In seiner therapeutischen Arbeit mit schwer erkrankten archaisch bzw. frühgestörten Patienten konnte GÜNTER AMMON immer wieder feststellen, dass sich destruktive Aggressionen auf ablehnende und feindselige Kommunikationen innerhalb der Primärgruppe zurückführen lassen. Umgekehrt konnte im damaligen Berliner psychoanalytischen Kindergarten beobachtet werden, dass sich kindliche Aggressionen durch eine intensive Elterngruppenarbeit auflösen lassen.

Diese Erfahrungen waren so bedeutsam, dass GÜNTER AMMON sich bereits im Jahre 1968 von einem primär auf Zerstörung gerichteten Aggressionstrieb löste und Aggression im Sinne des »Adgredi« als eine primär konstruktive Entwicklungskraft des Menschen ansah, 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 AMMON's positivem Menschenbild und war kohärent mit seinem Glauben an die Entwickelbarkeit des Menschen in und

durch die Gruppe im Sinne einer Kreativierung bzw. Rekreativierung der menschlichen Persönlichkeit. Aggression ist Träger aller konstruktiven Lebensäußerungen, die den Menschen zu anderen Menschen und Dingen in Beziehung setzt. Mit anderen Worten: Aggression ist Träger der Gruppenfähigkeit wie der Identitätsentwicklung.

Die Entwicklung des dynamisch-psychiatrischen Aggressionskonzeptes vollzog sich in drei Etappen: 1. Phase 1968 bis 1976; 2. Phase 1976 bis 1981; 3. Phase ab 1981.

In der ersten Formulierung seiner Aggressionstheorie fasst AMMON die Aggression als eine in den Bedingungen der menschlichen Existenz selbst wurzelnde konstruktive Kraft im Sinne einer primären Umweltgerichtetetheit. Zwei energetische Kräfte, die Libido und die Aggression stehen also zunächst gleichberechtigt nebeneinander. Dabei wird die Libido als treibende, die Aggression als tragende Kraft der menschlichen Entwicklung angesehen. (AMMON 1970).

Aggression wird als eine zwischenmenschliche Größe formuliert, als ein Ausdruck zwischenmenschlicher Kommunikation, die, wenn sie misslingt, als reaktive »Verkrüppelung« der konstruktiven Aggression ihren Ausdruck in der gegen das eigene Selbst oder nach außen gerichteten destruktiven Aggression findet.

Aggression wird auf dem Hintergrund der Ich-Psychologie als eine Ich-Funktion aufgefasst, deren Störungen entsprechend den Störungen und Fixierungen auf den Stufen der Libidoentwicklung (AMMON 1970) formuliert werden. »Konstruktive Aggression ist somit Träger der Triebbedürfnisse der oralen, analen, phallischen und genitalen Entwicklungsstufe. Insofern ist die konstruktive Aggression stets im Zusammenhang mit der (Ich-Funktion) der Kreativität zu sehen.« (AMMON 1970). Die sich emanzipierende Gruppe wird als Grundlage gesamtgesellschaftlicher Veränderungen aufgefasst.

Mit der Integration der zentralen Humanfunktion der Aggression in das Gesamtgefüge aller Funktionen der Persönlichkeitsstruktur erhält die Aggression als eine kreative auseinandersetzungs- und veränderungsbewirkende Kraft, strukturell gesehen eine besondere Position als eine übergeordnete Funktion, eine regulatorische Größe, die die anderen Funktionen dynamisiert und »die Handlungen kohärenter und zielgerichteter macht«. (AMMON 1979).

Die defizitäre Aggression als eine durch die umgebende Gruppe nicht beantwortete destruktive Aggression richtet sich nach innen gegen sich selbst und den eigenen Körper.

Seit der Formulierung des Humanstrukturmodells werden nicht nur die Aggression, sondern alle zentralen Humanfunktionen als »anfängliche Potentialität in kindlicher Entwicklung« (AMMON 1979) aufgefasst; Potentialitäten, die dem Kind primär von Geburt an gegeben sind. Die Arbeit an der destruktiven und defizitären Aggression ist hier Voraussetzung für eine Aufhebung der Entwicklungsarretierung des Patienten. Identität ist ein Prozess, eine fortwährende Suche, eine fortwährende Entwicklung« (AMMON 1986).

Aggression, Identität und Gruppe bilden zentrale Bausteine des Menschenbildes, an dem die Diagnostik, Therapie, Prophylaxe, Theorieentwicklung, Ausbildung, Wissenschaft und Forschung unserer Denkrichtung orientiert sind. Sozialenergie (AMMON et al 1981, AMMON 1982) ist die psychische Energie, die durch zwischenmenschlichen Kontakt entsteht. Sozialenergie dient als Transmitter zwischen Identität und Gruppe, Identität ist manifestierte Sozialenergie. Mit diesen Aussagen wird die Unteilbarkeit von Mensch und Beziehung im Sinne eines synergistisch-dialektischen Prinzips postuliert: »Der Mensch entwickelt seine Identität in der Gruppe. Der Gruppenbezug integriert ihn, die Identität differenziert ihn aus der Gruppe heraus.« Sozialenergie jetzt also »die Kraft, die Struktur, Dynamik und Prozess von Identität und Gruppe trägt. Mittels der Identität jedes einzelnen wird eine Auseinandersetzung mit der Gruppe eingeleitet, die Kontakte innerhalb der Gruppe herstellt und Sozialenergie entstehen lässt« (AMMON 1982).

Konstruktive Aggression, narzisstische Zufuhr und Sozialenergie bilden nach AMMON drei Quellen psychischer Energie begründet durch verschiedene Grundbedürfnisse des Menschen. Entwicklungsgeschichtlich haben die verschiedenen energetischen Dimensionen eine unterschiedliche Bedeutung für das Identitätswachstum: konstruktive Aggression des Kindes und narzisstische Zufuhr der umgebenden Gruppe bilden wohl im ersten Lebensjahr die wichtigsten Entwicklungsenergien. Mit zunehmender Identitätsentwicklung und Abgrenzung aus der Primärgruppensymbiose als einem vielfältigen gruppendifamischen Geschehen verschiedener Qualität und Grenzentwicklungen werden Aggression und narzisstische Zuwendung mehr und mehr als besondere energetische Qualitäten in das sozialenergetische Energiesystem integriert. Anders formuliert könnte man konstruktive Aggression und narzisstische Zufuhr auch als energetische Subsysteme des menschlichen sozialenergetischen Gesamtenergiesystems auffassen. Aggression und Sozialenergie bilden also eine innige Einheit.

Ohne die ursprünglich gruppendifamische Formulierung der Aggression als Träger psychischer Entwicklung wäre eine Formulierung des sozial-energetischen Prinzips nie möglich geworden. Durch die Formulierung des sozialenergetischen Prinzips wiederum bekommt Aggression ihren spezifischen Stellenwert im gesamten gruppendifamischen Geschehen. Die ursprünglich wesensmäßig mitgegebene konstruktive Entwicklungsaktivität der Aggression wird durch zunehmende Identitätsentwicklung und sozial-energetischen Austausch zwischen Kind und Gruppe zu einer übergeordneten Humanfunktion mit konstruktiven, destruktiven und defizitären Qualitäten ausdifferenziert. Die destruktive Aggression wird im therapeutischen Prozess dann frei, wenn die Gruppe ihren emanzipatorischen Auftrag, nämlich die Abgrenzung aus der Anpassung an die Krankheit erfüllt.

## **Summary**

The development of the dynamic-psychiatric concept of aggression took place in three stages: First stage from 1968 to 1976; second stage from 1976 to 1981; third stage since 1981.

In the first formulation of his theory of aggression, AMMON understands aggression as a constructive power, rooted in the conditions of man's existence, i.e. in the sense of a primal direction to environment. At first two energetic powers, libido and aggression, are on an equal basis. Libido is considered as being the driving force, aggression as sustaining force of human development (AMMON 1970). Aggression is formulated as interpersonal dimension, as expression of interpersonal communication. In the case of failure, aggression is expressed as reactive »deformation« of constructive aggression, in a destructive way against the own person or against environment.

On the background of ego-psychology, aggression is understood as ego-function. Its disturbances are formulated in accordance with those of disturbances and fixations on stages of libido development (AMMON 1970). Consequently, constructive aggression is sustaining the drive needs of the oral, anal, phallic and genital stages of development. So constructive aggression can be connected with the (ego-function) of creativity (AMMON 1970).

The central human function of aggression is integrated into the entirety of all functions in the structure of personality. Thus in a structural understanding, aggression as creative force causing confrontation and change gets a special

position as superior function, a regulating dimension, which activates the other functions and makes »actions more coherent and more purposeful« (AMMON 1979).

Deficient aggression is caused by destructive aggression which was not answered by the surrounding group during infancy. It is directed against the inner world , against the self and the own body.

Since the human-structure model was formulated, not only aggression but all central human functions are understood as »initial potentials in the infantile development« (AMMON 1979), potentials which are given to the child from birth. Working on destructive and deficient aggression is a necessary condition to abolish developmental stagnation of the patient. »Identity is a process, a continuous search, continuous development« (AMMON 1986).

Aggression, identity and group constitute central elements of the view of man. Diagnostics, therapy, prophylaxis, development of theory, training, science and research of our thinking are oriented according to this view. Social energy (AMMON et al. 1981, AMMON 1982) is defined as psychic energy which is established by interpersonal contact. Social energy serves as transmitter between identity and group, identity is the manifestation of social energy. These statements postulate the indivisibility of man and relation in the sense of a synergistic-dialectic principle. »Man develops his identity in the group. The relation to the group integrates him, identity differentiates him from the group« Social energy is noted as »the force sustaining structure, dynamics and process of identity and group. By means of the identity of each individual, confrontation with the group is introduced, which produces contacts within the group and establishes social energy« (AMMON 1982).

According to AMMON, constructive aggression, narcissistic supply and social energy form three sources of psychic energy, established by various basic needs of man. During history of the human development, the different energetic dimensions have a different meaning for the growing of identity: Constructive aggression of the infant and narcissistic supply of the surrounding group seem to be the most important developmental energies during the first year of life. With increasing development of identity and demarcation from the symbiosis with the primary group which occurred through manifold group-dynamic processes of different quality and development of demarcation, aggression and narcissistic supply as special energetic qualities are more and more integrated into the social-energetic system of energy.

Or in another different formulation: We can understand constructive aggression and narcissistic supply as energetic sub-systems of the complete human energy-system. Aggression and social energy form a close unity. Without the initial group-dynamic formulation of aggression which sustains psychic development, the formulation of the social-energetic principle never could have occurred. On the other hand, by the formulation of the social-energetic principle, aggression gets its special importance in the entire group-dynamic process. The developmental activity of aggression as initially given to the human being is differentiated into a superior human function with constructive, destructive and deficient qualities. This occurred with increasing development of identity and social-energetic exchange between child and group. Destructive aggression is demonstrated and liberated in the therapeutic process when the group has fulfilled its emancipatory task, namely demarcation from adaptation to disease.

- \* Fr. Burbiel: Dr. phil.; Psychologische Psychotherapeutin; Psychoanalytikerin (DAP); Gruppenpsychotherapeutin (DGG); Klinische Psychologin (BDP); Leitende Psychologin der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige; Wissenschaftliche Leiterin des Münchner LFI der DAP; Vorsitzende des deutschen Zweigs der WADP
- \*\* Dr. Schmidts: Dr. med.; Arzt für Psychiatrie und Neurologie; Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Psychoanalyse; Vizepräsident der WADP; Ärztlicher Leiter des Münchner LFI der DAP; Präsident der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin (DGPM).

Address of the Authors:

Münchner Lehr- und Forschungsinstitut  
der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V.,  
Goethestr. 54  
80336 München

<mailto:lfi-muenchen@dynpsych.de>

## Das Tabu Rivalität\*

Kurt Theodor Oehler\*\* (Zimmerwald)

In concerns, hospitals, schools, psychiatric clinics, families etc. since ever a real war goes wild: rivalry and competition. Everybody is fighting against everybody, one against all others, all against one, this boss with the other. Hereby everybody wants to be better, more popular, more attractive, more successful, more goodlooking etc. than the other.

Of course not many admit. Even at careful and considerate inquiry you always get the same answer. Nobody is competing with anybody else. But why does noone like to admit? Why is competing suppressed so strongly and why is this phenomenon so much a taboo? In general a taboo is the stronger the bigger the danger is coming from it. That means, rivalry and competing are perceived as being threatening. But what is the danger?

Maybe the danger is, that competing in its function is seen as non cooperative, as the opposite of solidarity. Competing therefore means being without solidarity. This is since very old times a strong offence, a crime against a holy law, it's an act of sacrilege. Each ethnic community, each country or society has, especially in times of sensitive phases of domestic policy, fought with uncompromising severity against thinking, believing and acting without solidarity. But the dilemma can elegantly brought to disappearance when distinguishing different components of rivalry. You can distinguish a »constructive« from a »destructive« form of rivalry, that describes the destroying, subliminal, unspoken aspect of competing.

The »constructive« aspect of rivalry in its many facets then belongs to the main competences of social behaviour, because those who aren't able to maintain the own position as self-conscious personalities competing, coping and asserting with fellow men, will hardly withstand in life.

### Einleitung

In Schulen, Lehrerzimmern, Büros, Spitälern, Betrieben, Psychiatrischen Kliniken, Vereinen und Familien tobt seit ewig her ein wahrer Krieg: Rivalität und Konkurrenz. Jeder kämpft gegen jeden, einer gegen alle, alle gegen einen, dieser Chef mit jenem Chef, dieses Team gegen jenes Team oder diese Gruppe gegen jene Gruppe. Dabei will jeder besser, beliebter, attraktiver, erfolgreicher, schöner usw. sein als der bzw. die andere.

Wer kennt das nicht, dass man sich am Arbeitsplatz einer Kollegin oder einem Kollegen gegenüber zurückgesetzt fühlt, dass einem diese Frau bzw. dieser Mann ungerechtfertigt gleichgestellt oder vorgezogen wird, vom Chef mit Blumen beschenkt, mit Blicken bedacht und mit Lob verwöhnt? Ist es

nicht so, dass man immer vergleicht, die Ergebnisse, täglich abwägt, die Erfolge, und immer bewertet, die Leistungen? Wer kennt sie nicht, diese zwiespältigen Gefühle von Neid, Rivalität und Hass, die den Erfolg der Mitarbeiter, das Glück der Freunde und die Errungenschaften der Kameraden begleiten, diese beiläufigen Ausrutscher, die ironischen Bemerkungen, die abschätzigen Kommentare, der beißende Spott? Und wer kennt sie nicht, die Fassungslosigkeit über die eigene griesgrämige Reaktion?: »Die ist doch krank, der ist doch blöd, die sind doch gemein!« Sind diese Reaktionen angemessen, sind die Kollegen wirklich so blöd, so egoistisch und so niederträchtig? Treffen diese Aussagen wirklich zu? Tragen sie wirklich dazu bei, die Spannungen zu lösen und den verlorenen Frieden wieder herzustellen?

Kann man hoffen, dass die beißende Rivalität, die uns überall begegnet, mit zunehmender gesellschaftlicher Transparenz mehr und mehr verschwindet, dass die brennenden Gegensätze langsam verebnen, und dass sich die Spannungen zunehmend verringern? Im Gegenteil! Die Brisanz des Themas scheint sich unaufhaltsam zuzuspitzen! Im Rahmen des Informationszeitalters wird alles öffentlich, messbar, vergleichbar. Das Fernsehen und die Boulevardpresse tragen Intimes, und oft auch allzu Intimes, in jede Stube. Politiker erhalten Noten, Kleider öffentlicher Personen, vor allem großer Stars, werden kritisch hinterfragt und deren Auftreten unbarmherzig gerichtet. Dabei sind die Medien in ihrer Weise wählerisch: Schönheit wird zu Qualität, Spitzenleistung zum Standard und Bekanntheit zum Muss! Eine superhübsche Frau, ein Modell als Partnerin oder sonst ein Sportidol im Label ist Argument genug. Es ist nicht gleichgültig, ob man eine hübschere Frau, ein feudales Haus oder eine glänzendere Karosse besitzt.

## I. Was bedeutet Rivalität?

Was bedeutet Rivalisieren bzw. Rivalität? Das Wort Rivalität leitet sich etymologisch vom lateinischen Wort »rivus« ab, das »eine Wasserrinne«, »ein Bach«, »ein Bächlein« oder »ein Rinnsal« darstellt. Von diesem Wort stammt wiederum das lateinische »rivalis« ab, das als Adjektiv »zum Bach, zum Kanal gehörend« und als Substantiv den »Mitberechtigten am Nutzungsrecht eines Wasserlaufs« bzw. den »Bachnachbarn« bezeichnet. Man kann sich jetzt gut vorstellen, dass das Nutzungsrecht am Wasser äußerst schwierig zu bestimmen und unter den berechtigten Anwohnern eines Wasserlaufs oftmals strittig war. Nach welchen Kriterien sollte die Wasserquote errechnet werden? Ist die

Fläche des angrenzenden Landes maßgebend, die Höhe des Wasserzinses oder vielleicht das über Generationen hinweg vererbte Nutzungsrecht? Man sieht, diese Frage kann nicht ohne Würdigung mehrerer Faktoren gelöst werden. Das heißt aber, dass über die Zuteilung der Wasserrechte eine Auseinandersetzung, eine Verhandlung, ein Gespräch geführt werden musste, in der die einzelnen Einwände bzw. Argumente der »rivalis«, der sogenannten Bachanlieger, angehört, diskutiert, gewichtet und gegeneinander abgewogen werden mussten.

## II. Die Allgegenwärtigkeit der Rivalität

Warum ist es so, dass das Rivalisieren so wichtig, so allgemein verbreitet ist? Welche Bedeutung kommt dem Rivalisieren zu? Ist es möglich, dass die Rivalität im menschlichen Zusammenleben eine wichtige Rolle spielt, dass dem Rivalisieren eine bedeutende gesellschaftliche Funktion zukommt?

Das Rivalisieren findet in vielen Formen und Varianten statt. An erster Stelle steht die Einzelperson, die mit einem einzelnen Konkurrenten rivalisiert. Dabei geht es vielfach um persönliche Macht, um bestimmenden Einfluss, um eine besondere Kompetenz, um allgemeines Ansehen usw. Rivalität ist zweitens aber auch zwischen verschiedenen Fraktionen bzw. Untergruppen in einer hierarchisch übergeordneten Gesamtgruppe zu beobachten. Diese Konstellationen finden wir überall, speziell im Rahmen des gruppendiffusiven Prozesses, wenn sich die zuvor strukturierte Gruppe zu einer ersten Vorstruktur gruppieren. An dritter Stelle, auf einer höheren Ebene, sind es vollständige Gruppen, die in Konkurrenz zueinander stehen und heftig miteinander rivalisieren. Diese unterscheiden sich vielfach nur formal oder auf Grund der unterschiedlichsten Eigenschaften ihrer Mitglieder voneinander. Sei es, dass die Gruppenteilnehmer geographisch aus einer bestimmten Gegend stammen, zum Beispiel aus Bayern oder aus Preußen, dass sie eine andere Sprache sprechen, zum Beispiel Französisch oder Englisch, dass sie einer anderen Konfession, zum Beispiel der katholischen oder der protestantischen, oder einem anderen Stand, dem bürgerlichen oder dem Adel, angehören. Wir finden auch immer wieder Auseinandersetzungen, die sich zwischen rivalisierenden Berufsgruppen bilden, zum Beispiel zwischen dem Pflegepersonal und den Ärzten in den Spitälern, zwischen Psychologen und Pädagogen in den Schulen, zwischen Psychologen und Ärzten in den psychiatrischen Kliniken, zwischen Lehrern und Erziehern in den Schulheimen, zwischen Akademikern

und gelernten Berufsleuten in Betrieben, zwischen Juristen und anderen Berufsgruppen in der Politik und zwischen Laien und Priestern in der Kirche. Die Rivalität tritt besonders dann in den Vordergrund, wenn sich aus verschiedenen Gründen die Machtverhältnisse bzw. die soziostrukturrellen Bedingungen, anhand derer die Berufsbilder definiert werden, gegeneinander verschieben. So wurden aus dem relativ wenig qualifizierten Hütedienst in Wohn- und Erziehungsheimen ein Berufsstand bestens qualifizierter Sozialpädagogen, aus dem vor allem mit einfachen Versorgungs- bzw. Bewachungsaufgaben betrautn psychiatrischen Pflegedienst eine Berufsgruppe sehr differenziert ausgebildeter Psychiatriepfleger bzw. Psychiatrieschwestern, und aus einer Gruppe sehr ungleich ausgebildeter akademischer bzw. nichtakademischer psychologischer Berater eine neue gut qualifizierte Berufsidentität der akademischen Fachpsychologen. Diese Veränderungen führen zwischen der betreffenden Berufsgruppe und dem vormals privilegierten Berufsstand der Lehrer, Ärzte, Psychiater usw. zu zunehmenden Unstimmigkeiten, die in erster Linie in der Rivalität zwischen den beiden Berufsständen begründet liegt.

Die Unterscheidungskriterien Geographie, Sprache, Religion, Stand, usw. spielen auch in größeren Gruppen, in Städten, Regionen oder gar in Staaten bzw. Ländern eine Rolle. Man muss zum Beispiel an die Glaubenskriege des Mittelalters, an politische Auseinandersetzungen, die im Zugang zu unterschiedlichen wirtschaftlichen Ressourcen begründet liegen, an das Kastenwesen in Indien oder an soziale Verteilkämpfe, die ihren Ursprung in ungerecht verteilten sozialen Privilegien haben, erinnern.

Rivalität kann sich sogar auf höchster Ebene, zwischen ganzen Erdteilen, Kontinenten oder Hemisphären entwickeln, zum Beispiel zwischen der braunen, gelben, weißen, roten oder schwarzen Bevölkerung, zwischen den weit entwickelten oder unterentwickelten Regionen, zwischen politischen Ideologien oder zwischen der Süd- und der Nordhalbkugel. Nicht ohne Besorgnis weist HOTTINGER (2000) auf die Gefahren hin, die sich in nächster Zukunft aus der sich zuspitzenden Rivalität zwischen der westlich-christlichen und der östlich-islamischen Welt ergeben könnten.

Zusammenfassend lässt sich folgendes Fazit ziehen: Die Rivalität kommt immer und überall vor. Sie gilt per definitionem als untrennbarer Bestandteil des menschlichen Verhaltens und ist möglicherweise von einer herausragenden Bedeutung, die in ihrem Ausmaß noch kaum erkannt worden ist. Die Mitglieder einer Familie, die Schüler bzw. Schülerinnen einer Schulklasse, die Teilnehmer eines Wettkampfes oder die Einwohner einer Stadt, alle sind sie

Mitbeteiligte, Miterlebende, Nachbarn, Anlieger, Anstößer, Gleichberechtigte oder eben, im Sinne der ursprünglichen Bedeutung des Begriffes, Rivalen. Man könnte in Anlehnung an den vielsagenden Satz von PAUL WATZLAWIK (1969) »man kann nicht nicht kommunizieren« vielleicht auch sagen: »Man kann nicht nicht rivalisieren!« Man kann also offen oder verdeckt rivalisieren, man kann bewusst oder unbewusst rivalisieren und man kann spürbar oder nicht spürbar rivalisieren. Man rivalisiert aber immer, auch wenn die Rivalität das eine Mal von anderen Gefühlen überlagert, im Augenblick nicht wesentlich, nicht relevant, oder momentan aus anderen Gründen nicht offenbar ist.

Dieser Satz, dass alle Menschen rivalisieren, erstaunt. Mit diesem Satz sind nicht alle Menschen einverstanden, nicht alle stimmen ihm zu. Der Satz stellt sozusagen nur die eine Seite unseres Dilemmas, nur den einen Aspekt des Problems dar.

### III. Ein schweres Dilemma

Erstaunlicherweise geben nur wenige Menschen selbtkritisch zu, dass sie selber rivalisieren. Wenn zwischen Menschen in einer Familie, in einer Schule oder in einem Betrieb Konflikte auftauchen, die deutlich die Züge zwischenmenschlicher Rivalität tragen, ist es plötzlich schwierig, darüber zu reden. Und wenn die Betroffenen trotzdem zugeben, dass sie rivalisieren, lassen sie nichts unversucht, diesem anscheinend ungewünschten bzw. peinlichen Verhalten umgehend entgegenzuwirken.

Diese Aussagen lassen aufhorchen. Anscheinend sind viele Menschen der Ansicht, dass sie nicht rivalisieren. Auch auf vorsichtiges und rücksichtsvolles Nachfragen in Mitarbeiterbesprechungen, Teamsitzungen oder Supervisionsgruppen bekommt man meistens die gleiche Antwort: Niemand rivalisiert mit irgend jemandem, niemand ist neidisch, eifersüchtig, schadenfreudig, niemand will mit jemanden konkurriert haben. Und wenn sich einmal die Gelegenheit ergibt, im Rahmen eines Mitarbeitergesprächs über Rivalität zu reden, lässt man die Gelegenheit ungenutzt verstrecken. Es wird zwar über dies und jenes gesprochen, über die Arbeitsbedingungen, über das Pflichtenheft und möglicherweise über den Lohn, aber kaum jemals über das Wesentliche, über die zwischenmenschliche Rivalität!

Es gibt zwar Zeugnisse, historische Chroniken, Berichte von Zeitzeugen und Dichtungen, in denen viel geschrieben steht über Rivalität, Neid, Eifersucht, Verrat, Verleumdung, Mord usw. zum Beispiel in der Bibel, in den Mär-

chen bzw. in den Sagen des Altertums, in den Tragöden der Antike und selbstverständlich in den heutigen Medien, in der Unterhaltungsindustrie, in den Kriminalromanen und Filmerzeugnissen. Aber warum leben diese Gefühle bzw. Handlungen nur in den Zeitdokumenten, in den Romanen, Filmen, nicht aber in unserem Erleben, in unserem Bewusstsein und nicht in der wissenschaftlichen Literatur? – Vielleicht gerade deshalb, weil sie tabuisiert sind.

Die Tatsache, dass niemand wahrhaben will, dass man rivalisiert, stellt die andere Seite des Dilemmas dar. Damit ist unser »Dilemma« komplett! Aber warum will das niemand wahrhaben? Warum ist es so, dass sowohl Betriebsangehörige als auch andere Menschen in anderen Stellungen nicht angemessen über Rivalität reden? Warum wird das Rivalisieren so stark verdrängt und warum wird dieser Begriff mit einem Tabu belegt? Welches sind die Gründe, dass sich die Menschen schämen, wenn sie rivalisieren? Warum fühlen sie sich bloßgestellt, wenn sie in ihrem Rivalisieren erkannt und benannt werden, oder, wenn sie sich selbst darin erkennen? Und warum ist dieses Dilemma bis heute ungelöst?

Ein Tabu ist ein gesellschaftlich sanktioniertes allgegenwärtiges Verbot, ein bestimmtes Thema aufzugreifen, anzudeuten oder auszusprechen. In der polynesischen Sprache bedeutet »tapu« wörtlich »das stark Gezeichnete«. Es unterstreicht damit das Besondere, das Herausgehobene, das Gebrandmarkte. Es bezeichnet alle gottgeweihten, heiligen Dinge, die aus religiöser Scheu dem tatsächlichen oder sprachlichen Zugriff des Nichtreligiösen verboten sind. In unserem Sprachgebrauch hat der Begriff den Nimbus des Außerordentlichen zwar behalten, er hat aber die Beziehung zum Religiösen grösstenteils verloren.

Das Ansprechen »gebrandmarkter« Verhaltensweisen, wie hier zum Beispiel die Rivalität, ist dann mit einem Tabu belegt, wenn das Thema aus verschiedenen Gründen sozial unerwünscht ist bzw. gemieden wird. In der Regel wirkt das Tabu umso stärker, je größer die Gefahr ist, die von dem betreffenden Thema ausgeht. Das bedeutet aber, dass die Rivalität bzw. das Rivalisieren von den Menschen als bedrohlich erlebt wird. Worin besteht aber diese Gefahr? Warum erscheint den Menschen das eigene Rivalisieren so gefährlich?

Vielleicht besteht die Gefahr darin, dass das Rivalisieren von seiner Funktion her kontrakooperativ, unsolidarisch ist. Es widerspricht dem allgemeinen Bedürfnis des Menschen, sich vertrauensvoll aufeinander zu zu bewegen und die gemeinsamen Anliegen kooperativ zu lösen. Es steht auch

dem Integrationsdruck, der dem gruppendiffusiven Prozess innewohnt, entgegen. Anscheinend spüren die Menschen intuitiv, dass das Rivalisieren, insbesondere das zerstörerische Rivalisieren, die Integration der Gruppe behindert und der Identitätsentwicklung entgegenläuft. Zudem deckt es allzu offen menschliche Schwächen auf.

Das Rivalisieren ist von seiner Funktion her auf die individuelle Entwicklung hin bezogen. Es steht im Dienste der Ich-Findung bzw. Identitätsentwicklung, es ist individuell ausgerichtet und unterstützt den Individuationsprozess. Es hat eine egoistische und keine sozialintegrative Funktion. Die Rivalität verstärkt die Konturen zwischen dem »Ich« und dem »Du«, den Kontrast zwischen dem Individuum und der umgebenden Gruppe. Sie unterstützt die Ich-Stärkung, die Ich-Findung, das Selbstwertgefühl, die Selbstsicherheit und das Selbstvertrauen und schwächt im Gegensatz dazu die soziale Integration, den Gruppenzusammenhalt, die Gruppenbildung bzw. die Gruppenstrukturierung.

Aus diesen Gründen gelten Menschen, die stark bzw. offen rivalisieren, als unkooperativ, sozial destruktiv, selbstherrlich, selbstsüchtig, ausbeuterisch, gewissenlos, mitleidlos, skrupellos; Eigenschaften, die sich über herzlos, lieblos, unbarmherzig bis zu gefühllos, hart, roh, grob, oder gar grausam steigern können. Menschen, die offen zerstörerisch rivalisieren, werden letztlich in die Nähe von Querulanten, Querschlägern, Strebern, Egoisten, Außenseitern, Profiteuren usw. gerückt.

Rivalisieren heißt also nicht solidarisch sein. Unsolidarisch sein ist aber seit alters her ein schweres Vergehen, ein Verbrechen gegen ein heiliges Gesetz, ein Sakrileg. Jedes Volk, jedes Land oder jede Gesellschaft hat, vor allem in sensiblen innenpolitischen Phasen, mit unbeugsamer Härte unsolidarisches Denken, Glauben und Handeln bekämpft. Man denke zum Beispiel an Menschen, die in ihrem Glauben, in ihren Überzeugungen oder in ihrer politischen Einstellung von der Mehrheit abwichen, Menschen, die sich mit dem herrschenden Glauben, den herrschenden Ideen und den herrschenden politischen Verhältnissen nicht solidarisch zeigten. Diese Sektierer, Ungläubigen, Wiedertäufer, Rebellen, Hexen, Zigeuner, Nestbeschmutzer usw. sind zu allen Zeiten und von alters her schwer verfolgt und bestraft worden. Viele haben ihre Überzeugungen oder ihr Anderssein mit dem Leben bezahlt, zum Beispiel die Mauren in Spanien, die Hugenotten in Frankreich, die Wiedertäufer in der Schweiz, die Juden in Deutschland, die Armenier in der Türkei, die Indianer und Sklaven in Amerika, und auch heute noch, die Muslime in Mazedonien,

Bosnien, im Kosovo und die Kurden im Irak, im Iran und wiederum in der Türkei.

Je schwächer eine Gruppe, ein Staat, eine Gesellschaft oder ein Volk ist, desto stärker werden die die Einheit fördernden Faktoren gewichtet und desto unbarmherziger wird die Andersartigkeit verfolgt. Die bedrohten Minderheiten kämpfen dann verbissen um ihre Identität, weil sie ihre Eigenart erhalten und nicht verlieren wollen.

Es gibt noch andere Gründe, warum die Rivalität tabuisiert wird. Die Rivalität hat auch mit Kampf und Konkurrenz zu tun. Kämpfe können aber sowohl gewonnen als auch verloren werden. Und Niederlagen schmerzen! Vielleicht wird das Rivalisieren auch deshalb verdrängt, weil viele Menschen nicht verlieren können.

Wie schafft es aber die Psyche, die Rivalität so wirkungsvoll zu verbergen? Diese Frage ist schon deshalb interessant, weil alle Menschen, die vorgeben, nicht zu rivalisieren, ihr Rivalisieren irgendwie maskieren. Das Problem lässt sich etwas pointiert mit dem Dilemma des Vogels Strauss vergleichen: »Alle Menschen sehen es, nur ich will nicht sehen. Also stecke ich den Kopf in den Sand.« Mit anderen Worten: »Alle Menschen nehmen wahr, dass sie und andere rivalisieren, nur selber will es niemand wahrhaben. Also wehren sie die Wahrnehmung mit Hilfe von Abwehrmechanismen ab.«

Beim Prozess des Nicht-wahr-haben-wollens können verschiedene Abwehrmechanismen in zahlreichen Kombinationen wirksam werden (vgl. auch ANNA FREUD, 1977). Neben der Verdrängung spielen bei der Tabuisierung zum Beispiel auch das Verharmlosen, das Verleugnen, die Verkehrung ins Gegenteil, das Vermeiden, die Ablenkung, die Verschiebung, die Projektion, die Wendung gegen die eigene Person und die Verwandlung in ein körperliches Symptom eine bedeutsame Rolle.

#### IV. Die Lösung des Dilemmas

Das Rivalisieren erfüllt wichtige Funktionen. Das individuelle bzw. kollektive Bemühen, der Bessere zu sein, das bessere Produkt, das stärkere Material, das leistungsfähigere Aggregat herzustellen oder den qualifizierteren Mitarbeiter auszubilden, kommt sowohl dem technischen Fortschritt als auch dem individuellen Wohlergehen zugute.

Dieses Wissen wird aber, wie mehrfach angedeutet, schnell vergessen, wenn es ums eigene Rivalisieren geht, wenn ein Mensch des unsolidarischen

Handelns, des unkooperativen Rivalisierens bezichtigt wird. Dann wird das Dilemma plötzlich virulent! Wie kann aber der Widerspruch zwischen den guten und schlechten Eigenschaften der Rivalität aus der Welt geschafft werden? Ist das Dilemma nicht anders zu beseitigen, als durch Abwehr und Verdrängung, durch Tabuisierung der Rivalität?

Das Dilemma kann gelöst werden, indem der Begriff »Rivalität« differenziert, d.h., in ein positives, kooperatives oder solidarisches Rivalisieren und in ein negatives, unkooperatives oder unsolidarisches Rivalisieren zerlegt wird! Im Gegensatz zur Rivalität sind die früheren Tabuthemen Sexualität bzw. Aggression weitgehend entmystifiziert. SIGMUND FREUD hat die Fesseln zum offenen Dialog über die Sexualität gesprengt. Er hat gezeigt, dass schon kleinste Kinder sexuell reagieren, und hat uns die Augen dafür geöffnet, dass es schädlich ist, seine eigenen sexuellen Bedürfnisse zu verdrängen. Und GÜNTER AMMON (1979) hat der Aggression ihren Platz in der Skala der natürlichen Reaktionen zurückgegeben indem er den Begriff der Aggression in eine »konstruktive« und »destruktive« Komponente zerlegte.

Analog zum Aggressionsbegriff soll das oben erwähnte »große Dilemma« durch die Einführung der Begriffe »konstruktive« bzw. »destruktive« Rivalität gelöst werden. Was bedeuten aber diese Begriffe? Was macht denn die konstruktive Rivalität konstruktiv und die destruktive Rivalität destruktiv? Worin besteht die Konstruktivität im einzelnen und wie wirkt sie sich konkret auf die zwischenmenschlichen Beziehungen aus?

## Konstruktive Rivalität

Die konstruktive Rivalität beinhaltet

- erstens, dass die Konkurrenten einen direkten Kontakt untereinander herstellen bzw. beibehalten,
- zweitens, dass die Konkurrenten bzw. Rivalen offen und ehrlich über das Thema Rivalität und über das gegenseitige Rivalisieren sprechen. Sie hat
- drittens zur Folge, dass sich die zwischenmenschliche Beziehung zunehmend verbessert.

Im Folgenden wird versucht, die Wirkung der konstruktiven Rivalität anhand ihrer Funktionen etwas aufzuhellen:

*Orientierungsfunktion:*

Die Rivalität, zum Beispiel in einem Betrieb, zwingt zu erhöhter Aufmerksamkeit sowohl den Konkurrenten als auch den Arbeitsbedingungen gegenüber. Die Wachsamkeit wechselt unter Rivalitätsbedingungen sozusagen in einen höheren Bereitschaftsgrad.

*Identitätsfunktion:*

Die konstruktive Seite der Rivalität beinhaltet, dass man anhand des eigenen Rivalisierens besser spüren kann, was man in der Tiefe der Seele eigentlich wünscht, will bzw. anstrebt. Man rivalisiert ja nur mit Menschen, die etwas Besonderes können, beherrschen, besitzen, oder etwas Bedeutendes zum Ausdruck bringen, das mit der eigenen Persönlichkeit, mit den tiefsten Sehnsüchten, in einer direkten Beziehung steht.

Das Rivalisieren gibt so eine indirekte Rückmeldung über das, was die Menschen im Innersten bewegt.

*Motivierungsfunktion:*

Die Rivalität spornt sowohl beim sportlichen Kräftemessen als auch im ganz privaten Alltag zu besonderen Anstrengungen an.

Viele Unternehmer bzw. Unternehmen machen sich diese Gesetzmäßigkeit zu Nutzen, um die Motivation ihrer Mitarbeiter zusätzlich anzustacheln. Sie treffen organisatorische Maßnahmen, um die innerbetriebliche Kommunikation über Leistungsziele, Leistungsanreize und über die erzielten Leistungswerte der konkurrierenden Mitarbeiter sicherzustellen. Gleichzeitig werden Mitarbeiterteams bewusst um ein motivierendes Rivalitätssetting herum gruppiert und deren Bestreben, die Kollegen mit ihrem persönlichen Einsatz zu übertreffen, mittels großzügiger Provisionsversprechen angeregt.

*Individuationsfunktion:*

Die Ich-Bezogenheit des Rivalisierens unterstützt die Abgrenzung gegen andere Menschen, gegen fremde Erwartungen und gegen ungerechtfertigte Ansprüche. Sie fördert die Selbstwahrnehmung und steigert die Abwehrbereitschaft gegen feindliche Angriffe. Diese Stärkung der Abwehrfähigkeit

wiederum verbessert die Ich-Abgrenzung und das Selbstwertgefühl und führt in der Folge zu einer allgemeinen Stärkung der Individualität.

*Kommunikationsfunktion:*

Die konstruktive Rivalität verlangt nach offener Kommunikation, weil die soziale Energie, die durch ungelöste Konflikte gebunden wird, nur durch das direkte Gespräch gelöst werden kann.

*Solidarisierungsfunktion:*

Die Rivalität in einem Team oder in einer Gruppe kann die Einheit dieses Teams sprengen, wenn sich die Menschen nicht gleichzeitig um eine der destruktiven Rivalität entgegenwirkenden Solidarität bemühen. Die Rivalität mobilisiert somit gegensätzliche bzw. widersprüchliche Kräfte, die sich gegenseitig ausbalancieren bzw. aufheben. Wenn die zentrifugalen Kräfte größer sind als die zusammenführenden Tendenzen, kommt es zur Auflösung der Gruppe. Aus diesen Gründen muss der Wille zur Solidarität immer größer sein als der Eigennutz der Gruppenmitglieder.

*Stabilisierungsfunktion:*

Die Rivalität zwischen Gegnern, zum Beispiel zwischen den Großmächten der Erde, zwingt die Konkurrenten zur Erhaltung eines Gleichgewichts der Kräfte. Dies gilt besonders dann, wenn ein offener Konflikt ein gefährliches Ausmaß anzunehmen droht. Um die Gefahr zu bannen, streben die Parteien in der Regel ein machtpolitisches Patt an, um im Falle eines Konflikts nicht einseitig in Nachteil zu geraten. Dieses Patt garantiert im mindesten zeitweise prekäre Sicherheit und Stabilität.

*Auslesefunktion:*

Die Rivalität stellt in Verbindung mit den Anstrengungen, der Beste zu sein, eine positive Auslesefunktion dar. Ohne Zweifel, und das ist das Ergebnis unserer bisherigen Überlegungen, steigert die Rivalität, sofern sie in einem konstruktiven Zusammenhang steht, sowohl die Aufmerksamkeit, die Motivation zum Lernen, den Lerneffekt, das Wissen, die Bewusstheit, die Ich-

Stärke, die Abgrenzungsfähigkeit als auch das Selbstwertgefühl. Dabei zeigt sich in der Rivalitätsbeziehung mehr oder weniger deutlich, wer sich für eine bestimmte Aufgabe besser eignet, wer der qualifiziertere Mitarbeiter ist und wer von seiner inneren Motivation her passender für eine bestimmte Position berufen ist.

### *Identifikationsfunktion:*

Es gibt Wettbewerbe, vor allem regionale, nationale oder internationale Sportveranstaltungen, die in erster Linie die Funktion haben, das Identitätsgefühl einer bestimmten Landschaft, einer Region oder eines Landes zu verstärken. Die Bewohner identifizieren sich dann mit ihren Sportlern bzw. mit ihrer Sportveranstaltung und erleben mit ihnen phantastische Siege und schmerzliche Niederlagen. Dieses emotionale Miterleben führt zu einer starken inneren Auseinandersetzung und zu einer Stärkung des kollektiven Identitätsgefühls.

Mit der Darstellung der konstruktiven Rivalität wurde bis jetzt nur die glänzende Vorderseite des schillernden Begriffs der »Rivalität« beschrieben. Jetzt steht uns der Blick auf die geheimnisvolle Rückseite bevor. So geheimnisvoll ist diese aber gar nicht. Im Gegenteil, die Menschen scheinen in erster Linie nur diese Rückseite zu kennen.

### *Destruktive Rivalität*

Von der »konstruktiven« Rivalität lässt eine »destruktive« Rivalität unterscheiden, die die zerstörerische Seite der Rivalität charakterisiert. Es ist diese destruktive Seite, die den schlechten Ruf der Rivalität begründet, weil normalerweise der allgemeine Begriff »Rivalität« mit der »destruktiven Rivalität« gleichgesetzt wird.

Die destruktive Rivalität führt in der Regel

- zur Unterbrechung des gemeinsamen Gesprächs,
- zum Abbruch des direkten Kontakts und
- zur Verschlechterung der zwischenmenschlichen Beziehung.

Die destruktive Rivalität erfüllt in erster Linie zwei Funktionen: Entweder will man sich selber einen Wettbewerbsvorteil verschaffen oder seinen Gegnern

einen Wettbewerbsnachteil aufzubürden. Im ersten Fall, bei der Erringung von Wettbewerbsvorteilen, könnte es zum Beispiel um die Zementierung bzw. Ausweitung der eigenen Macht, um die Anhäufung von Reichtum, um die Sicherung des Sieges oder um die Steigerung des Selbstwertes gehen. Im zweiten Fall, beim Auferlegen von Wettbewerbsnachteilen, geht es entsprechend darum, die Macht, die Mittel, die Motivation, das Selbstvertrauen oder die Entschlossenheit des Gegners zu schwächen.

Die destruktive Rivalität bedient sich vieler Methoden. Es wird entweder offene körperliche bzw. psychische Gewalt angewendet oder mit verdeckten, subtilen Mitteln gearbeitet. In der offenen Auseinandersetzung werden zum Beispiel Anschuldigungen ausgesprochen, falsche Behauptungen aufgestellt, Lügen verbreitet, Verdrehungen manipuliert, verletzende Aussagen geäußert, es wird lächerlich gemacht, kritisiert und abgewertet. Die verdeckten Methoden sind zwar weniger grobschlächtig, aber nicht weniger wirkungsvoll. Es sind zum Beispiel Gerüchte, die in Umlauf gesetzt, schadenfrohe Bemerkungen, die hinter dem Rücken geäußert, bösartige Verleumdungen, die gemacht werden und bewusster Schaden, der zugefügt wird.

### *Defizitäre Rivalität*

Ausgehend von der obenstehenden Problemstellung erheben sich weitere Fragen: Gibt es vielleicht weitere Arten des Rivalisierens, andere Perspektiven der Rivalität, die weniger auffällig sind und die sich von der konstruktiven bzw. destruktiven Form grundsätzlich unterscheiden:

Bei der mathematischen Auswertung der Faktorenstruktur des Begriffes »Aggression« zeigten sich nicht wie erwartet nur konstruktive bzw. destruktive Komponenten. Es ließ sich überraschenderweise noch ein weiterer Faktor finden. Es musste also eine dritte Form der Aggression geben, die bis anhin nicht bekannt und nicht im konkreten Verhalten beobachtbar war. Anhand der inhaltlichen Bedeutung der entsprechenden Testfragen ließ sich diese als eine etwas »verschwommene, nicht verstandesmäßig wahrnehmbare Aggressionsspannung« interpretieren. Analog zur Aggression soll deshalb auch bei der Rivalität nach einer dritten Form gesucht werden. Dieses dritte Gesicht der Rivalität, das schließlich als »defizitäre Rivalität« definiert wurde, ist nicht direkt als Rivalität zu spüren.

Die konstruktive bzw. destruktive Rivalität zeigen sich unübersehbar direkt im Verhalten. Die Menschen tun etwas, fühlen etwas und reagieren

entsprechend. Zum Beispiel schlagen sich die konstruktive bzw. destruktive Rivalität in einer konkreten Handlung, in einer spontanen Bemerkung, in einem hörbaren Gespräch oder in einem geschriebenen Brief nieder. Vielleicht werden auch Investitionen getätigt, das Üben intensiviert oder Kurse besucht. Im Gegensatz dazu wird die defizitäre Rivalität im konkreten Verhalten nicht unmittelbar sichtbar. Man sieht, hört und spürt wenig, und das, was man beobachtet, hat scheinbar nichts mit Rivalität zu tun. Der Mensch ist sich des Rivalitätscharakters seiner Reaktionen gar nicht bewusst. Die defizitäre Rivalität tut auch niemandem weh, mit Ausnahme dem Rivalisierenden selber. Möglicherweise hat er nur eine undeutliche, körperliche Wahrnehmung eines allgemeinen nervösen Erregungszustandes oder einer gesamtkörperlichen, muskulären Angespanntheit. Möglicherweise deutet er dieses Gefühl nicht als Folge seines Rivalisierens, sondern eher als Wirkung einer prekären Wetterlage, eines schicksalhaften Datums oder seines körperlichen Gesundheitszustandes.

Menschen, die zum defizitären Rivalisieren neigen, zeigen in der Regel auch bei anderen Gefühlen eine gehemmte Ausdrucksweise. Möglicherweise sind sie auch im beruflichen oder privaten Verhalten zurückhaltend und unbestimmt. Psychologisch gelten diese Menschen deshalb als sogenannte »Vermeider«. Sie gehen nicht nur im Spiel, sondern auch im Privatleben den Schwierigkeiten aus dem Weg. Bei Auseinandersetzungen mit den Partnern ergreifen sie vorzugsweise die Flucht. Und unangenehme Eindrücke werden rasch verdrängt.

### *Strukturelle Rivalität*

Bis jetzt wurden drei wichtige Formen der Rivalität beschrieben. Es gibt aber noch eine vierte, die sich dem Bewusstsein noch stärker entzieht als die defizitäre Form.

Diese vierte Form der Rivalität tritt wie die »defizitäre« Rivalität nicht offen als Verhalten in Erscheinung. Sie richtet sich auch nicht gegen die eigene Person. Ein gewaltiges Rivalitätspotenzial ist in den Einstellungen der Menschen (zum Beispiel gegenüber Minderheiten), in den Umgangsformen, in den Denkgewohnheiten, in den Arbeitsverträgen (zum Beispiel gegenüber arbeitenden Frauen) oder in den Gesetzen enthalten. Diese Rivalität kann man als »strukturelle Rivalität« (vgl. GALTUNG, 1975) bezeichnen, weil sie in den Strukturen der Gesetze, des Verhaltens bzw. des Denkens verborgen ist, ohne

dass sie direkt als rivalisierende Handlung oder als konkretes Gefühl in Erscheinung tritt. Dieses vierte Form der Rivalität befindet sich quasi in einem kristallisierten Aggregatzustand, in unterkühlter bzw. gefrorener Gestalt und ist den Menschen wegen ihrer Verborgenheit nicht bewusst. Sie wird erst als solche erkennbar, wenn man die diesen Strukturen zugrundeliegenden Einstellungen, Vorurteile bzw. Denkgewohnheiten offen in Frage stellt, sie bewusst hervorhebt und im Hinblick auf die relevanten Zusammenhänge neu bewertet.

## V. Rivalität als Arbeits- und Lebensprinzip

Nirgendwo lässt sich die Rivalität, der Neid, der Ehrgeiz so klar erkennen wie im Sport. Der Sport zeigt Rivalität in reinster Form!

Beim Sport steht in der Regel die individuelle Leistung im Vordergrund. Mit dieser verbindet sich eine klare, ungeschminkte und abgegrenzte Rivalität. Ungeschminkt deswegen, weil sich niemand daran stößt, die Rivalität so offen zu zeigen. Im Gegenteil, sie gilt, zusammen mit dem »gesunden« Ehrgeiz, als notwendige Voraussetzung und Motor des Erfolges. Hinter der Leistungsmotivation steht das starke Bedürfnis, sich ehrlich zu messen und in gerechtem Wettkampf fair zu vergleichen.

Und wenn ein Gegner fehlt, dann kann eine Uhr oder ein raffinierter Computer den Gegner ersetzen. Dann dient nicht die Leistung eines Rivalen als individuelle Bezugsgröße, sondern die zeitliche Vorgabe, die der Computer errechnet, oder die fiktive Figur, die der Rechner konstruiert. Das bedeutet, dass Menschen, wenn Rivalen fehlen, technische Tricks erfinden, um sie zu erschaffen.

Die Menschen spüren, dass Rivalität motiviert, dass sie Neugier und Anreiz schafft, um Mehrleistung und mehr Anstrengung zu bewirken. Und dieser Ansporn steigert das Vergnügen. Aus Spiel wird Sport und der Sport wird zum Spiel. Nicht ohne Grund erfreut sich ein spannendes Fußballspiel, ein dramatisches Tennismatch oder ein kämpferisches Eishockeyspiel größter gesellschaftlicher Beliebtheit.

Sowohl die Clubmitglieder als auch die Zuschauer, die Fans oder Menschen ganzer Städte, Regionen oder Länder identifizieren sich mit den Sportlern, freuen sich und leiden mit, bei Siegen und bei Niederlagen, sammeln Bilder, Hemden, Wappen und Standarten. Ihr Sieg ist auch unser Sieg und deren Niederlagen sind auch unsere Niederlagen. Es ist, als könnte man durch

andere hindurchleben, stellvertretend, und das Prickeln und die Spannung der Rivalität genießen. Vielleicht bereitet Rivalisieren, wie es im Sport ausgesagt werden kann, Lust? Vielleicht hat die Rivalität im Sport eine andere Qualität als die quälenden, zwischenmenschlichen Auseinandersetzungen am Arbeitsplatz, als die bitteren, aufreibenden Erfahrungen in gescheiterten Beziehungen, als die demütigenden Kämpfe um Ehre, Liebe und Macht? Vielleicht ist es wichtig und gesund, die Rivalität im Sport, in einer sozial sanktionierten und heiteren Form auszuleben und auszukosten, in einer Form, die weniger verbindlich ist als der Arbeitsvertrag, weniger intim als die Partnerschaft und weniger steinig als der Weg nach oben?

Vielleicht gibt es deshalb Institutionen, in denen Rivalität in streng ritualisierter Form erlebt werden kann? Man denke an Fußballstadien, olympische Wettkampfarenen, Eishockeyhallen und, vor allem in Amerika, an die grandiosen Baseball- und Rugsportinszenierungen, wo sich emotionale Schleusen öffnen, wo die Gefühle fließen, wo sich Menschen in orgastischen Massenbewegungen, einem Fest der Freude und der Superlative, ungehemmt austoben und verausgaben können!

Man könnte meinen, dass das offene und ehrliche Rivalisieren nur im Sport toleriert würde, dass die Abartigkeit der Rivalität nur im sportlichen Wettkampf offenbar würde, oder dass man sich diese Offenheit bzw. Gemeinheiten nur während der Freizeit leisten könnte. Die Ernsthaftigkeit des Berufslebens verlange ein seriöseres Gebaren. Da habe dieses Spiel mit dem Feuer, der Leistungsvergleich unter Wettbewerbsbedingungen, wohl keine Chance. Weit gefehlt! Diese Zurückhaltung wird mehr und mehr aufgegeben. Viele Unternehmen machen Experimente oder führen den scheinbar gnadenlosen Wettbewerb ohne große Skrupel in ihr Betriebskonzept ein.

Die betriebstaktische Idee dieser Geschäftsprozedur besteht in der geschickten Kombination von an und für sich widersprüchlichen unbewussten Bestrebungen. Die eigenen egoistischen Motive, in der Abteilung der Beste zu sein und im Hinblick auf die eigene Karriere gute Voraussetzungen zu schaffen, stehen in Konkurrenz zu den uneigennützigen Bestrebungen, in Gemeinschaft mit den Arbeitskollegen ein gutes Ergebnis zu erzielen.

Die Mitarbeiter stehen dann in einer schillernden Beziehungsambivalenz zueinander. Rivalität, Solidarität, Neid, Eifersucht, konstruktive Rivalität, destruktive Rivalität in allen Varianten, und schließlich rivalisieren auch die Betriebe und Abteilungen miteinander bzw. gegeneinander um die Kunden, um die Aufträge, um Beziehungen und um das Prestige. Das Betriebskonzept

zwingt alle Mitarbeiter zu einem flexiblen bzw. differenzierenden Umgang mit der eigenen bzw. fremden Rivalität. Es verlangt Sensibilität im Erspüren der Grenzen. Wo kann man mehr erreichen, wo weniger, wo muss man forscher auftreten, wo behutsamer, und wer ist der Freund und wer ist der Feind. Alle Mitarbeiter müssen lernen, die konstruktiven bzw. destruktiven Anteile des Rivalisierens deutlicher wahrzunehmen, kritischer zu hinterfragen und im Hinblick auf eine Optimierung der Gesamtarbeitsleistung der Abteilung abgewogen einzusetzen. Dabei wird die Rivalität als unverzichtbarer Motor in das Erfolgsszenarium integriert, sie wird kultiviert, verfeinert, veredelt, als ganzes zum Ritual erhoben wie im Sport oder in der Politik.

## **VI. Konstruktive Rivalität als Kernkompetenz des Sozialverhaltens**

Die Rivalität stellt im menschlichen Zusammenleben und insbesondere im Hinblick auf das Leistungsstreben einen wichtigen Faktor dar. Sie spielt in der menschlichen Kommunikation eine noch unentdeckte und vor allem nicht gewürdigte Schlüsselrolle; unentdeckt deshalb, weil sie nach wie vor einer starken Tabuisierung unterliegt, und ungewürdigt, weil der Rivalität in keiner Weise die ihr längst verdiente Beachtung zukommt.

Man stelle sich einmal vor, dass niemand rivalisiert, weder Kinder, Mitarbeiter noch Chefs, dass niemand sich anstrengt, besser zu sein als die anderen, dass niemand nach besseren Lösungen sucht, dass niemand daran interessiert ist, ein besseres Produkt herzustellen, ein besseres als die Konkurrenz, dass niemand gefallen will, besser leben will, besser als vorher, besser als die Nachbarn. Man stelle sich einmal vor, was es bedeutet, wenn niemand die Forschung vorantreibt, niemand die Industrie ankurbelt, niemand dichtet, schreibt und komponiert, dass niemand um die Wette läuft, mit letztem Einsatz, kämpft und siegt bzw. verliert, dass keine Kinder rivalisieren, nicht miteinander streiten, kämpfen, spielen usw. Wahrscheinlich würde nichts mehr gehen, sich kein Rädchen mehr drehen und kein Leben gedeihen!

## **VII. Ein Schlüssel zum Erfolg**

Der Rivalität kommt deshalb sowohl im Hinblick auf den Leistungswettbewerb in Sport, im Beruf und in den Wissenschaften als auch allgemein für das gesamte Sozialverhalten eine überragende Bedeutung zu. Sei es im Beruf, in der Familie, in der Schule oder im Leben allgemein, überall müssen sich

die Menschen in gewissem Rahmen dem Leistungswettbewerb, dem Leistungsvergleich und der zwischenmenschlichen Konkurrenz stellen. Die konstruktive Rivalität gehört somit zur Kernkompetenz des sozialen Lernens, denn, wer es nicht vermag, sich in Konkurrenz zu seinen Mitmenschen als eigenständige und selbstbewusste Persönlichkeit, als vollwertiger »Rivale« zu Wort zu melden, zu streiten, sich auseinander zu setzen bzw. durchzusetzen, erfährt längerfristig Nachteile, der wird im »Kampf des Lebens« kaum bestehen.

Die Fähigkeit zum konstruktiven Rivalisieren, der Mut zum kämpferischen Wettbewerb, die ungeschmälerte Wille zum Leben und Kämpfen und die ehrliche Bereitschaft, Niederlagen hinzunehmen und zu verarbeiten, sind der Schlüssel zum Erfolg. Das bedeutet, dass der Mensch im Rahmen der Sozialisation unbedingt lernen muss, im Hinblick auf die Rivalität differenzierte Strategien zu entwickeln und situationsangepasste Taktiken aufzubauen. Ohne diese Strategien und Taktiken bleiben wichtige Entwicklungsaufgaben nicht gelöst und weite Ich-Bereiche unstrukturiert. Die Folge sind gravierende Ich-Defizite, die sich als sogenanntes »Loch im Ich« in der Ich-Struktur niederschlagen.

Eine erweiterte und ausführliche Darstellung des Themas »Rivalität«, mit vielen Beispielen und Erklärungen versehen, gelangt im Frühjahr 2003 im Rahmen der Beck'schen Reihe des C. H. Beck Verlages in München in den Buchhandel.

## Rivalry as a Taboo

Kurt Theodor Oehler (Zimmerwald)

The article is concerned with a taboo, the taboo of rivalry, and at the same time wounds this taboo.

In concerns, hospitals, schools, psychiatric clinics, families etc. since ever a real national epidemic goes wild: rivalry and competition. Everybody is fighting against everybody, one against all others, all against one, one boss with the other, this team against the other team, oder this group against the other one. Hereby everybody wants to be better, more popular, more attractive, more successful, more goodlooking etc. than the other.

Of course not many admit. Even at careful and considerate inquiry about this in staff meetings, team sessions or supervision groups, you always get the same answer. Nobody is competing with anybody else, nobody is envious, jealous, gloating, no one has ever gone in concurrence to somebody else. Most probably, because it is in general regarded as improper to have or to show such feelings.

But these are feelings that belong to all humans. In reality all people are in rivalry with their fellow men, all people are envious oder jealous and everyone is at one time or another gloating. Especially those, who most vehement deny such tendencies, draw most attention on their weaknesses.

The understanding of the own competing tendencies, of being envious or jealous in general will be strongly suppressed. In opposite to this the former taboo topics sexuality or aggression are no more a mystery nowadays. SIGMUND FREUD has done a big contribution breaking up the fetters concerning an open discussion about sexuality. He has shown, that even the youngest children already have sexual reactions, and he has opened our eyes for the point that it is harmful to suppress the own sexual needs. And KONRAD LORENZ as well as GÜNTER AMMON have rehabilitated aggression as a natural phenomenon of human reagability. LORENZ has pointed out, that aggression is a relevant life-protecting function for example for all animals and Ammon has distinguished a »constructive«, »destructive« and »deficient« component of aggression. Hereby »constructive« aggression means an active proceeding towards problems and a direct coping with fellow men. In this sense aggression in its »constructive« form is a healthy human ability. Only the »destructive« form destroys direct contact and deteriorates the interpersonal relations.

A similar world-wide discussion concerning rivalry is still outstanding. You can also ascribe a »constructive«, »destructive« and »deficient« function to rivalry. The »constructive« aspect of rivalry could for example mean, that one can better feel by means of competing, what he really wishes in the depth of his soul, what he wants and aspires because you only compete with those, who have special abilities, capabilities or possess or express something important, that is standing in a special relationship to the own personality. In this context rivalry as well as envy and jealousy become to be a sensitive seismograph, an indicator for own, partly still unconscious needs.

From »constructive« rivalry you can, analogous to aggression, distinguish a »destructive« rivalry, which is characterized as the destroying, subliminal,

unspoken aspect of rivalry. The so-called »mobbing« could for example be sorted into this categorie.

The »deficient« rivalry is based on a inner deficit of perception. These people cannot perceive their competing consciously and instead react for example with psychosomaticd disorders. The lack of a conscious rivalry reaction is payed by the price of physical health.

But how can »destructive« or »deficient« rivalry be changed to a »constructive« manner? By confessing honestly and openly the own competing tendencies! The social life of people in offices, schools, hospitals, concerns, families etc. could be better and more peaceful, if one could talk openly about rivalry. An open discussion on rivalry surmounts emotional ditches and frees the interpersonal dialogue on the own weaknesses. It shows a way to more humanity, psychic health and life quality. But this assumes, that the general taboo in society called rivalry is overcome.

#### Literatur

- AMMON, G. (Hg.) (1979), Handbuch der Dynamischen Psychiatrie I, München: Reinhard  
 FREUD, A. (1977), Das Ich und die Abwehrmechanismen, München: Kindler  
 GALTUNG, J. (1975), Strukturelle Gewalt, Reinbeck: Rowohlt TB  
 HOTTIGER, A. (2000), Gottesstaaten und Machtpyramiden. Demokratie in der islamischen Welt,  
 Zürich: NZZ-Verlag  
 WATZLAWIK, P. u.a. (1969), Menschliche Kommunikation, Bern: Hans Huber

\* Vortrag gehalten auf dem XXVI. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 13.-17. März 2001 an der Ludwig Maximilian Universität München.

\*\* Dr. rer. nat. Kurt Theodor Oehler, Fachpsychologe für Psychotherapie FSP

#### Address of the author:

Dr. Kurt Theodor Oehler

Willishalten

CH- 3086 Zimmerwald

Phone: +41- 31- 8 19 71 10

E-Mail: [ktoehler@swissonline.ch](mailto:ktoehler@swissonline.ch)

Homepage: [www.k-t-oehler.ch](http://www.k-t-oehler.ch)

## **Sullivan's approach to experiences in depression: A case illustration**

Kam-Shing YIP (Hong Kong) \*

Harry Stack Sullivan's concepts of interpersonal psychiatry has been recognized as a landmark in the American psychoanalytic movement, in particular their influence on the development of an object-relations theory. Based on Sullivan's ideas on dynamism of emotion, in this paper the author tries to revisit Sullivan's concept of experience of depression. By means of a case illustration, the author tries to show Sullivan's views had important implications in working with a client with depression.

### **Introduction**

The influence of HARRY STACK SULLIVAN can never be undermined in the psychoanalytic movement in America, in particular his influence on the development of object-relation theory (ZIELEN, 1984, GREY, 1977, EVANS, 1996; YIP, 2002; ADAMS, 1977, CROWLEY, 1975; CROWLEY 1977 & BACAL, 1990). He contributed to the evolution of object relation theory. His ideas represents an important shift from viewing the individual as being primarily motivated and driven by libidinal and aggressive tension to the interaction between the child and the care-taking environment. This movement away from a one person and drive-model psychology underscored the significance of the parental personality in shaping the infant's self object representation. His interpersonal theory saw the source of human conflict as emanating from the earliest mother-child transactions and motivated by the essential needs for emotional security as well as emotional satisfaction (SULLIVAN, 1953). Historically, SULLIVAN anticipated, if not influenced, KOHUT's self model with its focus on the centrality of the self and its dependence of the earliest transaction with the mother in determining its core stability (BACAL, 1990; EVANS, 1996).

Furthermore, SULLIVAN made a unique contribution to clinical methods in treating clients with mental illnesses, in particular depression and schizo-

phrenia (HAVENS, 1977; WOLSTEIN, 1977; CROWLEY, 1977; Felmy, 1977; SCHIMEL, 1977; FEIGELSON, 1977 & DORPAT, 1974; FLORENSK, 1974; SULLIVAN, 1994; SULLIVAN, 2000; SULLIVAN, 1956; SULLIVAN, 1953a; SULLIVAN, 1953b; BULLARD, 1974 and LINCOURT, OLCZAK, 1974). With a compassionate attitude, he concluded that inner experiences of persons with depression demonstrate an arousal of strong senses of grief, anger and guilt in reaction to interpersonal insecurity or loss. These strong emotions may intensify to an extent that threaten the integrity of the tripartite self systems and result in psychotic depression. His unique perspective on inner experiences of clients with depression implies a humanistic orientation and deep understanding of clients with depression, which is crucial for clinical practice. In this paper, the author tries to revisit SULLIVAN's concept of the experience of depression. By means of a case illustration, the author shows how SULLIVAN's views have important implications on working with depressed clients.

### Sullivan's perspective on experiences of depression

Among various psychodynamic schools of thought, SULLIVAN was one of those clinicians who focused his attention on psychopathology of mental disorders, with a humanistic and interesting description on human emotion and depression. He proposed that the »self-system« is constantly shaped by interaction with the immediate social system in the form of various »dynamisms«.

Being influenced by FREUD's concept of consciousness, sub-consciousness and un-consciousness, SULLIVAN (1956) described that the »self system« of an individual has three components, the »active self«, the »eccentric self« and the »state of sleep«. The »active self« is the consciousness of the individual in the waking state. The »eccentric self« represents the unique personality of the individual. It may not be alerted by the individual in the waking state, but is crucial for the integrity of the self-image and self-identity. In the state of sleep, the self is dormant and many things are done which cannot be done when the self is functioning actively. These three components relate to closely, each other forming the tripartite self-system of the individual.

Similar to FREUD's defense mechanism, SULLIVAN described that various dynamisms (such as sublimation, obsession, selective inattention, hypochondria, algolagnia, paranoia and dissociation) are used by an individual for adjustment and protection from external threats, insecurity and anxiety within

interpersonal transactions. Prolonged self-adjustment may imply a certain degree of self-distortion which may result in different types of mental disorders (SULLIVAN, 1956).

In SULLIVAN's terms, experiences of persons with depression demonstrate an arousal of strong senses of grief, anger and guilt in reaction to interpersonal insecurity, anxiety, separation and loss. These strong emotions may reach an extent which threatens the integrity of the tripartite self systems and result in psychotic depression. He used the term »bad me« to describe the negative self attitude of a person with depression (BACAL, 1990).

### A normalized view on mental disorder

SULLIVAN (1956) thought that persons with mental disorders, including depression, manifest more or less the same kind of dynamism as other persons. They may represent suppressed feelings, needs and desires of an individual in facing external threats and hostilities.

### Integrating tendencies

SULLIVAN suggested that dynamisms are used to distort or misinterpret external hostilities. Gradually, the frequent recurrence of these dynamisms may result in problems in the self-system that lead to various mental disorders. Parallel to various dynamisms, there is the individual driving force (integrating tendency) in relating with others through interpersonal transaction. SULLIVAN interpreted integrating tendencies and dynamisms in a rather »subjective« meaning, in which the individuals concern, feel and frequently use these in dealing with daily interpersonal situations.

*»An even more striking approach to defining integrating tendencies, motives, or drives is in terms of what so called 'individual' people feel about these goals ... And finally, and somewhat more obscurely, integrating tendencies can be defined in terms of the factors that they make relevant ... since integrating tendencies pertain to the very tissue of life – to what goes on between people – you can understand that we can define them in terms of what the people concerned take seriously« (SULLIVAN, 1956: 8)*

Thus, in SULLIVAN's terms, depression is a maladaptive dynamism of emotions, an individual spontaneously clings to as to achieve his or her distorted integration tendency by internalizing feelings of grief, anger and fear towards oneself and others. S/he may be obsessive to negative orientation and

inattention to reality. These negativity and pessimism is painful and has a dissociative effect on the integrity of the self system. Finally, the individual may reach an unbearable state which may result in committing suicide (SULLIVAN, 1956 & 1953).

### The dynamisms of negative emotions in the depressive mood

#### Introverted Anger and Fear in the Depressive Mood

In SULLIVAN's terms, anger is a mechanism to enable us to drive away or destroy threatening and injurious situations. Fear is different from anger in which the individual knows that the external threat cannot be removed (SULLIVAN, 1956: 96). Anxiety can turn to anger if anxiety is not too acute. Anger can blunt our feelings of personal insecurity. Fear can also change to anger in case of the individual being startled by others. Anger is used as a mechanism to defend against anxiety (SULLIVAN, 1956). That means, anger is a common weapon for us to defend ourselves from fear and anxiety by a tendency to remove external threatening objects and situations. However, if the external object cannot be removed, anger may intermingle with fear turn inward and will be internalized in form of a depressive mood. The individual may be angry with himself or herself with no ability to fight back. S/he may also fear the prolonged harmful effect of the external threat. The depressive mood may further intensify into forms of hatred as well as loss of trust towards oneself and others.

#### Morbid grief in the depressive mood

According to SULLIVAN, grief is the reaction to the loss of an attachment.

*»Grief in its way represents an almost obsessional repetition of the statement, »He is lost; that is horrible; he is lost.« And the iterating of the loss neutralizes the tendency of carry on the pre-existing pursuit of satisfaction and security with the purely fantastic objective« (SULLIVAN, 1956:107)*

SULLIVAN distinguished normal grief from morbid grief. Normal grief is a normal adaptation process in when life faced with the loss of our beloved object. However, due to a strong sense of insecurity, morbid grief can be complicated and destructive with prolonged negative impacts on the self system of the individual.

*»Grief can be distorted into a horrible caricature of its function by certain complex operations. It becomes dangerous and destructive to the extent that the erasing functions is abandoned and grief becomes an adequate mode of life. This means that in some fashion the security of the person involved in the maintenance of a position of loss.« (SULLIVAN, 1956: 101)*

In Sullivan's terms, morbid grief is, in fact, a strong sense of insecurity. It can turn the individual to an overly complex and neurotic way of life. S/he may have such a strong sense of anxiety that a loss of self respect will be the result.

*»Which would in turn expose the person to grievous insecurity, far more grievous than would be readily apparent. Under those circumstances, the self, of course, is not engaged in erasing processes, for the self-system is solely concerned with the maintenance of security. That is, if the loss throw one terribly open to anxiety and to the loss of one's self respect and prestige in the community, the erasing action of the self will not appear« (SULLIVAN, 1956: 111)*

In that sense, in the case of depression, grief can be a source of threat to the completeness and security of the individual to an extent that shakes the stability of the self system of the individual.

### The dynamisms in fixation of negativity in depression

The development of the depressive mood may gradually become a fixation of negativity, obsession to negative perception, selective inattention to reality and a state of internal fatigue. All of these are mentioned by SULLIVAN (1956) in the discussion of dynamisms of obessionalism, selective inattention and hypochondria.

### Obsessionalism to negative perception in depression

In SULLIVAN's terms, obessionalism occurs when in times of the self system being in stress, tribulation or, tension. It may appear in form of repetitive and autistic performance so that the self system is so busy in operations which add up security for the individual in facing external threat and insecurity (SULLIVAN, 1956: 30). In extreme cases, obessionalism can be developed with an dissociation effect to the self system that hinder individual's awareness of reality and normal social functioning. In the case of depression, individual sense of insecurity and anxiety may intensify to a degree of obsessive fixation of negativity. Obsessionalism in depression may intensify one's anger, grief and

guilt towards oneself and others. S/he may be preoccupied with repetitive negative thoughts such as »I am bad, I am hopeless, no one cares about me, I hate myself and I hate others«. In SULLIVAN's terms (1956 & 1953a), the negative self image is a form of the »bad me« ...

*»The depressed person is preoccupied with a circle of ideas about evil, hopelessness, destruction, and damnation ... The circle may be repeated day in and day out. It is all that the patient has to say; facial expression, sighs and groans make up the rest of the communicative activity« (SULLIVAN, 1953b: 102)*

S/he may be obsessed with a pessimistic orientation towards his or her future and situation. Very often this preoccupied, autistic and repetitive orientation may develop to an extent that hinder one's awareness of reality and normal social functioning.

### Selective inattention to reality in depression

SULLIVAN defined selective attention as controlling awareness of events that impinge on us

*»When we have something to do that requires the use of a large part of the available analytic synthetic apparatus that biology has provided us with, we can get this all more or less focused on an extremely small context – the highly relevant events – for a short time. To maintain intense concentration of that kind for more than a short time would, I imagine, be profoundly exhausting and would rapidly lead to complete inability« (SULLIVAN, 1956:40).*

In other words, in selective inattention, clients control their awareness by including the relevant and excluding the irrelevant. In intensive anxiety and insecurity, one may overlook the reality but be fixated on to those unnecessary aspects. In case of depression, clients may control their awareness by embracing negative perceptions but excluding positive and constructive perceptions in the reality. As SULLIVAN said:

*»Depression is a chiefly destructive process. It cuts off impulses to integrate constructive situations with others. Only destructive situations are maintained, and these are extremely stereotyped« (SULLIVAN, 1953b:45)*

### Hypochondria in Depression: The state of internal fatigue

Hypochondrical people are those who have a preternatural interest in their ill health and make the failing of their health or some specific disease or disability

the principal device for communicating with their fellow beings. Those seriously hypochondrical persons show an intensity of preoccupation with the morbidity of their body. This intensity is in direct proportion to the stress of the situation in which they find themselves. The self-system of hypochondria in depression is so organized to proceed pessimistic information of the body which may finally leads to a retardation of bodily sensation (SULLIVAN, 1956:78). In the case of depression, the psychomotor retardation may represent a slowing down of vital process of physical and mental activities. This is a state of internal psychological fatigue with somatic implications that is similar to hypochondria.

*»In depression, there is even a change in the physiology such that vital processes are slowed down and movements, particularly those of the large joints, are much reduced in speed and frequency« (SULLIVAN, 1953:102)*

In extreme cases, the individual may have no appetite, feel exhausted and cannot bring themselves to any activities.

#### The final end of depression: Suicide

For clients with depression, prolonged fixation on negativity, internal psychological fatigue may have a fundamental impact on the tripartite self system. They tend to internalize their prolonged anger, hatred and grief towards oneself and others to an extent that they may conclude that suicide is the best means to end the unhealing wound and negativity, to ventilate ones' anger and to take revenge on others. SULLIVAN termed this as self-destruction (suicide) in the depression state of manic depressive psychosis.

*»And just as I have said at various times that schizophrenics kills themselves by misadventure, I think depressives do too—the misadventure being that they die in the process of making a supposedly unhealing wound in the enemy ... the depressive always hit the target and usually does this unhappily by self-destruction ... The extraordinary thing about his self-destructiveness is that there is no time when it is so likely that to occur as during the period of convalescence from the depth of the depression. When a person is thoroughly depressed, he is not apt to be active enough to kill himself except possibly by the exceedingly tedious process of starvation. But some depressives, when they are convalescent, show a determination sufficient to elude all interference; and they kill themselves.« (SULLIVAN, 1956: 198)*

## Stages of development

Along SULLIVAN's line of thinking, the writer would like to suggest the following stages of development of depression symptoms.

### 1. *Interpersonal insecurity and anxiety*

In this stage, clients face interpersonal insecurity and anxiety. The sense of interpersonal insecurity and anxiety may be provoked by difficulties in social environments, loss of the attachment with one's significant others and external threat from others.

### 2. *Grief, anger and hatred turns inward*

In this stage, client's sense of insecurity and anxiety is gradually intensified. As the individual can not deal with the external loss, threat and difficulties in social environments. The sense of grief, anger and hatred turns inward. The individual began to develop negativity towards himself/herself and others.

### 3. *Obsessionalism to the bad me and selective inattention to good others*

As the negativity prevails, introversive negative feelings may threaten the self-image of the individual to an extent that a »bad me« – negative self-image – is formed. The individual tends to be obsessive to a negative orientation to an extent that s/he may pay no attention to a positive orientation towards interpersonal relationships.

### 4. *Formation of negative eccentric self and overactive and critical active self*

The negative self-image may intensify to an extent that jeopardize the stability of the tripartite self system. In interpersonal interaction, the individual is highly critical to oneself and others. Moreover, s/he begins to have a negative eccentric self with internal fatigue both on the mind and on the body. S/he losses interest and energy in daily activities. Normal social and physical functioning is deeply affected.

### 5. *Chronic hypochondria and prolonged hatred, anger and grief towards oneself and others*

The negative eccentric self and over critical active self stretch the individual to a limit that is unbearable and intolerable. It used up all physical and psychological energy of the individual. The individual appears inert and

withdrawn in form of chronic hypochondria and retardation physical functioning. Prolonged hatred, anger, grief towards oneself and others intensify quickly and have a dissociation effect on the integrity of the tripartite self-system. It continues to torture the individual and may provoke the onset of major depression episode.

#### 6. *Suicidal tendency to end up wound and »bad me«*

Finally, the individual may use suicide to ventilate his or her introversive anger, grief, and fear. S/he ends up his or her life so as to put the unbearable tortures to an end. Suicide is also a means for the individual to take revenge on others.

### Sullivan's perspective: A case illustration

By means of a case illustration, the author tries to apply the SULLIVAN's interpersonal perspective in describing a client with depression. Her consent to use her material for publication was obtained. To preserve confidentiality, the client's personal identity is properly disguised.

### Interpersonal insecurity and anxiety and loss of attachment

The client, A, was a middle aged woman, she received counseling services from a social welfare organization in Hong Kong. The social worker there referred A to the writer for psychotherapy.

*»A was a middle-aged woman with major depression disorder for ten years. Twenty years ago, he married with a merchant who had successful business in toy industry. At first, they loved each other and had a lovely daughter. A helped her husband's to expand his business. Later, A's husband involved in ex-marital affair. Very often, he was drunken and abused A and his daughter. No sooner, his business turned worse. He was heavily indebted and tried to commit suicide. A was kind enough to pay off his husband's debt by borrowing money from her father and relatives. Later, A worked as a supervisor in a toy company. Instead of being graceful to his wife generosity, A continued to engage in ex-marital affairs. A also involved in relationship with different girlfriends as well as prostitutes. However, A had to work as a cleaner in Chinese restaurant and as part time cleaner to support the whole family as well as paying back the debt. Very often, A's husband returned home in the midnight. He got drunk heavily and abused A and his daughter. Sometimes, he even stole his wife's*

*money gave it to his girlfriends. A was angry, upset and helpless in facing her husband. One night, after the abuse by her husband, A was mentally broke down, she went into the kitchen, picked up a chopper and wound her husband seriously. Then, she used a cutter and cut her wrist. Fortunately, her neighbor called the police early enough to save A and her husband. Finally, she was hospitalized. After this tragedy, A was seriously depressed. She had no interest in any activities and refused to eat anything. He was diagnosed as major depression with morbid jealousy. She frequently involved in self-cutting and committing suicide. She was hospitalized in a mental hospital for five years. Then she was followed up in a psychiatric outpatient clinic. She divorced her husband and lived with her mother. Her daughter was under the custody of A's brother. By the time, the writer interviewed her, A received regular medical followed-up in a psychiatric outpatient clinic. She was under the care of a social worker in a social welfare agency.«*

In SULLIVAN's terms, A's depression was actually nurtured by a sense of interpersonal insecurity and anxiety with her husband. Psychologically and socially, A was attached to her husband. Regardless of her husband's problems, she tried her very best to maintain her marriage. Painfully, she lost the love from her husband. The sense of interpersonal insecurity and anxiety deeply frustrated A.

### Grief, anger and hatred towards loss and separation

Facing the loss and separation, A did have feelings of grief, anger and hatred. She still remembered the good old days with her husband.

*»A said: 'When we first married, we loved each other. We were poor and had to work very hard. He was a worker in a toy factory. We encouraged each other. To save money, we worked overtime and did two to three part time job. In those days, we were tired but we were happy. We cared each other. We shared each other's feelings. After five years' hard work and saving, we were able to open a toy shop. One year later, we started a toy factory. Life at that time was fruitful, we worked hard to build up our family and our future.' It seemed A was totally involved in his good old memory.«*

A had a strong feeling of grief, anger and towards the loss of her husband's love and care.

*»A said: 'Things changed when my first daughter was born. I was terribly busy in taking care of my daughter and business of the toy shop. I did not have any time to accompany with my husband. He began to involve in extra-marital relationship with his personal secretary. Their affairs were discovered by my friend. I quarreled with*

*him. He denied and cursed me. At that time, I felt extremely despaired. It seemed that all my years' of hard work was in vain. I had lost my beloved husband. I had lost my meaning of life. I had lost my future. My dream of a complete family was shattered. I sacrificed everything to my husband. I tried to forgive him many times. I tried to turn a blind eye to his ex-marital affairs. I tried to support the family regardless of his irresponsibility. Nevertheless my husband did not treat me as a person. Even a dog can receive the kindness from his master. When he was drunk he abused me physically. My husband made me feel that I was worthless and I was useless.'«*

A was involved in morbid grief, a grief of losing her husband, her hope and her future. She was angry with her husband and her marriage. She had fear of the future. She felt lonely and fatigued.

#### Grief, anger and hatred turns inwards

As the frustration prevails, grief, anger and hatred turns inward. It gradually nurtures the negativity of depression. A internalized her grief, anger and hatred.

*»A said: 'I was so foolish. I was foolish enough to marry such a man. I was hopeless, I even devoted my whole life to build up a family that was a hell for me. I was hopeless. I knew that my husband found another woman, I still paid his debt. I earned money so that he could find prostitute. I was angry with myself. I hated my marriage and myself. I loss my future. I loss my identity, my hope and my whole life.'«*

#### Selective inattention to positive reality and obsessionalism to negativity

Gradually, clients with depression are obsessive to negative orientation to an extent that they tend to be inattentive to reality and positive orientation. A did have this sort of obsession

*»A had been suffered from depression for five years. According to her previous social worker's description, she was obsessive to negative thinking and orientation. No matter how hard the social worker tried to reframe her to positive cognition, A still fixated in negative cognition and negative feeling. For example, the social worker appreciated her fashionable dress. She told the worker that it was useless to dress nicely as her husband's girlfriend was prettier than her. The social worker encouraged her to have morning exercise and improve her health, but A replied that even her health was better, she was still a failure in her marriage and life.«*

### Negative eccentric self and over-critical active self

Prolonged obsession with negativity may have a negative effect on the integrity of the tripartite self-system. Gradually, the individual may develop a highly negative eccentric self (the personality) and an over critical active self (consciousness) towards oneself and others. A's situation may demonstrate this sort of development.

*»A continued: 'you know, my life was so miserable, I was so depressed. My parents always said that a fortune-teller said that I was the 'black star of the family' (in traditional Chinese fortune-teller, it means one's fate not only brings bad luck to oneself but also to others). I was so depressed. My parents and my relatives said that I was insane and crazy. But apart from that chopping my evil husband, what could I do to save myself and my daughter. Meanwhile for me life is miserable. I feel sad, angry and frustrated. In fact, my life is meaningless. I determine to end up my meaningless life. I want to stop the evil acts of my husband. For me, life within these years is meaningless. Women are only 'toys' and 'playmates' for men. Once they felt boring, they would dump away these toys and tried some new ones. In fact, as the Buddhist said, everyone in the whole world is painful. Struggle in our life is in vain and useless. No one knows whether you are alive tomorrow or not. People are cunning, even my parents are cunning. They treated me well when I have a fortune. Now when I am poor, they dislike me.'«*

It is clear that A was so critical to herself and to other. She was pessimistic in life and in other.

### Prolonged chronic hypochondria and the urge to end up life

Negativity in eccentric self and over critical active self tends to use up an individual's inner psychic energy. As a result, it may result in a stage of prolonged chronic hypochondria. The individual feels totally both physically and mentally. A did have this sense of internal fatigue after years' of long struggle.

*»A said: 'I did not want to do anything. In my past, I have done a lot. In the past, I struggled a lot. Now, I want to take a good rest. I do not want to say anything. I do not want to do anything. I do not want to trust anybody. Though they saved my life, but now I am dead psychologically.'«*

Her depression seemed to be closely correlated with her sense of helplessness, worthlessness and meaningless in her past struggle. She regarded her

depressive mood as a »rest« and an »end« of her futile life with her husband. Unresolved anger drove her to kill her husband and kill herself so as to end up her meaningless life and endless torture.

*»A said: 'I was only a female toy for my husband. You know, in the past, no matter how hard I tried to support my husband, forgave his ex-marital involvement, paid back his debt and took care of my daughter, my husband regarded as an old toy that should be dumped away and replaced by some other young and sexy ones. Whenever he was drunk and returned home very late, he cursed me. He even abused me and my daughter. At that night, we had a quarrel. I told him to care the feelings of my daughter and should not smashed her by a strong stick. He was furious. He said I was useless and I was the black sheep of the family. I brought the whole family with bad luck and sufferings. He lighted a cigarette. He pressed me down on the sofa. Then he used the burnt cigarette to hurt my face. At that moment I could not tolerate anymore. To save my daughter's life and my own life, I had to fight back. As he was drunk, I freed myself from his restrain. I went to the kitchen, picked up a chopper and chopped this evil man who ruined my whole life and my daughter. He was seriously hurt. I thought he was dead. I cried bitterly. I picked up a cutter and cut my wrist deeply. I saw my blood coming out of my wrist. Oh, it was the time for me to end up the torture of my whole life.' (A cried bitterly, with resentment, she disclosed her mental episode).«*

### Implications to clinical practice

Based on the writer's working experience with A, SULLIVAN's views may have the following implications to clinical practice with clients with depression.

### Normalized and humanistic view of depression experience

Instead of treating clients with depression as person with deficits and impairment, SULLIVAN proposed a humanistic view to understand clients with mental disorders (EVANS, 1996; YIP, 1998 & YIP, 2002). He suggested that clients with depression, use the same dynamisms, thought in different degrees, by normal persons. In the same way, in the process of intervention, the writer tried to convey a message that she should regard herself as a woman with unhappy marriage that was similar to other women in the whole world. In doing so, the writer asked A to describe the marital life of her relatives and friends, especially those unhappy ones.

*»A said: 'my mother did have an unhappy marriage when she was young, she divorced from her first husband and married to my father. My uncle did involve in extramarital affairs and my aunt committed suicide. One of my close friends had marital discord and she was depressed too. It seems that the fate of Chinese women is poor and unfortunately, we are totally controlled by men in our marriage.'«*

The writer encouraged her to visit her relatives and friends who had problems in marital life. They cried and shared each others' misfortunes together. After several visits, it seemed that A began to accept the loss of her husband's love and she began to realize that her »anger«, »grief« and »hatred« feelings were normal reactions to unhappy marriage. She did not need to internalize all these negative feelings towards herself and others. Instead of labeling herself as a patient with severe depression, a woman who tried to kill her husband or a »black star of her family«, she simply regarded herself as a woman with unhappy marriage.

### Secure attachment and meaningful engagement

Along SULLIVAN's line of thinking, it is important to rebuild meaningful attachment for a individual with his or her significant others in facing the depression. By doing that, s/he may be revitalized from his or her previous loss. S/he may be able to resolve his or her dynamisms of anger, hatred and grief. In A's situation, the writer tried to help A to secure attachment with her daughter.

*»Facing the loss of attachment with her husband, the writer tried to help A to secure attachment with her daughter and her parents. However, in the previous years, A had spent most of her time in her work, her relationship with her daughter was slim and not intimate. During A's years of hospitalization, A's daughter was under the care of her parents. Even when A returned home, they did talk much. A's daughter was an adolescent with introvert personality. She remained quiet most of the time. It seemed she was too much shocked by the family tragedy. Sometimes, A's daughter was a bit afraid of A. She was disturbed by the memory of A's chopping of her father. She still regarded A as an insane patient with potential violence. With the help from A's relatives and friends, especially those with unhappy marriage, the writer helped A to improve A's relationship with her daughter. With the company with other relatives, they went to a several days' holiday to Taiwan. After the holiday trip, they knew each other better. They went out for dinner frequently. They began to learn how to share feelings with each other. A began to understand her daughters' needs and feelings throughout the years. A's daughter began to understand how much her mother*

*suffered in her marriage. The more A and her daughter were attached to one another, the more A felt secure, engaged and relaxed. A seemed to regain the confidence and identity of being a mother for her daughter'.*

### **Proper discharge of deep seated anger and hatred**

In SULLIVAN's term, deep seated and internalized anger, hatred and grief seems to shake the integrity of the tripartite self-system. In psychosocial intervention of client with depression, it may be important to discharge all these deep-seated anger, grief and hatred properly so that the self-system can be re-stabilised. In A's case, the writer tried to discharge A's deep-seated anger, hatred and grief towards her husband properly.

*»The writer tried to discharge A's deep-seated anger, hatred and grief towards her husband and herself . Before she had good attachment with her daughter, every interview, A repeatedly mentioned how cruel her husband was and how hopeless and meaningless her life was. As her parent-child relationship became better, she felt better. The writer tried to shift her attention from unpleasant past with her husband to a more pleasant present with her daughter as well more meaningful engagement with her relatives. The writer encouraged A to write down all her unpleasant memory in her own dairy. The writer arranged a formal ritual to her rid off all these memories. With the witness of her daughter, her parents and her relatives, A burnt the diary in a picnic. Her daughter, her parents and her relatives gave her cards, comfort and congratulation to celebrate her to rid off her unpleasant past memories and start a new life. From that time onwards, A began to talk much less about her unpleasant past, she became more happy, relaxed and tried to construct a better future for herself and her daughter.«*

### **Reconstruction of a positive self system**

As prolonged depression have a dissociation effect on the self-system of the individual, it is crucial for the therapist to reconstruct a positive eccentric self for the client with depression, especially those with major depression episode. In A's case, the writer helped A to construct a self-image and sublimate her critical active self to creative production.

*»The writer tried to explore A's interest and ability, her daughter disclosed that A was an expert in flower arrangement. The writer encouraged A to further her expertise in this area. Later, with the help from her relatives and friends, she started*

*a flower shop in an arcade. She learnt how to run a good business in selling flower and arrangement. To polish her expertise, she even went for a trip to Japan and learnt the most advanced practice in flower arrangement. After a year or so, the business in her flower shop was good enough to support a decent living for herself and her daughter. She worked happily and diligently. She was no longer critical to herself and others. Instead she sublimated her critical active self to creative production in flower arrangement.«*

### Learning to appreciate oneself and other

Within SULLIVAN's perspective, the therapist needs to facilitate integrative tendency for the clients by establishing a supportive and encouraging interpersonal environment for a client with depression. The same thing applied to A's case.

*»Apart from gaining satisfaction in running the flower shop and with a good relationship with her daughter, A further actualized herself by involving in volunteer work. She served as peer counselor for those divorce women in a social welfare organization in Hong Kong. She taught them to enjoy flower arrangement. She helped them to face difficulties in divorce. She cheered them up in facing depression in marital discord. She even hired two of them as shopkeepers in her flower shop. She learnt to appreciate herself and others' strengths and abilities even when they were depressed and confused.«*

### Conclusion

As a conclusion, this paper describes SULLIVAN's concepts in understanding experience in depression. By means of a case illustration, the writer tries to show that SULLIVAN's ideas of dynamisms in emotion, especially, morbid grief, anger and hatred may gradually internalized and nurture negativity. The client with depression may be obsessive to negative orientation and becomes inattentive to positive reality. Though, SULLIVAN formulated his interpersonal psychiatry fifty years ago. His ideas on depression still have a profound influence nowadays. First, SULLIVAN humanistic orientation by stressing the interpersonal environment and normal emotional dynamicism of clients with depression, is, in fact, very similar to the strengths based perspective. Over the past decade, the strength-based approach to case management with people with severe mental illness has emerged (SALEEBEY,

1996; SULLIVAN, 1994 & 1997; RAPP, 1992; SULLIVAN & RAPP, 1994; WEICK, RAPP, SULLIVAN, & KISTHARDT, 1989). In this perspective, instead of a disease model, the strengths of a person to recovery become the major focus in social work intervention. The ecological system rather than the deficit and problems of a client is considered in assessment. In addition, the wholeness and integrity of the client is the major concern of the therapist. Finally, the clients' subjective narrative experience is taken seriously in intervention (SALEEBEY, 1997; SULLIVAN, 1997). Though fifty years ago, SULLIVAN's (1956) interpersonal orientation on schizophrenia, had already enriched our understanding that instead of pathological symptoms, clients with depression are persons with needs, feelings and life experience. They become depressive partly because of overloading stress and threat from social environment. Without reducing the spontaneous threat from the stressful social environment, clients with depression can only attach to their own prison of negativity and pessimism. Secondly, the interpersonal psychotherapy in treating depression is also developed from SULLIVAN's views on depression (KLERMAN, WEISSMAN, ROUNSAVILLE, and CHEVRON, 1984). SULLIVAN's interpersonal explanation for depression can serve as important linkage for therapist to construct how the inner deep seated complex of anger, grief and fear are related to frustration in interpersonal social environment. The bridging between the self-system and external interpersonal transaction in SULLIVAN's views are rich and profound for us to revisit and generate new insight in helping clients with depression.

## Sullivans Ansatz der Erfassung von Erfahrungen in der Depression: eine Falldarstellung

Kam-Shing YIP (Hong Kong)

Der Artikel beschreibt Auffassungen, die SULLIVAN im Rahmen seiner interpersonalen Theorie zu Themen der Psychiatrie entwickelt hat und die es dem Autor gestatten, zu einem tieferen Verständnis der Erfahrungen depressiv erkrankter Patienten zu gelangen. Anhand einer Falldarstellung versucht der Autor SULLIVANS Idee nachzugehen, dass im Rahmen der depressiven Erkrankung bestimmte emotionale Dynamismen, besonders krankmachender

Kummer, Wut und Hass allmählich internalisiert werden und einen grundlegenden Negativismus nähren können. So scheint der depressive Patient geradezu versessen zu sein auf die negative Ausrichtung seiner Wahrnehmung und vermag den positiven Aspekten der Realität keinerlei Aufmerksamkeit zu schenken. Obwohl SULLIVAN seine interpersonale Psychiatrie vor fünfzig Jahren formulierte, haben heute seine Ideen zur Depression noch einen profunden Einfluss.

Dem Autor geht es in erster Linie darum, die humanistische Ausrichtung SULLIVANS herauszustellen, die sichtbar wird in seiner Betonung der Bedeutsamkeit des interpersonalen Environments und der normalen emotionalen Dynamismen, die das Ergebnis der Unterdrückung von Gefühlen, Bedürfnissen und Wünschen angesichts äusserer Bedrohungen und Feindseligkeiten sind, die mit den zur Wahrung der personalen Integrität notwendigen Tendenz zur Aufnahme interpersonaler Beziehungen kollidieren können. Indem SULLIVAN die Ubiquität dieser Dynamismen unterstreicht, verhilft er den Patienten zu einer »normalisierten« Sicht seiner Erkrankung. Eine derartige Vorgehensweise hat dann in der Tat eine große Ähnlichkeit mit einer an den Stärken des Patienten/Klienten ausgerichteten Perspektive. Im Laufe der letzten zehn Jahre ist dieser ressourcenorientierte Ansatz der Behandlung von Menschen mit schweren mentalen Erkrankungen, der sich auf die Stärken der Patienten/Klienten stützt, zunehmend aufgekommen (SALEEBEY, 1996; SULLIVAN, 1994 und 1997; RAPP, 1992; SULLIVAN & RAPP, 1994; WEICK, RAPP, SULLIVAN & KISTHARD, 1989). Im Rahmen dieser Perspektive werden im Gegensatz zu einem Krankheitsmodell hauptsächlich die zur Gesundung führenden Stärken einer Person in den Mittelpunkt sozialarbeiterischen Interventionen gestellt. Mehr noch als die Defizite und die Probleme des Patienten/Klienten wird das ökologische System, in dem der Klient gleichsam nach Massgabe seiner Kräfte wirtschaften kann, in die Betrachtung und Bewertung des Krankheitsgeschehens mit herein genommen. In Ergänzung dazu richtet der Therapeut seine hauptsächliche Sorge auf die Wiederherstellung der Ganzheitlichkeit und Integrität des Patienten. Schliesslich wird das eigene subjektive und aus seinen Erzählungen herleitbare Erleben des Patienten selbst zum Ausgangspunkt ernsthafter therapeutischer Auseinandersetzung und Intervention (SALEEBEY, 1997; SULLIVAN, 1997). Obwohl fünfzig Jahre her hat SULLIVANS (1956) interpersonale Theorie der schizophrenen Erkrankung unser Verständnis derart bereichert, dass wir auch bei Patienten/Klienten mit einer Depression anstelle von pathologischen

Symptome, eher von einer Betrachtungsweise ausgehen, die im depressiv erkrankten Patienten vor allem einen Menschen mit Bedürfnissen, Gefühlen und einer bestimmten Lebenserfahrung sieht. Dieser ist depressiv geworden aufgrund einer unerträglichen Belastung seitens eines bedrohlichen sozialen Umfelds. Ohne die von sich aus vorgenommene Reduzierung der Bedrohung durch das belastende soziale Umfeld, die mit der Unterstützung des Therapeuten/Sozialarbeiters in Angriff genommen wird, bleibt der Patient/Klient eingeschlossen in dem Gefängnis seiner Verdriesslichkeit und seines Pessimismus.

Zweitens wird die hier an einem Fall illustrierte interpersonale Psychotherapie zur Behandlung der Depression von dem Autor entwickelt vor dem Hintergrund der Ansichten Sullivans über die Depression (KLERMAN, WEISSMAN, ROUNSAVILLE, & CHEVRON, 1984). SULLIVANS interpersonale Erklärung der Depression kann wie auch in diesem Fall dem Therapeuten als Hinweis und Anleitung zur Rekonstruktion des Zusammenhangs zwischen dem verinnerlichten, tief sitzenden Komplex von Wut, Trauer und Furcht und dem äusseren interpersonalen Umfeld dienen. Dies geschieht u.a. im Zuge einer von Verlassenängsten entlastenden Umdeutung des depressiven Erlebens. Indem es als ein Erleben dargestellt wird, in dem dieselben Dynamiken wirksam sind wie bei normalen Personen, verschieden nur durch den Grad ihres Ausmasses, wird dem Patienten die Aufnahme von interpersonalen Beziehungen mit deutlich reduzierten Angst ermöglicht. Durch eine Reihe weiterer Interventionen kann eine »Brücke geschlagen« werden zwischen der Verfassung des Selbst-Systems und förderlicher äusserer interpersonaler Transaktionen. Durch die Anerkenntnis des Bedürfnisses nach einer Sicherheit gebenden Bindung und der Möglichkeit eines sinnvollen sozialen Engagements, durch die Schaffung der Möglichkeit, sich von tief sitzendem Ärger und Hass in passender Weise zu befreien, in welche diejenigen Personen aus dem Umfeld miteinbezogen werden, von denen Verständnis erwartet wird, und durch die Unterstützung bei der Rekonstruktion eines positiven Selbstwertes werden von Sullivans interpersonalen Theorie inspirierte Anregungen in therapeutische Interventionen umgesetzt. Die Falldarstellung, in der diese therapeutische Interventionen beschrieben werden, verdeutlicht nochmals das Anliegen des Autors: durch die Wiederbelebung und die prüfende Durchsicht von Sullivans interpersonaler Theorie neue Einsichten zur Behandlung depressiver Patienten zu gewinnen und mittels ihrer therapeutischen Umsetzung diese Theorie in ihrer Bedeutung zu würdigen.

## Literatur

- ADAMS P. L. (1977): Sullivan H.S., his life and his work-Champan, AH, American Journal of Psychiatry, 134 (8): 943-944.
- BACAL H. (1990): Introduction and overview, in H. A Bacal, & K.M. Newman, ed. Theories of Object Relations: Bridges to Self Psychology, pp.1-14. New York: Columbia University Press.
- BULLARD D. M. (1974): Personal psychopathology-early formulation-Sullivan H.S., American Journal of Psychiatry, 131 (7): 834-835.
- CROWLEY R. M. (1975): Sullivan H. S.- complete bibliography, Contemporary Psychoanalysis, 11(1): 83-99.
- CROWLEY R. M. (1977): Sullivan H. S.: Case seminar-treatment of a young male schizophrenic-Kvarnes. R. G. and Parloff. G. H., Contemporary Psychoanalysis, 13(3): 412-415
- DORPAT T. L. (1974): Personal psychopathology-early formulations-Sullivan H. S. 'Psychoanalysis Review, 61(3): 487-488.
- EVANS E. B. (1996): Harry Stack Sullivan: Interpersonl Theory and Psychotherapy, New York: Routledge.
- FEIGELSON E. B. (1977): Sullivan H. S., case seminar-treatment of a young male schizophrenic, with comment 25 years later by Dillingham J. C. (et.al), American Journal of Psychiatry, 134 (3): 332-332.
- FELYMLY M. L. (1977): Sullivan H. S. case seminar: treatment of young male schizophrenic- comment, 25 years later-Kvarnes R. G.' Psychiatry Annex, 7(5): 107-109.
- FLORENSK T.A., (1974): Sociologization of Freidism in theories of personality of Horney, K., and Sullivan H. S.' Vop Psikhol, (3) 161-167.
- GREY A. (1977): Sullivan H. S.-, man and his work- Chapman, A. H.' Contemporary Psychoanalysis, 13(4):533-539.
- HAVENS L. L. (1977): Sullivan H. S. contribution to clinical method' Contemporary Psychoanalysis, 13(3): 360-364.
- KLERMAN G. L., WEISSMAN, M. M. ROUNSAVILLE B. J., CHEVRON, E. S. (1984): Interpersonal Psychotherapy of Depression, New York: Basic Books.
- LINCOURT J. M., OLCZAK P. V. (1974): Peirc C. S. and Sullivan H. S. on human life' Psychiatry 37(1): 78-87.
- NEWMAN K., (1990): Harry Stack Sullivan, H. A. Bacal, & K. M. Newman, ed. Theories of Object Relations: Bridges to Self Psychology, pp. 28-52, New York: Columbia University Press..
- RAPP, C. (1992): The strength perspective of case management with persons suffering from severe mental illness in D. Saleesbey (Ed.) The Strengths Perspective in Social Work Practice (pp. 45-58) White Plains, New York: Longman.
- SALEEBEY D. (1996): The strengths perspective in social work practice: extension and cautions' in Social Work, 41, 1: 296-395.
- SALEEBEY D. (1997): Introduction: power in the people, in Saleebey, D., (Ed.) The Strengths Perspective in Social Work Practice, 2nd edition. (pp. 3-18), New York: Longman.
- SCHIMMEL J. L.: SULLIVAN H. S. Case seminar: treatment of a young male schizophrenic – Kvarnes R.G., and Parloff, GH., Psychiatry, 40 (2): 184-187.
- SULLIVAN H. S. (1953a): Interpersonal Theory of Psychiatry, New York: W.W. Norton and Company.
- SULLIVAN H. S. (1953b): Conceptions of Modern Psychiatry, New York: Norton and Company.
- SULLIVAN H. S. (1956): Clinical Studies in Psychiatry, New York: W. W. Norton and Company.
- SULLIVAN H. S. (1994): The onset of schizophrenia (Reprinted)' American Journal of Psychiatry, 151(6): 135-139 (Supplementary Issue June)
- SULLIVAN H. S. (2000): Psychiatry: introduction to the study of interpersonal relations-Chapter 1- the data of psychiatry (reprinted from Washington School of Psychiatry)Psychiatry, 63(2): 113-126.

- SULLIVAN, W. P., & RAPP, C. A. (1994): Breaking away: the potential and promise of a strengths-based approach to social work practice, in R. G. Meinert, J. Pardeck, & W. P. Sullivan (Eds.), *Issues in Social Work: A Critical Analysis* (pp.83-104). Westport, C. T.: Auburn House.
- SULLIVAN, W.P. (1997): On strengths niches, and recovery from serious mental illness' in Saleebey, D., (Ed.) *The Strengths Perspective in Social Work Practice*, 2nd edition. (pp.183-196), New York: Longman.
- WEICK, A., RAPP, C., SULLIVAN, W. P., & KISTHARDT, W. (1989) A strengths perspective for social work practice' *Social Work*, 34: 350-354.
- WOLSTEIN B. (1977): Sullivan H.S. case seminar-treatment of a young male schizophrenics by Kvarnes, R.G., and Parloff, G.H.', *Contemporary Psychoanalysis*, 13(3) 407-411.
- YIP, K. S. (1998): Humanistic understanding of psychotic experience: its implications on social work practice with clients with schizophrenia' *Breakthrough*, 2: 7-16.
- Yip, K. S. (2002): Sullivan approach to inner psychotic experience: a case illustration, *Clinical Social Work Journal*, 30(3): 245-264.
- ZIELEN V. (1984): The interpersonal theories of psychiatry-German-Sullivan H. S., *Analytical Psychology*, 15(4): 294-295.

\* Dr. Kam-Shing YIP, Associate Professor, Department of Applied Social Sciences, Hong Kong Polytechnic University

Address of the author:

Dr. Kam-Shing YIP  
Associate Professor  
Department of Applied Social Studies  
Hong Kong Polytechnic University  
Hung Hom, Kowloon, Hong Kong.

E-mail: ssksyip@polyu.edu.hk

## Self-Organizing Dynamical Systems Theory and Analytic Psychotherapy

Sy Rubenfeld\* (Washington DC)

This paper summarizes significant features of the theory of self-organizing dynamical systems, also called complexity theory. I relate these characteristics to psychoanalytic psychotherapy and analytic group therapy in certain ways that I describe. I further discuss some therapeutic process consequences of these clinical characteristics. A brief conclusion refers to the place of complexity concepts in relation to past and possible future clinical developments.

This paper summarizes features of self organization relevant to psychoanalysis, and to individual and group psychoanalytic therapies. This follows a presentation to faculty members of the German Academy for Psychoanalysis on June 2, 2002, on this subject.

First, I describe main characteristics of the dynamical Theory of Self-Organizing Systems and mention some of their relevance to clinical theory and work. Second, I give a more detailed list of ways these characteristics apply to individual psychoanalytic therapy and to analytic group therapy. Third, I list some ways that this metapsychological lens might be used to view some current issues and approaches in current clinical work. My conclusion refers in a more personal way to philosophical advantages and hopes for future clinical benefits

### Characteristics of Self-Organizing Systems

Complexity theory is the first mathematically derived theory to be applied to the study of psychotherapy since the advent of General Systems Theory. Self-organizing systems theory began with the work of the French mathematician Poincaré (EKELUND, 1988). The foundation lay in his invention of differential equations, in which change in the value of one variable changes the values of other variables. Computer modeling has added hugely to the study of these patterns. Visual mappings of hundreds of thousands of iterations of any one

equation result in patterns that are amazingly different and beautiful.

They are called self-organizing because the general shape of a pattern, not discrete causes, affects how it develops. Regarding therapy groups' self-organizing, Foulkes, the father of group analysis, is often quoted as having famously said, »The (group) conductor leads from behind.« Significant differences emerge that are in accord with postmodernist views (GERGEN 1999) in ways of thinking about therapeutic processes of change: Consequences are nonlinear. They are 'softly' determined without exact predictability. Emphasis is placed more on the relational field of analyst and patient(s) as interacting systems rather than on the mutative power of single interpretations (GHENT 1999).

- Scientific chaos theory – (from the Greek »*kaos*«) is not chaotic disorder in the usual sense of the word. Self-organization is observable in weather patterns, in geological formations, and other natural phenomena (GLEICK 1987). Applied to adaptive living systems, it is called self-organizing dynamical systems theory, or complexity theory (HOLLAND 1995, KAUFFMAN 1995, MASTERPASQUA AND PERNIA 1997).
- Sensitivity to Initial Conditions – Tiny differences in initial values in mathematical equations lead to huge divergences later on.
- Difference – As in mathematical modelling of a differential equation, the consequences in the development of one adaptive self-organizing system never exactly duplicate those in another. No two animals of the same species, nor two fingerprints of different individuals, nor their DNA, are exactly alike.
- Self-Similarity – In its geometry, even tiny sectors of such a pattern look similar to larger parts of it or even to the whole pattern of the system. Such scalar views of the whole are called *fractals*.
- Attractor States – Subsystems develop that are called strange attractors, or attractor states, to which a system returns, but never quite reproducing the identical »trajectory« or consequence. The trajectory is similar, an elaboration (KELLERT, 1993). These are remarkable stabilities in a system (and immediately relevant to the clinical situation, where things recur but never in just the same way or form).
- Fitness – Self-organizing systems have been compared to topographical maps (PALOMBO 1999). The metaphor of fitness landscapes has been used to refer to different levels of difficulty in surmounting the pulls of attractor subsystems. »Peaks« in a present fitness landscape may be a way of

understanding positions that offer some current advantage in relation to other factors. (Or clinically, favored assumptions and perceptions in an adaptation, that may change in the course of therapy.) The idea of a fitness landscape has been applied to evolutionary biology, where a particular species may fit a certain ecology and become extinct when a climate change occurs. Variants on species may become progenitors of new stock confronting environmental changes (just as an occasional awareness or preconscious content may become the basis for transitions, next.)

- Transitions – At certain points in the generation of ‘trajectories’ (patterned consequences), phase transitions, also called state transitions, will occur. A pattern will tumble over, shift, in the way sandpiles reach a point of criticality, and landslides then occur (BAK 1996). Study of such phenomena is also called »catastrophe theory« (See PALOMBO 1999). A power law seems to operate in such events: The size or intensity of such a state transition is correlated negatively, that is inversely, to the frequency of such events in the system’s development. So, for instance, the intensity of a volcano’s action can be measured in relation to the number of eruptions. Bigger eruptions occur less often than smaller ones (and, clinically, smaller awarenesses more often than larger ones). This is also true of evolutionary extinction events, mass species or even phyla die-offs, where the size of the extinction is systematically correlated negatively to how often die-offs have occurred (KAUFFMAN 1995).

### Clinically Relevant Features of Complexity Theory

Many of the features I name apply to the psychoanalysis of an individual as a system, as well as to characteristics of a psychoanalytic group therapy such as group analysis.

- The clinical unconscious – First of all , if complexity theory predicts change, how does it account for clinical relevant stabilities in personality? Palombo (1999), expanding on psychoanalytic application of complexity theory, uses the term infantile attractors to denote clinically relevant, frozen attractor systems that personality, viewed as a system of subsystems, reverts or regresses into. These subsystems are »frozen« in the sense that they are less affected by current experience, and therefore by internal symbolic representations of current experience. This is the clinical dimension of the

disavowed, the repressed. I call such a subsystems of the clinical unconscious »solipsistic«, unaware of any input that cannot be made to match its own state. Solipsistic states are attractor states (to be discussed). They keep reverberating in accord with their own »organizing principles«, as some self psychologists call them. They are least affected than other systems by new information. Individual personality may be thought of as a highly interconnected nexus of subsystems, psychoanalysis a looser system of two tightly connected individual systems that generates what OGDEN calls an analytic third unique to the two persons. A therapy group is a suprasystem of more loosely conjoined constituent personality systems. I have called this suprasystem the multisubjective fourth (RUBENFELD 2001), encompassing also thirds existing of dynamical subgroups of two or three members. For FOULKES, PINES and other group analytic writers, this is the matrix.

- Growth and disequilibrium – Complexity theory accounts for change better than General Systems Theory as it has been applied to psychotherapy. General Systems Theory assumes that an organism avoids entropy by maintaining homeostatic equilibrium with the environment – keeping up with environmental inputs. Accommodation to the environment is not the only kind of adaptation that organisms make, either as individuals or as species. New characteristics slowly emerge in relation to change, in ecological and environmental conditions. Stimulation in learning situations for an individual and huge changes in habitat conditions are not dissimilar, even though the scales are vastly different. Complexity theory assumes that some personality subsystems maintain a kind of greening edge, achieving new growth in parts of the organism (or psyche) that maintain more of a critical disequilibrium, allowing for more differentiation in pattern. Emergents can happen. This complexification occurs as a patient improves in his or her capacities for self-observation and self-reflection.
- Perturbations and therapeutic change – In some subsystems, less stable, greening states of criticality develop or already exist. Mathematical modeling suggests that perturbations can result in emergent state transitions. Old patterns may »bifurcate« into new patterns (PALOMBO 1999). An old pattern may co-occur with a new one for awhile. This is the way that clinical writers about complexity theory would conceive of changes observed in analysis. It is common in analytic work to observe working-

through with old repetitive behaviors usually existing simultaneously with emergent new behavior. Solipsistic circularities in infantile attractor states are such that only information interpreted as confirming their principles of organization activates them, and disconfirming information never quite affects these attractors. These circular subsystems weaken – topographically (see the analogy to fitness landscapes under System Dynamics below), become less steep valleys, or their relative advantages become less as a patient becomes more aware of underlying immature assumptions about others.

The following comments apply to individual analysis (PALOMBO 1999, SPRUELL 1993) and focus more on analytic group therapy, as indicated:

- Contra whole group interpretations – Bion's Basic Assumptions theory and some group-as-a-whole views (HORWITZ 1990), give primacy to the idea of a basic, underlying group theme. However, a self-organizing system does not exist in just one chronological time, but rather, several themes may underly events at the same time. In my original article on self-organizing systems in group therapy, I present examples of what I call group *cascading*, in which several events may be active in various subsystems of the group (RUBENFELD 2001). I derive a concept of a cascading group process from my clinical experience of simultaneous flows in actions, in which there is no one theme that is primary in relation to other themes. This is plainly visible in Group Relations Conference large groups; persons express reactions to comments that might have been made significantly earlier, while other process is going on at the moment. I therefore view holistic group interpretations as often misleading oversimplifications. Similarly, the power of any one intervention by the analyst is illusory. There have been a series of interactions preceding it, laying the groundwork for it.
- Initial differences – Two successive analysts may co-create different consistent systems of »truth« or »reality« with the same analysand (HOFF-MAN 1992). Groups that start differently continue to be different, even with the same therapist. Through his/her continuing selection of compatible members the group therapist may favor certain responses, such as confrontive or supportive comments and even his/her style, to fit different casts of personalities and different group cultures. Dropouts from

individual therapy are sometimes indicators of a bad fit; group dropouts may reflect their incompatibility with the existing group culture.

- Nonlinearity – Emergents are not knowable in advance. Foulkes celebrated the element of surprise in group therapy (FOULKES and ANTHONY 1968).
- Subgroups – Sometimes subgroups in group analysis carry tensions and conflicts that exist for others elsewhere in the group. These are like fractals, showing characteristics that are similar to larger scales of the group system. This is precisely the idea that Agazarian has in her systems-oriented discussions of functional subgrouping (AGAZARIAN and PETERS 1981, AGAZARIAN 1997). Sometimes the felt isolation that a member or members experience are softened when the group conductor invites others to volunteer that perhaps they feel similar conflicts: »Does anyone else feel like that?«
- Regarding disequilibria – Some group members at some times may be more ‘turned-on’ elements in the process, more active than other members. Others function at the same time as maintainers of group stability. In analysis, a patient may know some things, for example, about the analyst that the analyst does not (HOFFMAN 1992). The patient may hold, as it were, for both a level of criticality more open to information in this interactive system. Hence the crucial importance of countertransference, and the importance of attending to an analysand's feelings of injury or threat in the treatment situation.
- System dynamics – There is a co-adapted fitness that an analytic pair arrives at. So too, in an analytic group, a total group fitness landscape emerges that is co-created. This fitness landscape contains both adaptations in individuals' internal environments, and also overall group adaptation changes. This landscape represents current advantages, like hills, that some members have, and troughs of regression and conflict that other members are mired in currently. New members may be excited by the openness that a group has achieved that he or she enters. But these new members are also limited by current group compromise solutions that may restrict them. We see such restrictions more clearly in a new group that has only begun to organize its study and its effects on its own process.
- Change and integration – Cumulative small therapeutic changes can lead to a level of criticality that creates openings to more change than could have

resulted from the events just preceding. (See BAK 1996, for modeling of such dramatic state transitions.) A functional reorganization can occur that may seem dramatic in its immediate context. Small state transitions that have accumulated before are the reason that I raised doubts above about an importance presumed for any single interpretation. A patient in individual therapy complained once that he had not yet had »any epiphanies«. I replied, »yes, but you have had a lot of epiphanets«. This doubt applies to effects claimed for whole-group interpretations, of the kind for example that suggest that an entire group is in the throes of the same transference response to the group conductor.

## Conclusion

I was attracted to complexity theory because experience and thought left me dissatisfied with the limitations of outmoded ideas that oversimplified the psychological into objectivist, dogmatic and reductionist views previously established. A complexity model is a systematic way currently available to reconcile what is seemingly contradictory in consistencies that are also enormously varied and complicated from one person to another, one group to another, one session to another. Characteristics of self-organizing systems discovered in computer models yield concepts that are excitingly applicable to analytic therapies, both individual and group. Hopefully, comparisons of this kind may throw additional light on therapeutic processes. Also, they show promise of improving treatment approaches, and experience-near analytic understanding, in different modalities of psychotherapy.

## Dynamische Theorie selbstorganisierender Systeme und analytische Psychotherapie

Sy Rubenfeld\* (Washington DC)

Der Autor unternimmt in seinem Beitrag den Versuch, wesentliche Erkenntnisse und Prinzipien der Komplexitätstheorie für das Verständnis psychotherapeutischer Veränderungsprozesse nutzbar zu machen. Sein Hauptaugen-

merk liegt dabei auf der analytischen Gruppenpsychotherapie. Eine alternative Bezeichnung für die Komplexitätstheorie lautet »dynamische Theorie selbstorganisierender Systeme«. Als »selbstorganisierend« werden Systeme bezeichnet, bei denen nicht klar abgrenzbare Ursachen, sondern die allgemeine Gestalt eines Musters darüber entscheidet, wie sich das System entwickelt.

Dem Autor zufolge handelt es sich bei der Komplexitätstheorie um die erste mathematisch abgeleitete Theorie, die seit der Rezeption der Allgemeinen Systemtheorie für die Erforschung psychotherapeutischer Prozesse angewendet werden kann.

Zu den wesentlichen Charakteristika der Komplexitätstheorie gehören unter anderem:

- Naturwissenschaftliche Chaostheorie: Obwohl der Begriff vom griechischen Wort »kaos« abgeleitet ist, handelt es sich dabei nicht um chaotische Unordnung im üblichen Wortsinn. Selbstorganisation lässt sich bei vielen Naturphänomenen beobachten, wie z.B. in den Entwicklungen des Wetters, bei geologischen Formationen, etc. (GLEICK 1987). Wird die Chaostheorie auf adaptive lebende Systeme angewandt, bezeichnet man sie als Theorie selbstorganisierender dynamischer Systeme oder Komplexitätstheorie (HOLLAND 1995; KAUFFMAN 1995; MASTERPASQUA & PERNA 1997).
- Sensitivität für Ausgangsbedingungen: Kleinste Differenzen der anfänglichen Gewichte in mathematischen Gleichungen führen im weiteren Verlauf zu gewaltigen Unterschieden.
- Differenz: Wie in der mathematischen Modellierung von Differentialgleichungen gleichen die Folgen der Entwicklung eines adaptiven selbstorganisierenden Systems niemals ganz denjenigen in einem anderen System. Weder sind zwei Tiere der selben Spezies genau identisch, noch die Fingerabdrücke von zwei Individuen, oder ihre DNA.
- Selbstähnlichkeit: In ihrer Geometrie gleichen selbst winzige Abschnitte eines solchen Musters größeren Abschnitten, oder sogar dem Gesamtmuster des Systems. Solche maßstabsgetreuen Abbildungen des Ganzen im Kleinen werden als Fraktale bezeichnet.
- Attraktoren: In selbstorganisierenden Systemen entwickeln sich Subsysteme die als »fremde Attraktoren« oder Attraktorzustände bezeichnet

werden, zu denen ein System zurückkehrt, ohne dabei jedoch den identischen Trajektor bzw. das identische Folgemuster exakt zu reproduzieren. Der Trajektor weist jedoch deutliche Ähnlichkeit auf, im Sinne einer Elaboration (KELLERT 1993). Dabei handelt es sich um bemerkenswerte Stabilitäten in einem System, die als unmittelbar relevant für die klinische Situation erscheinen, in der sich Dinge wiederholen, aber niemals in genau der selben Form oder Weise.

- Anpassung: Selbstorganisierende Systeme sind mit topographischen Karten verglichen worden (PALOMBO 1999): Die Metapher der »Anpassungslandschaft« wurde verwendet, um auf unterschiedliche Schwierigkeitsgrade bei der Überwindung der Sogwirkung von Attraktor-Subsystemen hinzuweisen. »Gipfel« in einer gegebenen Anpassungslandschaft können das Verständnis für Positionen erleichtern, die im Gegensatz zu anderen Faktoren einen momentanen Vorteil bieten. Klinisch betrachtet handelt es sich dabei um bevorzugte Annahmen und Wahrnehmungen im Sinne einer Anpassungsleistung, die sich im Verlauf einer Therapie verändern können. Die Vorstellung einer Anpassungslandschaft wurde auf die Evolutionsbiologie angewandt – wobei bestimmte Spezies an einen bestimmten ökologischen Zustand angepasst sind, aber aussterben können, wenn ein Klimawandel geschieht. Varianten einer Spezies können die Vorläufer neuer Arten werden, die sich den gewandelten Umweltbedingungen anpassen können (ebenso wie in der Therapie eine gelegentlich auftretende Einsicht oder ein vorbewusster Inhalt die Grundlage für später auftretende Veränderungen sein können).
- Übergänge: An bestimmten Punkten im Prozess der Hervorbringung von »Trajektoren« (Folgemustern) tauchen »Phasenübergänge« auf, die auch als Zustandsübergänge bezeichnet werden. Dabei kippt ein Muster um, gerät in Bewegung, ähnlich wie Sanddünen einen kritischen Punkt erreichen, an dem Erdrutsche auftreten (BAK 1996). Die Untersuchung dieser Phänomene wird auch als »Katastrophentheorie« bezeichnet (siehe PALOMBO 1999). In diesen Ereignissen scheint eine Gesetzmäßigkeit wirksam zu sein: das Ausmaß und die Intensität eines solchen Phasenübergangs korreliert negativ mit der Häufigkeit solcher Ereignisse in der Entwicklung des Systems. So kann z.B. die Intensität der Tätigkeit eines Vulkans in Beziehung zur Häufigkeit von Eruptionen erfasst werden: größere Ausbrüche ereignen sich seltener als geringfügige. Klinisch

gesehen ist das nämliche der Fall: geringfügige Einsichten geschehen häufiger als bedeutsame.

Diese Grundzüge der Komplexitätstheorie lassen sich als heuristische Prinzipien für das Verständnis von Prozessen und Merkmalen der analytischen Psychotherapie nutzen. Die folgenden Anwendungen der Komplexitätstheorie beziehen sich sowohl auf die psychoanalytische Einzeltherapie, wie auch auf die Gruppenanalyse:

- Das klinisch relevante Unbewusste: Hier stellt sich die Frage, in welcher Weise die Komplexitätstheorie, die vor allem Veränderungen vorhersagt, klinisch relevante Stabilitäten der Persönlichkeit miteinbezieht. Palombo (1999) benutzt in seinen Ausführungen zu psychoanalytischen Anwendungen der Komplexitätstheorie den Ausdruck »infantile Attraktoren«, um damit klinisch relevante, »eingefrorene« Attraktor-Systeme zu beschreiben, zu denen die Persönlichkeit, verstanden als ein System von Subsystemen, regrediert. Diese Subsysteme sind eingefroren in dem Sinn, als sie nur in geringem Maße von gegenwärtigen Erfahrungen beeinflusst werden. Damit ist die klinische Dimension des Verdrängten und Verleugneten angesprochen.
- Wachstum und Ungleichgewicht: Die Komplexitätstheorie bezieht Veränderung in angemessenerer Weise mit ein als die Allgemeine Systemtheorie, in der Form, wie sie auf die Psychotherapie angewendet wurde. Die Allgemeine Systemtheorie geht davon aus, dass ein Organismus Entropie vermeidet, indem er ein homöostatisches Gleichgewicht mit der Umwelt aufrecht erhält, und somit jederzeit dem Input aus der Umwelt gerecht wird. Demgegenüber nimmt die Komplexitätstheorie an, dass manche Subsysteme eine Art »grünenden« Rand bewahren und somit Wachstum in Teilen des Organismus (oder der Psyche) erreichen. Dabei handelt es sich eher um ein kritisches Ungleichgewicht, das eine größere Differenzierung der Muster ermöglicht. Emergente Ereignisse sind in dieser Sichtweise möglich. Diese Erhöhung der Komplexität tritt in Erscheinung, wenn ein Patient seine Kompetenzen der Selbstbeobachtung und Selbstreflexion verbessert.
- Verwerfungen und therapeutische Veränderung: In manchen Subsystemen entwickeln sich weniger stabile, kritische Zustände, oder existieren bereits.

Mathematische Modellierungen weisen darauf hin, dass Verwerfungen in emergente Zustandsübergänge münden können. Alte Muster können in neue Muster übergehen (PALOMBO 1999). Ein altes Muster kann für einige Zeit neben einem neuen Muster in Erscheinung treten. Es ist in der analytischen Arbeit eine häufige Beobachtung, dass im Zuge des Durcharbeitens alte Wiederholungsmuster üblicherweise gleichzeitig mit emergenten neuen Verhaltensweisen existieren. Solipsistische Kreisläufe in infantilen Attraktorzuständen haben die Eigenschaft, dass nur Informationen, die ihre Organisationsprinzipien bestätigen, sie aktivieren, während entkräftende Information diese Attraktoren nur in geringem Maß beeinflusst. Diese zirkulären Subsysteme schwächen sich jedoch ab, in dem Maße, wie ihre relativen Vorteile sich verringern, wenn sich ein Patient sich zunehmend der zugrundeliegenden unreifen Annahmen über andere Menschen bewusst wird.

Aus den Erkenntnissen der Komplexitätstheorie lassen sich ebenfalls eine Reihe von Folgerungen ableiten, die in besonderem Maße für die analytische Gruppentherapie relevant erscheinen:

- Ablehnung von Interpretationen, die auf die Gruppe als Ganzes bezogen sind: Sowohl BIONS Theorie der Grundannahmen, wie auch einige andere Sichtweisen der Gruppe als Ganzes (HORWITZ 1990) geben der Vorstellung eines zugrundeliegenden Gruppenthemas den Vorzug. Demgegenüber ist festzuhalten, dass ein selbstorganisierendes System nicht ausschließlich in einer chronologischen Zeit existiert, sondern dass zu einem bestimmten Zeitpunkt mehrere verschiedene Themen den Ereignissen in der Gruppe zugrundeliegen können, entsprechend den verschiedenen Subsystemen der Gruppe. Aus diesem Grund ist der Autor der Ansicht, dass Interpretationen, die der Gruppe als Ganzem gegeben werden, oftmals irreführende Vereinfachungen darstellen. In gleicher Weise bezeichnet er den Glauben an die Kraft einzelner Interventionen des Analytikers als illusorisch.
- Anfängliche Unterschiede: Gruppen, die unterschiedlich beginnen, bleiben unterschiedlich, selbst wenn sie den selben Therapeuten haben. Die Gruppenkultur hat eine Tendenz, sich zu perpetuieren, z.B. durch die Auswahl »passender« neuer Gruppenmitglieder.

- Nicht-Linearität: Emergente Ereignisse können nicht im Vorhinein gewusst werden. FOULKES betonte das Element der Überraschung in der Gruppentherapie als wertvollen Faktor (FOULKES & ANTHONY 1968)
- Untergruppen: Manchmal tragen Untergruppen in der Gruppentherapie Spannungen und Konflikte, die ebenso an anderer Stelle in der Gruppe für andere Teilnehmer existieren. Diese Untergruppen sind wie Fraktale, die Eigenschaften aufweisen, die Ähnlichkeiten mit größeren Maßstäben des Gruppensystems besitzen. Manchmal wird die erlebte Isolation eines oder mehrerer Mitglieder dadurch abgemildert, dass der Gruppenleiter andere Teilnehmer dazu anregt, sich damit auseinanderzusetzen, dass sie vielleicht ähnliche Konflikte erleben: »Wer von Ihnen kennt dieses Gefühl auch?«
- Ungleichgewicht: Manche Gruppenmitglieder stellen zu bestimmten Zeitpunkten stärker involvierte Elemente des Prozesses dar. Sie sind aktiver als andere Mitglieder und tragen insofern die Funktion des progressiven Ungleichgewichts für die Gruppe. Die im Veränderungsprozess weniger aktiven Mitglieder erfüllen zu diesem Zeitpunkt die Funktion, die Stabilität der Gruppe aufrechtzuerhalten.
- Systemdynamiken: In einer analytischen Gruppe entsteht eine Gesamt-Anpassungslandschaft, die gemeinsam geschaffen wird. Diese Anpassungslandschaft umfasst sowohl Anpassungen der Individuen in ihrer inneren Welt, wie auch Veränderungen in der Anpassung der Gesamtgruppe. Diese Landschaft repräsentiert momentane Anpassungsvorteile. Im Sinne der topographischen Metapher handelt es sich dabei um »Gipfel« (Freiheitsgrade), die manche Mitglieder zu einem bestimmten Zeitpunkt aufweisen, und um »Senken« der Regression und des Konflikts, in denen andere Mitglieder gleichzeitig feststecken. Neue Mitglieder können von der erreichten Offenheit der Gruppe, der sie sich anschließen, angeregt werden. Diese neuen Mitglieder werden aber gleichermaßen durch gegenwärtig existierende Kompromisslösungen der Gruppe eingeschränkt.
- Veränderung und Integration: Kumulative geringfügige Veränderungen können im therapeutischen Prozess zu einem kritischen Zustand führen, der die Öffnung zu einem Ausmaß an Veränderung erlaubt, das sich durch die unmittelbar vorhergehenden Ereignisse nicht erklären ließe (siehe BAK 1996 zur Modellierung solch dramatischer Zustandsübergänge). Das

Ergebnis kann eine funktionale Reorganisation sein, die von ihrem unmittelbaren Umfeld her betrachtet als dramatisch erscheinen muss.

## References

- , Systems-Centered Therapy for Groups. (1997) New York: The Guilford Press.
- AGAZARIAN, Y. M., & PETERS, R. (1981). The Visible and Invisible Group: Two perspectives on Group Psychotherapy and Group Process. London:Routledge Kegan Paul.
- BAK, P.(1996) How Nature Works: The science of self-organized criticality. New York: Springer-Verlag.
- EKELUND, I. (1988) Mathematics and the Unexpected. Chicago: University of Chicago Press.
- GERGEN, K. (1999) "Deconstruction and reconstruction in a postmodern world", Presentation at the annual Conference of the American Group Psychotherapy Association.
- GHENT, E. (1999) Wish, need, drive, motive in the light of dynamic systems theory. Psychoanal. Dialogues.
- GLEICK, J. (1987) Chaos: Making a New Science. New York:Viking Penguin.
- HOFFMAN, I. Z.(1992) Some practical implications of a social-constructivist view of the psychoanalytic situation. Psychoanalyt. Dialogues 2(3):287-304..
- HOLLAND, J. H. (1995) Hidden Order: How Adaptation Builds Complexity. New York: Helix Books.
- HORWITZ, L. (1990). The origin of a group centered approach. In: Psychoanalytic Group Theory and Therapy, ed S. Tuttman. Madison, C. T.: International Universities Press
- KAUFFMAN, S. (1995) At Home in the Universe. New York: Oxford University Press.
- KELLERT, S. H.(1993). In the Wake of Chaos: Unpredictable Order in Dynamical Systems. Chicago: University of Chicago Press.
- MASTERPASQUA, F. & PERNA, P. A., eds. (1997) The Psychological Meaning of Chaos: Translating Theory into Practice. Washinton, D. C.: American Psychological Association.
- PALOMBO, S. R. (1999) The Emergent Ego: Complexity and Coevolution in the Psychoanalytic Process. Madison, C. T.: International Universities Press.
- RUBENFELD S. (2001) Group psychotherapy and complexity theory. Internat. Journal Group Psychother, 51(4) 445-471.
- SPRUIELL, V. (1993) Deterministic chaos and the sciences of complexity: psychoanalysis in the midst of a general scientific evolution. J. Amer. Psychoanalyt. Association. 41:3-43.
- WALDROP, M. M. (1992) Complexity: The Emerging Science at the Edge of Order and Chaos. New York: Simon and Schuster.

\* Member of the »Forum for Psychiatry and the Humanities« and the faculty of the Washington School of Psychiatry, private practice

## Address of the Author:

Sy Rubenfeld, PhD  
 3332 Dent Place, NW  
 Washington, DC 20007, USA  
 Phone: +1-2 02-3 42 33 33  
 Email: rubenfel@erols.com

## Addendum to »Personal Intentionality versus Self-Purposiveness in Psychotherapy«

(published in *Dynamic Psychiatry* 3.-4./2002, p. 514-548)

Sy Rubenfeld\* (Washington DC)

I want to focus here on technical applications related to the relation between feelings and purposes.

Contemporary models and writings on analytic therapy, at least contemporary American sources, all take personal agency for granted. Purposiveness is seen as a characteristic of subjectivity in general, but where it fits into personality function is left unclear everywhere. The theory of personal agency advanced in my paper, referred to above, specifies that purposiveness is inherent in every feeling.

The relational turn in contemporary American psychoanalysis gives importance to recognizing another subjective self as an independent source of action (BENJAMIN, 1998, xvii, on »authorship, or ownership, of desire«; also, TEICHOLZ, 1999). LICHTENBERG, LACHMANN, and FOSSHAGE also reference the importance of intentionality in all the adaptive need patterns they explore in their development of motivational systems theory (1992, 1996, 2002). Technically, they seek to clarify a patient's internalizations of »discern(ing)... the affective goal (the selfobject experience) the patient seeks« (1996, 93), and they emphasize the centrality of »a sense of purpose« in communication (2002, 7).

Often analytic work elicits a patient's intention implicitly or explicitly, because there is a nearly perfect correlation between intention and feeling. This co-extensiveness may account for therapeutic achievement when the therapist grounds the work in acknowledging feelings and invites the patient to do so, and in work stressing intersubjectivity. The above authors' case examples often convey their work toward this conscious acknowledgement. The general intention or direction of categorical emotions, in Horney's sense of feelings toward, away from or against – love, anger, fear, feeling sadness or loss, etc. – seem immediately knowable. But the most strongly expressed feelings do not guarantee that a person recognizes and accepts responsibility. Actions may be direct, or fantasized, or express indirectly, with intentions disowned. Usually

feelings are complicated, as when hostility is mixed with guilt or shame. These complicated intentions need to be sorted out, if a person is to consciously own the reasons and intentions of particular feelings. Often, extricating the feelings from the defenses hiding them is the major work of analytic therapy. The correlation of feelings and accompanying intentions to act is not perfect.

A woman finally expresses that she hates her husband. I reflected that she has many times spoken of her anger toward him. »not anger – I hate him! You don't get it – I despise him! I'd like to pierce him into pieces with the heels of my shoes, make him crawl!« What would you get from that if he did, I asked. »To make nothing out of him, the way he makes me feel when he talks to me that way!« Later she told me on my inquiry that she feels 'something like that' toward me when I 'don't get it'.

Throughout, the analyst must keep finely tuned to the patient's acknowledgment of what he or she wants or would like to do, and why. Fosha details her emphasis on personal agency in her recent detailed account of her emotion-based analytic work (2000). She makes it a systematic part of her procedure to ask, »What does (the feeling) make you want to do or act like, or say« – that is, to explore the action tendency of the emotion in concrete and graphic ways. How clearly specific the acknowledgement of intentional aspects must be for a patient to begin to feel more reconciled and enabled to undergo self-repair, depends on the particulars of that person and his or her therapy. Only analyst and patient can fathom that.

#### References

- Benjamin, J. (1998) *The Shadow of the Other*. New York and London: Routledge.
- Fosha, D. (2000) *The Transforming Power of Affect: A model for accelerated change*. New York: Basic Books.
- Lichtenberg, J. D., Lachmann, F.M., and Fosshage, J. L. (1992), *Self and Motivational Systems*. Hillsdale: London: The Analytic Press.
- (1996) *The Clinical Exchange: Techniques derived from self and motivational systems*. Hillsdale, N. J.: The Analytic Press.
- (2002) *The Spirit of Inquiry: Communication in Psychoanalysis*. Hillsdale, N. J.: The Analytic Press.
- Teicholz, J. G. (1999) *Kohut, Loewald, and the Postmoderns: A comparative study of self and relationships*. Hillsdale, N. J.: The Analytic Press.

#### Address of the Author:

Sy Rubenfeld, PhD  
3332 Dent Place, NW  
Washington, DC 20007, USA

# Efficacy of Single Low-dose Methylphenidate Administration in Adult ADHD Patients according to psychometric assessment

Iris Manor\*, Richard P. Ebstein\*\*, Abraham Weizman\*, Sam Tyano\* (Tel Aviv, Be'er Sheba/Israel)

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is a chronic disabling disorder that often persists to adulthood (70%). Methylphenidate (MPH) is reported efficient in adults suffering from ADHD. MPH dosage of ~0.5mg/Kg is common in children and adolescents. MPH dosage in adults is not determined and upper limit of 1mg/kg<sup>(1)</sup> was recommended.

**Objective:** To evaluate the efficacious dosage of MPH in adults.

**Method:** Adult ADHD/ADD patients who responded to MPH, according to the Test of Variables of Attention (T.O.V.A.), were included. Response was estimated by repeating T.O.V.A.<sup>(2)</sup>. The dose, 15mg/20mg, was weight dependent (</≥80Kg).

**Results:** 42/47 diagnosed adults had good response to MPH. Mean age  $31.8 \pm 9.0$ , M:F ratio 21:21, ADHD/ADD 20:22. Highest dose  $0.35 \text{ mg/Kg}$ . Mean dosage was  $0.2 \pm 0.05 \text{ mg/Kg}$  with a significant improvement in all T.O.V.A. scores: ADHD scores ( $p < 0.0001$ ); Standard Scores ( $p = 0.02-0.001$ ). The most effective dosage was  $0.2-0.25 \text{ mg/Kg}$  ( $p \leq 0.001$ ). Commission score, which correlates to impulsivity, showed the least improvement under MPH treatment, and was aggravated at higher doses ( $T = -0.16$ ,  $p = 0.88$ ).

**Conclusions:** Low doses of MPH seem to be efficient in adults according to the improvement in T.O.V.A., while higher dosages may correlate with side effects.

## Introduction

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is a heterogeneous disorder that carries a high risk for comorbidity and is characterized by developmentally inappropriate inattention and impulsivity-hyperactivity that often persists in adulthood (SPENCER et al 1998). The estimated rate of »chronic« ADHD, which persists to adulthood is 70%. This disorder is frequently associated with delinquency, drug and alcohol abuse and personality disorders (SPENCER et al 1998; WEISS and TROKENBERG-HECHTMAN 1993).

The treatment of ADHD is similar for children and for adults, and includes psychopharmacological agents as well as psychotherapy, mostly behavioral

(CANTWELL 1997; WENDER et al 1998). The pharmacological treatment includes stimulants as the medication of choice, tricyclic antidepressants or clonidine, an alpha-2 agonist. All those medications affect dopaminergic, serotonergic and noradrenergic neurotransmitters (CANTWELL 1997). The preferred agents in children and adolescents seem to be the psychostimulants, especially methylphenidate (MPH), since their treatment efficacy is relatively high when stimulants are used, but is significantly lower when other medications are used (CANTWELL 1997). The effect of the psychostimulants, especially MPH, is short, and there is no building up to a demanded level in the serum (ARNOLD LE et al 1997). Hence, there is no evidence of long-term effect of MPH. The influence is short termed, and can be evaluated by a single dose. As for adults suffering from ADHD, there is emerging evidence for the effectiveness of specific treatments, including stimulant medications (FEIFEL 1996; WENDER et al 1998; TROLLOR 1999). But, since it serves especially for improving learning situations, there is difficulty in validating improvement in adults, according to the small knowledge in this field.

The dosage of stimulant medication in adults is not determined. The literature discusses dosages about 0.5 mg/Kg in a dose in children and adolescents (WEISS et al 1996). In Israel, the recommended dosage of MPH in children and adolescents is about 0.3 mg/Kg in one dose.

The dosage is especially important in adults since in adults more side effects can be seen, as well as more addiction and misuse of the drugs (SEIDMAN et al 1998; MANUZZA et al 1998; MURPHY and BARKLEY 1996). It may be more dangerous to treat adults with psychostimulants than it is in children, since some have antisocial, historigenic and self defeating personality traits, and may show addictive and borderline behaviors (MAY and BOS 2000). But, there are scarcely recommendations in the literature about MPH dosage in adults. Sachdev et al (2000) recommend upper limit of dose 1 mg/kg for methylphenidate and 0.5 mg/kg for dextroamphetamine (AUST N Z J Psychiatry 2000). This means a **60–70 mg** of MPH in a dose, which is a quite high dosage.

The Continuous Performance Test (CPT) is a widely used measure of sustained attention, which may rely on the efficiency of cognitive inhibition (LIN et al 1999). The T.O.V.A (GREENBERG 1987; GREENBERG 1993) belongs to the CPT group, and is a part of the diagnostic tools of ADHD. It is a computerised test, and is done by the person himself. Its specialties are its objectivity and its ability to evaluate attention, not only hyperactivity as most

tests do. It is used in children as well as in adults, and viewed as an important diagnostic aid (THOMPSON and THOMPSON 1998; WALKER et al 2000; WADA et al 2000). The T.O.V.A. predicts the efficacy of pharmacotherapy in 95% of the cases, and thus is used in the assessment of drug efficacy and in the monitoring of the dosage (GREENBERG 1987; AGGARWAL and LILLYSTONE 2000; FORBES 1998).

### Hypothesis

We hypothesized that adults need no such high dosage of MPH. Actually, adults may need even lower doses than those recommended in children and adolescents, i.e., 0.2–0.3 mg/Kg.

### Methods

All the adults who were diagnosed in our ADHD Unit as suffering from ADHD/ADD, and who responded to MPH were included in the study population. Adults who did not respond to MPH were excluded since the study was concentrated on the dosage itself. All adults were diagnosed by a senior psychiatrist (I.M.) according to the DSM-IV criteria (APA 1994): full history, psychiatric examination, DSM-IV criteria in the past and in the present, and the T.O.V.A. (GREENBERG 1987; GREENBERG 1993).

The diagnosis of ADHD is complicated in any age, since it demands at least two frames of reference, at least two reporters, and enough DSM-IV criteria (APA 1994). There are many rating scales, but most are subjective, focused on behavior, and are answered by others and not by the child himself (CANTWELL 1997). In adults the diagnosis is even more complicated, since it is based more on past history. The ADHD becomes more focused on the attention deficit, while the hyperactivity is replaced by fidgeting and later on by inner disquietness (SEIDMAN et al 1998; FEIFEL 1996). The basis for such a diagnosis in adults is again the DSM-IV criteria, in past and present terms (SPENCER et al 1998; SEIDMAN et al 1998). Continuous performance tests, as well as the rating scales of HALLWAY and BARKLEY help to determine the diagnosis.

The diagnosis of ADHD demanded 6/9 criteria from both Attention and Hyperactivity-Impulsivity scales, and the diagnosis of ADD requires 6/9 criteria from the Attention scale alone (APA 1994). We demanded the existence of the Attention criteria at present, as well as in the past, and the existence of

the Hyperactivity-Impulsivity criteria at least in the past, since, according to literature the hyperactivity-impulsivity tends to fade, but not the attention deficit (TROLLOR 1999).

The response to MPH was measured by T.O.V.A. test. The T.O.V.A. was done twice – without and with MPH at the same day, to minimize circumstances and time biases, and to retain the same test conditions as much as possible. As there is no binding estimation of the MPH dosage needed in adults, we decided to try a dosage around 0.2-0.25 mg/Kg. In order to have a reasonable dose, that may be given in whole and in half tablets, the test dose was 15 mg for any adult person up to 80 Kg body weight, and 20 mg for those whose weight was > 80 Kg.

Evaluation of the efficacy was done according to T.O.V.A. instructions (GREENBERG 1987; GREENBERG 1993). If there was partial response the dose had to be elevated, and if there were side effects it was reduced. The recorded dose was that for which the best results were obtained.

### Analytical analysis

Wilcoxon non-parametric test was used for comparing changes between groups. Paired t-test was used for comparing the changes between before and after dose within each group. Statistical analysis was performed using SAS STAT V6.12;

### Results

Fifty adults were diagnosed as suffering from ADHD in our unit. From them, forty-two adults had good response (better performance of T.O.V.A.) to MPH. It is interesting to note that the rate of non-responders in adults in this study was 16% in comparison to the 15% accepted in children and adolescents (WEISS 1996).

As can be seen in Table 1, the ages were 18–53 years and the male: female ratio was 21:21 (by chance). The rate of ADHD: ADD was 20:22 accordingly. This is a different rate from the general rate in children, which is 70:30. A possible explanation to this diversion is the relative un-diagnosis of ADD compared to ADHD in children, because of the lack of hyperactivity, fidgeting, etc., features that usually draw attention to these children at class as well as at

**Table 1:** Epidemiological data of study population according to analyzed factors (gender, ADHD/ADD, Dosage).

		N	MEAN	STD	MIN	MAX
<b>All study population</b>	<b>AGE</b>	42	31.8	9.0	18.0	53.0
	<b>WEIGHT</b>	42	67.8	12.7	47.0	100.0
<b>Analysis by Gender</b>						
<b>Female</b>	<b>AGE</b>	21	30.8	9.7	20.0	53.0
	<b>WEIGHT</b>	21	59.5	8.6	47.0	84.0
<b>Male</b>	<b>AGE</b>	21	32.8	8.5	18.0	51.0
	<b>WEIGHT</b>	21	76.1	10.6	60.0	100.0
<b>ADD/ADHD Analysis by</b>						
<b>ADHD</b>	<b>AGE</b>	20	31.4	7.3	19.5	44.0
	<b>WEIGHT</b>	20	72.4	12.0	50.0	90.0
<b>ADD</b>	<b>AGE</b>	22	32.1	10.5	18.0	53.0
	<b>WEIGHT</b>	22	63.7	12.1	47.0	100.0
<b>Analysis by Dose (mg/Kg)</b>						
<b>0.10 - 0.20</b>	<b>AGE</b>	13	34.9	10.5	19.5	53.0
	<b>WEIGHT</b>	13	74.8	15.1	50.0	100.0
<b>0.20 - 0.25</b>	<b>AGE</b>	21	33.1	7.6	18.0	44.0
	<b>WEIGHT</b>	21	69.2	8.2	60.0	85.0
<b>0.25 - 0.35</b>	<b>AGE</b>	8	23.3	4.2	20.0	33.0
	<b>WEIGHT</b>	8	52.9	3.1	47.0	56.0

**Table 2:** Clinical data of study population

	N	MEAN	STD	MIN	MAX
<b>AGE (Years)</b>	42	31.8	9.0	18.0	53.0
<b>WEIGHT (Kg)</b>	42	67.8	12.7	47.0	100.0
<b>CHANGE in ADHD Score<sup>#</sup></b>	37	6.1	5.1	0.4	21.9
<b>DOSE/Kg</b>	42	0.22	0.05	0.13	0.32

# ADHD Score > -1.8 according to T.O.V.A.

home. As students, many adults come by themselves to seek help, and then the diagnosis of ADHD is done.

In any case the dosage did not exceed 0.32 mg/Kg. In four cases the dose was reduced because of side effects. Because of the small number these patients were not analyzed separately.

**Table 3a:** Paired Changes using T.O.V.A. Scores: ADHD Score & Standard Scores (N=42)

	N	Mean	Std	p-Value
<b>CHANGE in ADHD Grade</b>	37	6.07	5.12	0.0001
<b>Changes in SSO</b>	42	24.71	30.76	0.0001
<b>Changes in SSC</b>	42	6.33	17.27	0.0222
<b>Changes in SSRT</b>	42	17.48	19.70	0.0001
<b>Changes in SSV</b>	42	28.43	22.25	0.0001

**Table 3b:** Paired Change using ADHD and Standard Scores, categorized by dosage.

		N	Mean	Std	p-Value
<b>Change in ADHD Score</b>	<b>DOSE/Kg</b>				
	<b>0.10 - 0.20 mg/Kg</b>	11	5.87	6.01	0.0089
	<b>0.20 - 0.25 mg/Kg</b>	18	6.51	5.15	0.0001
	<b>0.25 - 0.35 mg/Kg</b>	8	5.34	4.16	0.0084
<b>Changes in SSOTC</b>	<b>0.10 - 0.20 mg/Kg</b>	13	29.85	37.49	0.0141
	<b>0.20 - 0.25 mg/Kg</b>	21	23.76	28.52	0.0011
	<b>0.25 - 0.35 mg/Kg</b>	8	18.88	26.77	0.0864
<b>Changes in SSCTC</b>	<b>0.10 - 0.20 mg/Kg</b>	13	14.38	24.94	0.0596
	<b>0.20 - 0.25 mg/Kg</b>	21	4.05	10.28	0.0864
	<b>0.25 - 0.35 mg/Kg</b>	8	-0.75	13.58	0.8803
<b>Changes in SSRTTC</b>	<b>0.10 - 0.20 mg/Kg</b>	13	9.85	14.25	0.0284
	<b>0.20 - 0.25 mg/Kg</b>	21	20.90	17.85	0.0001
	<b>0.25 - 0.35 mg/Kg</b>	8	20.88	29.29	0.0837
<b>Changes in SSVTC</b>	<b>0.10 - 0.20 mg/Kg</b>	13	26.46	19.73	0.0004
	<b>0.20 - 0.25 mg/Kg</b>	21	31.29	24.63	0.0001
	<b>0.25 - 0.35 mg/Kg</b>	8	24.13	21.12	0.0144

SS = Standard Score, SSO = Standard Score Omission,

SSC = Standard Score Commission, SSRT = Standard Score Response Time,

SSV = Standard Score Variability

T.O.V.A. analysis:

ADHD score &gt; -1.8

Standard Scores: 85-115

Significant change in Standard Score &gt; 8.

### Analysis of Results

As can be seen in Tables 3a, b, there is a significant change in the ADHD scores and in all Standard Scores in all dosage levels, equal to these of children and smaller than them. Although the study population is small, there are some interesting observations that can be seen. The first is the most significant change in scores when all dosage groups are compared, which is found in the 0.2–0.25 dosage ( $p \leq 0.001$ ) (Table 3b). It is also interesting to note that the lower dosage (0.1–0.2 mg/Kg) has more significant effect than the higher dosage (0.3–0.35 mg/Kg), and it seems that efficacy is: 0.2–0.25 mg/Kg > 0.1–0.2 mg/Kg > 0.3–0.35 mg/Kg (Table 3b). In the reservation that the numbers are small, it still seems that 0.2–0.25 mg/Kg might be the optimal dosage for adults. Another interesting finding is that the commission score, which is related to impulsiveness, shows lesser improvement compared to the other scores. It is even inverted to worse results in the highest dosage (mean = -0.75,  $t = -0.16$ ,  $p = 0.88$ ). It may reflect that higher dosages cause more side effects in adults. *Nonetheless, when compared statistically, no significant changes were found between the different dosages. HAIM*

No significant difference was found according to gender, as well as according to diagnosis (ADHD or ADD), as can be seen in tables 4a,b (WILCOXON non-parametric test in gender: 0.78, 0.18, 0.39, 0.09, 0.58; in diagnosis: 0.96, 0.92, 0.78, 0.89, 0.31).

### Discussion and Conclusions

The major conclusion of this study is that according to the improvement in T.O.V.A, low doses of MPH are significantly efficient in adults. The most efficient dosage was 0.2–0.25 mg/Kg, a small dosage, especially when it is compared to the one recommended for children, i.e., 0.3 mg/Kg. Hence, adults need even smaller dosage than children. It should be noted that the efficiency of dosage in children is also monitored by T.O.V.A. in our unit, and is indeed about 0.3 mg/Kg.

Another interesting finding, related to the dosage titration, is the tendency towards impulsiveness, as can be tested by abnormal commission scores in the high dosage. This finding may be seen also in children, but not in these dosage levels. The decrease in the commission standard scores, which could be seen during improvement in the other scores, was the most important side effect we

**Table 4:** Gender and ADHD/ADD analysis - is there a significant change?**4a: Gender analysis**

<b>GENDER</b> <b>(M=0, F=1)</b>		<b>N</b>	<b>Mean</b>	<b>Std</b>	<b>T-test p-Value</b>	<b>W-Wilcoxon p-Value</b>
<b>ADHD-S</b>	<b>0</b>	<b>20</b>	<b>5.54</b>	<b>3.34</b>	<b>0.0001</b>	<b>0.780</b>
	<b>1</b>	<b>17</b>	<b>6.68</b>	<b>6.70</b>	<b>0.0008</b>	
<b>SSO</b>	<b>0</b>	<b>21</b>	<b>30.52</b>	<b>34.31</b>	<b>0.0006</b>	<b>0.180</b>
	<b>1</b>	<b>21</b>	<b>18.90</b>	<b>26.29</b>	<b>0.0036</b>	
<b>SSC</b>	<b>0</b>	<b>21</b>	<b>3.62</b>	<b>15.17</b>	<b>0.2872</b>	<b>0.398</b>
	<b>1</b>	<b>21</b>	<b>9.05</b>	<b>19.12</b>	<b>0.0423</b>	
<b>SSRT</b>	<b>0</b>	<b>21</b>	<b>22.38</b>	<b>22.51</b>	<b>0.0002</b>	<b>0.099</b>
	<b>1</b>	<b>21</b>	<b>12.57</b>	<b>15.44</b>	<b>0.0013</b>	
<b>SSV</b>	<b>0</b>	<b>21</b>	<b>30.00</b>	<b>20.98</b>	<b>0.0001</b>	<b>0.580</b>
	<b>1</b>	<b>21</b>	<b>26.86</b>	<b>23.86</b>	<b>0.0001</b>	

ADHD-S = ADHD Score; SS = Standard Score; W = Wilcoxon Non parametric Test

**Wilcoxon non Parametric Test Non Significant****4b: ADHD/ADD analysis:**

<b>GENDER</b> <b>(M=0, F=1)</b>		<b>N</b>	<b>Mean</b>	<b>Std</b>	<b>T-test p-Value</b>	<b>W-Wilcoxon p-Value</b>
<b>ADHD-S</b>	<b>0</b>	<b>20</b>	<b>5.54</b>	<b>3.34</b>	<b>0.0001</b>	<b>0.780</b>
	<b>1</b>	<b>17</b>	<b>6.68</b>	<b>6.70</b>	<b>0.0008</b>	
<b>SSO</b>	<b>0</b>	<b>21</b>	<b>30.52</b>	<b>34.31</b>	<b>0.0006</b>	<b>0.180</b>
	<b>1</b>	<b>21</b>	<b>18.90</b>	<b>26.29</b>	<b>0.0036</b>	
<b>SSC</b>	<b>0</b>	<b>21</b>	<b>3.62</b>	<b>15.17</b>	<b>0.2872</b>	<b>0.398</b>
	<b>1</b>	<b>21</b>	<b>9.05</b>	<b>19.12</b>	<b>0.0423</b>	
<b>SSRT</b>	<b>0</b>	<b>21</b>	<b>22.38</b>	<b>22.51</b>	<b>0.0002</b>	<b>0.099</b>
	<b>1</b>	<b>21</b>	<b>12.57</b>	<b>15.44</b>	<b>0.0013</b>	
<b>SSV</b>	<b>0</b>	<b>21</b>	<b>30.00</b>	<b>20.98</b>	<b>0.0001</b>	<b>0.580</b>
	<b>1</b>	<b>21</b>	<b>26.86</b>	<b>23.86</b>	<b>0.0001</b>	

ADHD-S = ADHD Score; SS = Standard Score; W = Wilcoxon Non parametric Test

**Wilcoxon non Parametric Test Non Significant**

could figure out from the T.O.V.A. It could explain the ambivalence in which some of the adults react to MPH, such as their reported feelings of uneasiness, nervousness and irritation alongside their attention improvement. These findings may also suggest a possible solution to this ambivalence, a decrease in the dosage, since the improvement in the other scores seemed to be significant in lower dosages as well.

Two interesting questions are raised from these findings. First is about the very low scores that can be seen in adults (ADHD scores  $\leq -10$ ), which are very rare in children. As there are norms for adults, as well as for children, this difference cannot be explained by the age itself. A possible suggestion is the existence or the non-existence of compensatory mechanisms, which help to »pass the test«, and are more efficient in the younger ages. Another explanation is the better acquaintance of children with computer games, but this explanation is not approved by the second question, which is derived from the first and involves the spectrum of improvement seen in adults. As can be seen from the change in the ADHD score, the ADHD delta, there is a very big spectrum of changes, much bigger than in children, when some of the changes emerge to 12–15 scores. This delta should not be change if the gap between children and adults scores was due to different computer handling experience. The very large ADHD delta is maybe another indication for the lack of compensation, or maybe a defective /abnormal compensation existing in adult ADHD patients. When the disorder of attention is treated, this abnormal compensation does not become expressed and the adult reaches his/her true ability.

Another interesting speculation is the kind of mental experience the adult is going through during such a great change in his attentive capacity. Especially in those adults who have very large delta in their ADHD scores, it may indicate quite a change. Is it optimal to have such a change in an adult used to a completely different attentive ability? In other words, is it possible to have »too good a success«? The change might even expose the patient to quite a shock that is represented by their description of dizziness, disquietness etc. A smaller improvement might even be preferred when such big changes are observed. Hence, we suggest that the question of what an optimal change is, is still to be studied.

## **Die Wirksamkeit niedrigdosierter Einzelgabe von Methylphenidat bei erwachsenen ADHD-Patienten**

Iris Manor, Richard P. Ebstein, Abraham Weizman, Sam Tyano (Petah-Tiqva, Israel)

Die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHD) ist eine heterogene Störung, die nach Schätzungen in 70 % der Fälle als »chronische« ADHD bis in das Erwachsenenalter persistiert (SPENCER et al. 1998).

Die Behandlung von ADHD ist bei Kindern und Erwachsenen ähnlich und umfasst psychopharmakologische und psychotherapeutische, meist verhaltenstherapeutische Behandlung. Die pharmakologische Behandlung der Wahl besteht in der Gabe von Psychostimulantien, v.a. Methylphenidat (MPH), während trizyklische Antidepressiva oder Clonidin, ein alpha-2-Agonist, weitaus weniger wirksam sind (CANTWELL 1997). Alle diese Substanzen beeinflussen dopaminerge, serotonerge und noradrenerge Neurotransmittersysteme. Der Effekt von Psychostimulantien, v. a. von MPH ist kurzdauernd und kann bereits nach einer Einzeldosis eingeschätzt werden. Es ist jedoch gerade bei Erwachsenen schwierig, die Wirkung von MPH zuverlässig zu beurteilen, da die Substanz meist zur Verbesserung von Lernsituationen gegeben wird. Dementsprechend ist auch die Datenbasis sehr schmal.

Die genaue Dosierung von MPH bei Erwachsenen ist noch ungeklärt. Dies ist insbesondere deshalb von Bedeutung, da hier mehr Nebenwirkungen auftreten. Außerdem ist die Erkrankung bei Erwachsenen häufig mit Sucht, antisozialem Verhalten, Delinquenz und Persönlichkeitsstörungen assoziiert ist (MAY und BOS 2000). Dadurch ist die Behandlung Erwachsener mit Psychostimulanzien auch mit Gefahren und Risiken verbunden. Bei Kindern und Jugendlichen werden in der Literatur Einzeldosierungen von ca. 0,5 mg/Kg diskutiert, in Israel liegt die empfohlene Einzeldosis bei ca. 0,3 mg/Kg. SACHDEV et al. (2000) empfehlen bei Erwachsenen eine Einzeldosis von max. 1 mg/Kg MPH, was ziemlich hoch erscheint.

Der Continuous Performance Test (CPT) ist ein weit verbreiteter Test für die Daueraufmerksamkeit. Der Test of Variables of Attention (T.O.V.A.) (GREENBERG 1987, 1993) ist ebenfalls ein Aufmerksamkeitstest und für die Diagnostik von ADHD gut geeignet (THOMPSON und THOMPSON 1998; WALKER et al. 2000; WADA et al. 2000) und kann von den Probanden am Computer durchgeführt werden. Der T.O.V.A. sagt die Wirksamkeit der Psychopharmakotherapie in 95% der Fälle voraus und kann daher gut für

Pharmakostudien eingesetzt werden (GREENBERG 1987; AGGARWAL and LILLYSTONE 2000; FORBES 1998).

### Hypothese

Die Autoren stellen die Hypothese auf, dass Erwachsene keine derartig hohen Dosen von MPH benötigen und dass sogar niedrigere Dosierungen als bei Kindern, d.h. 0,2-0,3 mg/Kg ausreichend sind.

### Methoden

Es wurden erwachsene ADHD/ADD Patienten in die Studie aufgenommen, die auf MPH ansprachen. Die Diagnosen wurden nach DSM IV-Kriterien (APA 1994) gestellt und durch den CPT und durch ratig-Skalen unterstützt. Die Wirkung auf die Gabe von MPH wurde mit Hilfe des T.O.V.A. im prä/post Vergleich innerhalb eines Tages gemessen, um den Einfluß von Umgebungsvariablen so weit als möglich zu kontrollieren. Die Testdosis betrug für Personen unter 80 Kg Körpergewicht 15 mg, darüber wurden 20 mg gegeben. Die Dosis wurde erhöht bei unzureichender Wirkung und erniedrigt bei Nebenwirkungen, bis das bestmögliche Resultat erreicht war. Zur statistischen Analyse wurden der Wilcoxon-Test zum Vergleich zwischen den Gruppen und der t-Test für gepaarte Stichproben für den prä-post-Vergleich eingesetzt.

Ergebnisse: Von 50 diagnostizierten erwachsenen ADHD-Patienten sprachen 42 Patienten gut auf MPH an. Diese Ansprechrate entsprach mit 16 % in etwa der bei Kindern und Jugendlichen angenommenen Rate von 15 % (WEISS 1996). Das Alter der Probanden lag zwischen 18 und 53 Jahren, das Geschlechtsverhältnis war ausgeglichen. Das Verhältnis von ADHD zu ADD war 20:22 Patienten, die höchste Dosis lag bei 0,32 mg/Kg (vgl. Tabelle 1). In vier Fällen wurde die Dosis wegen Nebenwirkungen reduziert.

Die Analyse der Ergebnisse ist in den *Tabellen 3 a, b* dargestellt. Es fanden sich signifikante Änderungen in den ADHD-Scores und in allen Standard-Scores bei allen Dosierungen, ähnlich wie bei Kindern und dies bei eher niedrigeren Dosierungen. Innerhalb der verschiedenen Dosierungsgruppen zeigten sich die am höchsten signifikanten Änderungen in der Gruppe 0,2 - 0,25 mg/Kg ( $p \leq 0.001$ ), dies erscheint damit die optimale Dosis für Erwachsene. Interessant war auch, dass die niedrigere Dosierungsgruppe (0,1-0,2

mg/Kg) signifikantere Effekte zeigte als die höhere Dosierungsgruppe (0,3-0,35 mg/Kg). Weiter fiel auf, dass sich beim Commission-Score, der v.a. die Impulsivität misst, weniger Verbesserungen fanden als bei den anderen Skalen. Bei höheren Dosierung kam es sogar zu einer Verschlechterung der Impulsivität. Im Vergleich der Dosierungsgruppen untereinander fanden sich jedoch keine signifikanten Änderungen, ebensowenig im Geschlechtsvergleich oder im Vergleich der Diagnosen (ADHD oder ADD, s. *Tabellen 4 a, b*).

## Diskussion

Gemessen an den Verbesserungen im T.O.V.A. sind auch niedrige Dosierungen bei Erwachsenen signifikant effektiv, am effektivsten erwies sich eine Dosis von 0,2-0,25 mg/Kg, die damit niedriger liegt als die für Kinder empfohlene Dosis (0,3 mg/Kg). Bei höheren Dosierungen zeigte sich eine tendenzielle Zunahme der Impulsivität bei gleichzeitiger Verbesserungen in den anderen Skalen, die dem entspricht, was einige Erwachsene als Gefühl von Unwohlsein, Nervosität und Irritation neben dem der Aufmerksamkeitsverbesserung berichten. Die Autoren schlagen daher in diesen Fällen eine Dosisreduktion vor, zumal die Verbesserungen in den anderen Skalen auch bei niedrigen Dosierungen signifikant sind.

Die Autoren diskutieren die Frage, warum Erwachsene mit ADHD häufig sehr niedrige ADHD-Scores ( $\leq -10$ ) aufweisen. Die Autoren vermuten, dass Erwachsene, im Gegensatz zu Kindern, weniger kompensatorische, oder abnormale Kompensationsmechanismen zur Verfügung haben, die helfen, »den Test zu bestehen«. Dies wird nach Ansicht der Autoren auch durch die Beobachtung gestützt, dass Erwachsene ein viel höheres Spektrum an Veränderungen nach Medikation zeigen als Kinder. Dies wirft aber auch in manchen Fällen die Frage auf, ob eine zu starke Verbesserung der Aufmerksamkeit, die manchmal begleitet ist durch Schwindel, Unruhe, überhaupt wünschenswert ist oder vielleicht für die Betroffenen gar eine Art Schock darstellt. Die Frage, was überhaupt eine optimale anzustrebende Veränderung in der Behandlung von ADHD durch MPH ist, muss daher sicherlich in zukünftigen Studien noch weiter geklärt werden.

## Literatur:

- AGGARWAL A, LILLYSTONE D (2000): A follow-up pilot study of objective measures in children with attention deficit hyperactivity disorder. *J Paediatr Child Health* 36(2):134-8
- American Psychiatric Association (1994): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. Washington (DC), American Psychiatric Press
- ARNOLD L. E., ABIKOFF H. B., CANTWELL D. P., CONNERS C. K., ELLIOTT G., GREENHILL L. L., HECHTMAN L., HINSHAW S. P., HOZA B., JENSEN P. S., KRAEMER H. C., MARCH J. S., NEWCORN J. H., PELHAM W. E., RICHTERS J. E., SCHILLER E., SEVERE J. B., SWANSON J. M., VEREEN D., WELLS K. C. National Institute of Mental Health (1997) Collaborative Multimodal Treatment Study of Children with ADHD (the MTA). Design challenges and choices. *Arch Gen Psychiatry* 54(9): 865-70
- Cantwell D. P. (1997): Attention deficit disorder: A review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35: 978-987
- FEIFEL D. (1996): Attention deficit hyperactivity disorder in adults. *Postgrad Med* 100: 207-211 & 215-218
- FORBES G. B. (1998): Clinical utility of the Test of Variables of Attention (TOVA) in the diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Psychol* 54(4):461-76
- GREENBERG L. M. (1987): An objective measure of methylphenidate response: clinical use of the MCA. *Psychopharmacol Bull* 23(2):279-82
- GREENBERG L. M., WALDMAN I. D. (1993): Developmental normative data on the Test of Variables of Attention (TOVA). *Journal of child and adolescent psychiatry*, 34(6):1019-1030
- GREENBERG L. M. (1994): Attention deficit disorders in adults. *Employee Assistance* 6:31-34
- LIN C. C., HSIAO C. K., CHEN W. J. (1999) Development of sustained attention assessed using the continuous performance test among children 6-15 years of age. *J Abnorm Child Psychol* 27(5):403-12
- MANUZZA S., KLEIN R. G., BESSLER A., MALLOY P., LAPADULA M. (1998): Adult psychiatric status of hyperactive boys grown-up. *Am J Psychiatry* 155: 493-498
- MAY B., BOS J. (2000): Personality characteristics of ADHD adults assessed with the Millon Clinical Multiaxial Inventory-II: evidence of four distinct subtypes. *J Pers Assess* 75(2):237-48, 2000
- MURPHY K., BARKLEY R. (1996): Attention deficit hyperactivity disorder adults: comorbidities and adaptive impairments. *Compr Psychiatry* 37:393-401
- SACHDEV P. S., TROLLOR J. N. (2000): How high a dose of stimulant medication in adult attention deficit hyperactivity disorder? *Aust N Z J Psychiatry* 34(4):645-50
- SEIDMAN L. J., BIEDERMAN J., WEBER W., HATCH M., FARAONE S. V. (1998): Neuropsychological function in adults with attention-deficit hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry* 44: 260-268
- SPENCER T., BIEDERMAN J., WILENS T. E., FARAONE S. V. (1998): Adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a controversial diagnosis. *J Clin Psychiatry* 59 Suppl 7: 59-68
- THOMPSON L., THOMPSON M. (1998): Neurofeedback combined with training in metacognitive strategies: effectiveness in students with ADD. *Appl Psychophysiol Biofeedback* 23(4):243-63
- TROLLOR J. N. (1999): Attention deficit hyperactivity disorder in adults: conceptual and clinical issues. *Med J Aust* 171(8):421-5
- WADA N., YAMASHITA Y., MATSUISHI T., OHTANI Y., KATO H. (2000): The test of variables of attention (TOVA) is useful in the diagnosis of Japanese male children with attention deficit hyperactivity disorder. *Brain Dev* 22(6):378-82
- WALKER A. J., SHORES E. A., TROLLOR J. N., LEE T., SACHDEV P. S (2000): Neuropsychological functioning of adults with attention deficit hyperactivity disorder. *J Clin Exp Neuropsychol* 22(1):115-24
- WEISS G., TROKEMBERG-HECHTMAN L. (1993): Hyperactive children grown up. New York (NY), Guilford Press

WEISS G.: Attention Deficit Hyperactivity Disorder. in: Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook (2nd ed). Edited by Lewis M. Baltimore (MD), Williams and Wilkins (1996), pp 544-564

WENDER D., SCHOOBER E., WURST E., KRYSPIN-EXNER I. (1998) Changes in attention with hypo- and hyperglycaemia in children with insulin dependent diabetes mellitus. Eur J Pediatr 157(10):802-5, 1998

- \* Geha Mental Health Center, Petah-Tiqva and Sackler Faculty of Medicine, Tel Aviv University, Tel Aviv, Israel.
- \*\* Herzog Mental Health Center, Jerusalem and the Faculty of Health Sciences, Ben-Gurion University of the Negev, Be'er Sheba, Israel.

Corresponding author:

Dr. Iris Manor  
ADHD Unit  
Geha Mental Health Center, P.O. Box 102  
Petah-Tiqva, Israel  
Tel: 972-3-9332995  
Fax: 972-3-9335576  
e-mail: dan100@netvision.net.il

# The Role of Reintegration Rituals in Sobriety – A Comparative Study on Recovery and Relapse

Gabor Kelemen, Marta B. Erdos (Hungary)

In the present paper, authors try to identify some communicative markers that distinguish between recovering addicts and those clients who - based on follow-up data – have relapsed. These two groups of clients were treated in an in-patient rehabilitation institute, a therapeutic community (Leo Amici Institute of Komló, Hungary) that offers complex therapy for substance abusers whose primary drug of choice is heroine. The institute was established in 1992, only a few years after the political transition of the social system. Since former members of the therapeutic community regularly visit the institute (not only in the framework of an aftercare program but informally as well), information on recovery is available about the 30 patients whose graduation speeches have been analysed in the current study, applying qualitative and quantitative methods of content analysis. According to follow-up data covering 1-5 years after graduating from the program, 77% of the clients have recovered while the other 23% have relapsed. Authors claim that »reintegration rituals« in TC-s (therapeutic community) accompanying, commenting and enacting new (psycho)social states are a key factor in therapeutic success. If so, then there may be differences in the graduation speeches of clients who recover and of those who relapse.

»I'd have never thought that I would ever in my life hear such things... and I thought that a long time ago I used to be somebody... and for a very long time I was nobody... but now I can feel that I am somebody at last and I would like to thank you all for this«  
(quotation from a graduation speech made in 1998 at the Leo Amici Institution – an in-patient institution for substance abusers - Komló, Hungary)

## The Hungarian socio-cultural background

Before describing the micro-context of our study, some relevant features of the larger macro-context will be outlined to reach a deeper understanding of our topic: rites of passages, processes of reintegration and addictions.

Drug-addiction as a wide-spread phenomenon is a relatively new challenge to the Hungarian society, beginning at the end of the 1980's when the erosion of the Soviet type rule clearly manifested itself. The Hungarian culture proved very vulnerable to various traditional forms of self-destruction as suicide and the consumption of hard liquors, our country ranking among the first five in

the statistics in recent years. (Suicide rate and liver cirrhosis due to alcoholism. For more data, see RACZ, VINGENDER, 1999; FEKETE, TEMESVÁRY, OSVÁTH, 2001) When new substances and the related new forms of addictions enter into a given culture, an appropriate system of codes, a new social representation is to be formed with which members of the culture can control and describe their attitudes and actions related to these alien substances. This sort of adaptation seems to be governed by the defence mechanism known as »identification with the aggressor«. The traditional consumption of wine was followed by an increase in beer consumption during the Nazi occupation of Hungary, only to be exchanged for vodka and other spirits between the 1950's to the 1980's. Parallel to rapid conquest of the consumer society over the collectivistic socialism – consumerism entering our lives with the transition of the system in 1989, – emerging social representation of substance abuse reflect that :

1. Although efforts have been made to prevent the spread of the »contagious disease« substance abuse is often described in a fairly attractive way. Since Goffman's seminal book (1963) one would expect euphemisms, sub-cultural and stigmatic (pejorative) terms, distancing professional labels and a restricted but nevertheless significant terminology of the »wise« to describe the sphere of addictions. However, the new terminology for drug addictions has been coined from the vocabulary of market economy (e.g., use of words as *drug-career*, *drug-consumption*, *drug-trader*, *drug-liberalization*, *drug-market* as components of *drug-paradise*) Since 1968, »social(istic)« market economy, known as the New Economic Mechanism was depicted as the »Promised Land« for the Hungarian people. Therefore these terms have deeply rooted positive connotations and they are far more frequent than terms referring to harms related to addictions as »drug-death«.
2. In Hungary, programs are about the prevention of drugs and not of addictions, that is, the role of the substance is over-emphasized in the media's fallacy instead of the more complex triangular relationship among addict-culture-substance. The Hungarian terms »drogprevenció« (drug-prevention) or »drog-stratégia« (drug-strategy) reflect this very perspective. The terms can hardly be (mirror-)translated into other languages in a meaningful way: e.g., Nemzeti Drogstratégia (»National Drug Strategy«) would normally equal to National Drug Control Strategy.

3. Some of the trained helpers have addictogen attitudes as reflected by their style of interviewing (e.g., »How long have you been drinking more than you should?«- suggesting that everyone should drink a given amount). Medical paradigm sets the perspectives for professional helpers of all fields. Medical gaze, however, is trained to observe problems and disturbances - it is the gaze of the pathologist (Foucault, 1973). Another train of thoughts of enumerating possible solutions and resources is rare among professional helpers in Hungary. The socialized health care system itself is in a deep crisis<sup>1</sup>.

The aforementioned vulnerability to new forms of addictions is due to several factors:

- traditional forms of self-destruction and approving/hero-delegating cultural attitudes towards these actions, facilitating the generation of a similar code- system for drug addictions.
- anomie associated with the transition in the Hungarian society; including lack of supporting communities (Buda, 1998) and a deep moral crisis accompanied by »learned helplessness« as legacy from the Soviet-type rule. As a transgenerational result of the sudden, central turnabouts in the direction of ideologies first in 1948 and second in 1989, unusually deep loyalty problems (BOSZORMENYI-NAGY, SPARK, 1973) manifested themselves. Paternalistic style, however, has survived.
- Problems of control were central issues of the Soviet-type rule. Nevertheless, the newly introduced myth of the »autonomous« individual has its own paradoxes as well. In consumer society providing mass production and requiring predictable consumption the individual can only act as the best specimen of a given category of consumers. This arrangement entails symmetrical relationships and, consequentially, escalating conflicts. However, the individual is often represented as a unique, irreplaceable being which situation, in turn, would result in more complementary relations to the environment. These complementary relations are almost entirely missing. (BATESON, 1971)
- Expecting rapid »miracles«, easy solutions for financial and social problems after the transition: in Hungary, people often use the term »rendszerváltás« – »shift of the system« instead of »rendszer változás« – »transition of the

system«. The first term refers to a sudden change and not to a long process. People seem to be submerged in the state of lasting resentment as they were under the impression that by pressing the SHIFT button our way of life will be *capitalized*.

- In Hungary, there are no alternatives to consumer society, which encourages excessive consumption and promises quick escape from all sorts of sufferings and pains, offering a model for addictive behaviour. (WHITE, 2000) In addition to the myth of autonomous individuals consumers are encouraged to reach a state of »*perfection*«. This, as an ideology, is a burden on human relationships where the capacity to correct ruptures is exchanged for a never-ending search of false ideals.

### Processes of transformation

The core of successful treatment programs – just as of successful, integrated societies – is transformation: the capacity to find an adaptive combination of action and non-action<sup>2</sup>. As for the subject, scope, processes and evaluation of such resilient transformations, different therapeutic schools have alternative views. From a social constructionist point, transformation can be conceived as a cognitive-emotional transition both in personal and cultural perspectives – an epistemological shift – and is generated in a dialogic community process. (MCNAMEE-GERGEN, 1999) Following this train of thoughts, the individual and the community are not in a dichotomous split but in a complementary relation. The individual is a node in the net of relationships – his actions are (or are not) facilitated by the culture and, through these very actions, the individual himself enriches the surrounding culture.

This concept of transformation is closely related to the theory of *rites of passage* (VAN GENNEP, 1960). In the traditional societies described in his book, rites accompany the transition of social states and roles – consequentially, that of personal identity (MEAD, 1962). The individual proceeding in his life-cycle, passes through a series of natural personal and social crises of group-membership. The function of rites is to facilitate the transition, to establish new boundaries and connections, and to »heal« from some painful event in the past. Therefore, rites are organically connected to social reintegration.

The first phase of the rite is *separation*: the individual should abandon his/her previous states and resign former roles. Separation is often symbolized by certain physical actions e.g., spatial separation or cutting things that are

eligible for representing human ties (hair etc.). The second phase is *liminality* (from the Latin word »limen«, meaning boundary). This is a transitory state of being »nobody«, residing »nowhere« in the secular world. The person is extracted from his/her usual environment where time, space and relationships could determine his/her position. This liminal state is characterized by a high degree of ambiguity and ambivalence. The third phase is *reincorporation*. The person who is re-born will rejoin his/her former environment but in a new, altered state, involving new tasks, responsibilities, attitudes, value system, patterns of relationships – that is, a new way of life.

In modern societies, certain elements of rites of passages preserved their heuristic power, however, there may be marked differences. The most important of these is the concept of »liminoid«, entering into the original role of »liminal«, but blocking the transformational character of rites. »Liminoid« experience is formally similar to the liminal phase, but it is a dead end that does not lead to reintegration. (TURNER, 1982) Our culture supports liminoid experiences as these are conceived as a »valve« letting out extra pressure (e.g., acid parties, being »forever young«). As a result of missing reintegration through community assistance, our lives are segmented by personal crises instead of community rituals and celebrations.

A different, dialogic process (BAKHTIN, 1981) between the individual and the community would facilitate acquiring personal new knowledge in the same process of reconstructing culture. In order to be able to participate in a dialogic process, the individual should be free from »frozen constructs« and delimiting narratives. (WHITE, 2000) In this dialogue, the participants will tolerate transitional ambivalence, micro-ruptures or paradoxes – we refer to these as *liminal* phenomena – which are a prerequisite to construct new knowledge. Micro-ruptures motivate transformations in the process and by no means are perceived as annoying holes in perfection.

### Third perspective

ARMINEN (1998) in his analysis about the dialogic communication in Alcoholics Anonymous (AA) introduces the concept of »double perspective«. This double perspective is related to the revaluation of experiences: the initial traumatic experience is seen as a resource for further spiritual growth and a reservoir of sober life for the AA member. Following his idea, authors study relevant

features or key constituents of the personal perspectives in recovery. The dynamics of transformation is as follows:

- The first perspective is the perspective of dependence. This is the view self-pity, resentment, war stories, irresponsibility (»What can one expect from anybody like me?«) and shame. This perspective can well be nourished further by the therapist himself if he is unilaterally focusing on traumatic experiences of the past, which might come in handy as preferable excuses for the addict.
- The second perspective is embodied in the objective voice of the therapist/s – in this case, that of the therapeutic community, emphasizing responsibility, commitment, and solidarity. This second, external perspective might become powerful enough to help separation from the first one but by no means can it serve as a solid foundation for further individual-transcendent development. The person has to shift from his marginalized position into the centre, that is, his full (physical and psychosocial) activity will help him reach the third, individual<sup>3</sup> perspective.
- This third perspective is the type of new knowledge that the addict should acquire for his recovery. When the third perspective has been formed, transitional ambivalence is turned into a strong commitment to new values. The third perspective is reflective (MYERHOFF et al, 1992) that is, it will preserve and inform about its own historical roots and coming into being. Thus, the experience that ruptures in relationships can be corrected or ambivalence might be worth tolerating, will also be coded in the third perspective. It involves the capacity to differentiate between a reasonable degree of responsibility/conscientiousness or devastating guilt and shame. This perspective integrates and proves the person's continuity for concerned others (e.g., friends, family members). V. PROPP (1968) in his analysis about folk tales introduced the concept of »unrecognized arrival«. This episode, also belonging to the wide range of liminal phenomena, takes place when the hero, after successfully meeting the demands of his initiation, returns home and is not recognized by his »concerned others« until he gives a truly personal sign – e.g., a ring – about his continuous identity. This type of continuity is also present in the third perspective. It has a body component (BUDA, 2001) as self reflection often includes the use of body metaphors : e.g., »deep in my heart«, »thank you for taking me by

the hand« etc. A most important feature of the third perspective is that it is unique/individual, and both its origins and its effects can explicitly be localised in the community.

Third perspective constituents:

- Referrals to future (e.g., vows, faith in future development, preparing for the forthcoming »hard times« etc.)
- History of the perspective – most importantly, liminal experiences and relations to the community
- Continuity of identity (memories, shared past experience)
- Body metaphors of reflection

Reaching the third-perspective stage in recovery does not mean an eternal »illuminated« phase but a coded experience that of repair and »healing«. (WINNICOTT, 1971) Human development – as debates about »mature« or »healthy« personality reflect - is a continuous process of creating cosmos from chaos. The sense of coherence, – comprehensibility, manageability, and meaningfulness (ANTONOVSKY, 1988) – is one side of the coin. The other side is the toleration of transitional liminality in the light of past experiences of personal strength and social support.

Context of the empirical study: The therapeutic community at Komló

The Komló institution of the Leo Amici Foundation is a therapeutic community. The in-patient treatment takes one to two years. After graduating from the program, former inhabitants often return to Komló for a weekend to tell the others their experiences about their new sober life and to share their difficulties, strength and hopes with members of the TC.

Only those addicts are admitted to the program who are seriously deteriorated physically, psychically as well as socially and do not »fit« into the traditional health care system. For the most of them, the primary drug of choice is heroine. They were previously treated in a number of other institutions without success<sup>4</sup>. The facility is for 18 persons presently. Treatment started with only 5 patients in 1992. Altogether, 32 clients have graduated from

therapy between 1997-2001. (Attrition takes place in the first few weeks of therapy. The attrition rate is approximately 60%.)

The therapeutic program is an adaptation of the program of the Italian Leo Amici Institution, complemented by the innovations of the Hungarian staff. Basic principles of treatment are grounded in social learning theory, completed with milieu therapy, based on dynamic psychiatric concepts. The underlying premise is that the community itself serves as the therapist. The whole community lives and works as a social-energetic field. TC views recovery as a developmental process aimed at changing negative patterns of behaviour, thinking and feeling and at promoting integration of those changes. »Milieu therapy is an emotional learning process of a gradually increasing frustration tolerance.« (AMMON, 1959. p. 13.)

Major issues are the following:

- Community itself is regarded as the major source of therapeutic effect
- The staff is multi-professional and works in a complementary manner, each member optimally facilitating the others' efforts.
- Mood-altering medication is not used during therapy.
- Clients must accept clear-cut boundaries and hierarchical relations within the community
- Most jobs are done together (staff and clients)
- Treatment is based on milieu therapy and various forms of group therapies; man can become humane within groups. Music and drama therapy are key elements in the program.
- Relations with the external world are strictly controlled. Initially, the new member is fully separated from his previous environment.
- Family therapy sessions are offered to clients' relatives.

The event of graduation - the Liberation Ritual

The Liberation Ritual is the most important »sacred« event during therapy. Members of the TC and several guests – friends, relatives invited – celebrate the »initiands« who have reached an important phase in recovery: they are ready to re-enter into the extra-therapeutic environment.

The three phases of rites of passage seem to have a sort of Russian doll structure – that is, elements characteristic of certain phases are often embedded in one another and are repeated several times. (VAN GENNEP, 1960). This liberation ritual evokes the whole process and tasks of therapy: Separation from the usual environment, the journey (liminal phase) and reintegration or reincorporation, which is symbolized by a diploma and the deletion of non-conscious prohibition to touch the initiands<sup>6</sup>. Certain phases of the whole rite are repeated again and again during therapy. On becoming a new member of the TC, separation from the active user's role takes place where previous relationships must be abandoned for a while. Before graduation, however, the initiand is also separated in some respects from the rest of the TC as he/she can not participate in drama and music therapy sessions (the program for the ceremony is rehearsed which is meant as a surprise for the initiands). This ban is expressed by a kick in the bottom, joining sacred and profane worlds. (SELTZER et al., 2002 BAKHTIN, 1988)

Three members of our research team could take field notes about the liberation ritual as guests. These notes were complemented by videotapes. Both video recording and inviting guests are usual elements of the ceremony. Participants of the ritual are witnesses of the transition. Former members are also invited – as masters of the ceremony, they have a key role during the graduation ceremony. It is the best opportunity for them to redefine relationships, renew vows, forget, forgive and enjoy the peace of the rite. Thus the rite is also a bridge between past and future.

Metaphors of journey (LAKOFF, 1993) dominate the ceremony in songs, poems, speeches made by the initiands, therapists, guests. Even non-verbal communication – as giving favourite meal for the graduate as a farewell – is rooted in this basic metaphor.

#### A comparative content analysis of graduation speeches

##### *Sample*

30 videotaped speeches were available for the current study – these are the speeches of graduates between 1997–2001. 2002 year speeches were not included in the systematic analysis as follow-up data ranging from 1 to 5 years were evidently missing. Recording was a traditional element of the ritual so the process was left undisturbed.

Two groups of clients were defined: the group of »recovering« and »relapsed« clients<sup>7</sup>. Follow-up data was obtained in the aftercare program of the institution. A client was defined »relapsed« if he/she resumed abusing drugs after graduation.

Data show a high rate of recovery among those who graduate from the program. Although graduates are preparing for months for their speeches, texts are relatively short and are often interrupted by long breaks - seconds or even minutes of silence. The group of relapsed clients speak even less as compared to the number of speeches.

**Table 1**  
The sample

	Recovering	Relapsed
Number Of speeches/clients	23	7
% of speeches/clients	77	23
Length of speeches in words	3,326	605
Length of speeches	17,220n	3,225n
% of length	84%	16%

### Thematic description – qualitative analysis of the texts

In this phase of the study our purpose was to give a »thick« or dense description of the texts. Both inductive and deductive methods of qualitative data analysis have been employed: that is, on the one hand, we have searched for recurrent patterns in the texts and, on the other hand, have also derived some of our categories following external theoretical constructions.

Coding at this phase was a computer-aided manual process based on frequent team discussions. As these speeches are very fragmented, we first decided on selecting utterances (thematic/speech act units) instead of sentences.

Sometimes – as it can be seen below in the quotations – the whole speech was one long sentence conjuncted by »or«-s, »and«-s, interrupted by »khm«-s and pauses. Very often the speaker started a sentence and after saying a few words left it unfinished.

Authors used a software supporting the qualitative analysis of texts (ATLAS.ti©4.2, Code by List function). Following the conventions of the program we will refer to coded utterances as quotations. A total of 343 quotations were identified in the entire text of 30 speeches. In this part of the

study we profited a lot from the flexibility of the program and tried to code various levels (e.g., both structure and style of the utterance). This resulted in a great number of codes. Overlaps/inclusions were not eliminated in this qualitative analysis.

In the subsequent part of the paper we give a brief description, as well as an illustration of each code and - though it is not a primary point here - its frequency. We assume that the latter data will serve as a first step for the sequential-transformative model by EHMANN (2002), where qualitative-explorative approach is followed by a traditional quantitative content analysis.

Three large categories could be outlined by the end of the analysis for a more convenient arrangement of the given codes. Overlaps, however, do occur here as well (e.g., a metaphor may add to the emotional colouring of the personal perspective and may also inform about the structure of the ritual)

- I. *Mutual*: Acknowledgements, Good-wishes, Shared experience, Speaker-accommodation, Umbilical cord.
- II. *Perspectives*: Humility, I-perspective, Liminal position, Me-perspective, Metaphors, New knowledge, Past experience, Reference to future, Reference to past, Self-irony, Transformed perspective, Turning point.
- III. *Structure of rite* (formal): Structure of rite, Preparations, Prophecy

I. 1. *Acknowledgements*: A direct expression of thanks or acknowledgement of fellows' as helpers' activity in the process of recovery (56/343, that is, 56 of the 343 quotations)

25<sup>8</sup>. »I'd like to thank you for everything, a lot of things... that I could be here and that you were with me, and that.... that now I have really done something and I can stand here proudly, I don't really know if ever such a thing has happened to me so far...Thank you.«

I. 2. References to *shared experience* were frequent (25/343) and significant in manifestly connecting personal and community aspects of the ritual. In the following quotation, shared experience is a resource for new knowledge:

4. "I think that I should tell you something about changes... what happened to me during this one and a half-two years but this is difficult to tell, as I think that you see it much better than me."

I. 3. Sometimes the »initiands« tell *good wishes* (3/343) to the others. In fact, this is not part of their central role in the ritual either. (There are a great

number of good wishes from the audience, however.) These utterances served the purpose of establishing mutuality and seemed to be rooted in the philosophy of twelve-step movements:

4. »I have got a lot from you, a lot from all of you and I, I hope that I can give some back to those who will come, who are still out.«

I. 4. *Speaker accommodation* (18/343) is also rooted in mutuality. (For more, see ARMINEN 1998.) This was used when the speaker made it clear that he is trying to match part of his speech to another person's, either by mentioning his/her name or referring to him less personally:

11. »as Cs. usually puts it, this house is mine, too.«

I. 5. *Umbilical cord* (3/343) was not frequent - it might have referred to the denial of separation and, as a consequence, poor prospects for recovery, but the low occurrence of the code does not allow any strong hypothesis for further analysis.

11. »I will keep close contact I will keep with you.«

II. 1. *New knowledge* (27/343): This code overlaps the subsequent code of »transformed perspective«. Acquiring new knowledge is the function of reintegration rites. Experiencing liminality – a state being free from old delimiting narratives and opening new alternatives – is a necessary precondition for the new knowledge (beliefs, faith, values).

21. »...this is how they opened my eyes to see things differently, to think differently, and my value system would be different...«

II. 2. *Transformed perspective* (5/343): An explicit formulation of revaluation of past experiences. The initially negative experience is seen as a new resource for sobriety. This code is not very frequent in reintegration speeches – as reintegration is an ongoing process – but it is very common in the texts of former graduates during the ceremony. In the introductory part of this paper, the term »third perspective« is used in a much broader sense this is why the code is termed »transformed perspective«.

20. »I know that if I got on somebody's nerves I'd like to apologize now. It seems that it was necessary for...I needed it to recover.«

It is very important that the transformed perspective represents an integrated view, unlike splitting in the subsequent quotation:

21. »I think that thinking back about my being here, quite a number of good things happened. There were a number of unpleasant events but I can recollect the funny ones only by now.«

II. 3. *Me-perspective* (13/343): As a great number of CA studies have identified fragmentation versus coherence, and a connected agentive versus reflective stance, a general code of self-reflectivity was introduced (e.g., PÓLYA, 1999; FONAGY et al., 2002). Me-perspective entails fluency, coherence, or even superficial utterances, lack of spontaneity. (This code involves »transformed perspective« as a subset.)

2. »There was a time of introversion... perhaps because you had to realize that you can not make a fool of anybody and it was hard to admit.«

II. 4. *I-perspective* (30/343) is the opposite. Speaking from this perspective, full reflectivity is missing, speech is very fragmented, often ungrammatical, there are shifts in time, space and relations (deictical elements). Ambivalence of evaluation is characteristic of the text. This code seems to refer to liminal experience. In the example given below there are shifts between active and passive voice and among temporal perspectives. Overall fragmentation and ambivalence are expressed.

7. »Well, I, too...now I'm feeling very stupid, I don't know....for ...for some reason, I was captured in that blunt situation...but I was very happy that I am here... but not with so many people...it is hard on me.«

II. 5. *Liminal position* (23/343): as the previous code was used to describe the style, this can capture the meaning (e.g., »outsider«). It may refer to actual experience as well as former liminal/marginal stance.

2. »And, then at that time, really, thinking back to it, outsiderness, that, that, outsiderness was caused by demarcation from others as I am more than them...«

II. 6. *Turning point* (13/343) is another element of revaluation. The code was applied when the speaker attributes special significance to an event :

2. »...this was burst into a quite horrible conflict with A. and M. the same day, and somehow it was like a festering wound, as it..., or, like the steam coming out of the boiler. From that time on, perhaps, things have started to get better.«

II. 7. *Metaphors* (42/343) (e.g., metaphors as the wound in the previous quotation) occurred frequently in the speeches. They were divided into subgroups related to journey, (16/343), emotions (5/343); drugs (9/343); sobriety (7/343) as well as birth (3/343) and death (2/343). All in all, speeches contained 42 metaphoric expressions. Metaphors have a central role in cognition (LAKOFF, 1993), and in the expression of emotions (DAVITZ, 1976). According to KEZDI (1998), psychotherapy is nothing but the deconstruction and reconstruction of the client's metaphors. (A special subset is »self-irony« 6/343/). As quotations for the other codes are highly metaphorical, no special illustration is given here.

II. 8. *Reference to future* (14/343): This code includes invocations, promises and vows that are validated by the audience (TC and guests).

27. »and I think,... I think...when something difficult may come, then I will surely find somebody, among so many people, to turn to, and, if I need it, will kiss me in the forehead, or give a kick to my ass.«

II. 9. Sometimes memories preceding the years spent in the TC were evoked. These, or the memories about initial closure when joining the TC were coded as past experience (11/343):

23. »Well, as compared to my coming here....after, I was burnt out, I did not have any feelings at all, not at all. And for a long time, there was defiance in me, for a very, very long time. I could not love anybody and I could not bear anybody loving me, when somebody tried to come nearer I got closed and there were walls everywhere.«

II. 10. Although twelve-step fellowships consider *humility* (7/343) a major value for the addict, this must be an active attitude and not mere self-abasement. Moreover, humility is not a central value in reintegration ceremonies, rather, it is a component of degradation. (GARFINKEL, 1956) People are proud when they get a higher status than before.

3. »...and this is when I got nearer to believing that, that, that, that I could perhaps believe, that, that, well, I might have a place under the sun at all.«

III. 1. We have decided on introducing a category for *prophecies* (19/343), – subset of the previous reference to future – which typically occur in closing position, at the very end of the speech. These utterances are very often

manifested in a slip of the tongue. Reincorporative elements of the rite open a gate into future – mistakes in the closing utterances may have prognostic value concerning recovery. The following quotations are all in closing position in the speeches:

10. »...I feel so good now and I can thank you all for this and very... *forgive me*, please.«

In this phase (reintegration/reincorporation), being sorry is inadequate but may be appropriate during a denunciation (GARFINKEL, 1956; BRAITHWAITE, MUGFORD, 1994)

1. «Thank you for coming along this evening, my parents, and to that that you could endure this fifteen years with me.«

In archaic cultures, the rite (transition) is not successful or it may bring bad luck when formal requirements are not fulfilled, e.g., a slip of the tongue may be a fatal error. »To that« would indicate »let us drink to that...« which would be appropriate in most ceremonies but for a ritual leading to *sobriety*.

III. 2. There were several other codes referring to the structure of events. Structure of rite (14/343) is used when a direct reference is made to components of the ritual (e.g., audience, events).

18. »Well, what is happening to me right now is a very significant thing, I feel that it is not by chance that there are so many people around, and not only those with who I share my everyday life.«

III. 4. Another code, *preparations* (11/343) informed about the speaker's previous preparations for his/her speech (which could take as long as a month, even if the final speech was composed of only one sentence).

22. »I don't know, I have been thinking for long about saying this or that, and now, that's sure that I am here now.«

## Results and interpretation

Speeches of the »recovery« group are more metaphorical while members of the »relapse« group use less metaphors. The difference does not lie only in numbers but metaphors of the relapse group are matched only to external

**Table 2****Differences in the speeches of "recovery" and "relapse" groups. Units of coding (quotations) are utterances**

Quotations (343 utterances)	Recovery (23 persons, 273 quotes.)	Relapse (7 persons, 70 quotes)
Acknowledgements (56)	43	13
Reference to future (14)	11	3
<i>Good wishes</i> (3)	3	0
<i>I-perspective</i> (30)	27	3
<i>Humility</i> (7)	3	4
<i>New knowledge</i> (27)	24	3
<i>Liminal position</i> (23)	20	3
<i>Me-perspective</i> (13)	12	1
Metaphors of sobriety (6)	5	1
<i>Metaphors of drugs</i> (9)	9	0
<i>Metaphors of emotions</i> (5)	5	0
<i>Symbolic birth</i> (3)	3	0
<i>Symbolic death</i> (2)	2	0
<i>Metaphors of journey</i> (16)	11	5
Reference to past (11)	9	2
" <i>Prophecy</i> " (19)	12	7
Transformed perspective (5)	4	1
Self-irony (6)	5	1
<i>Shared experience</i> (25)	23	2
<i>Speaker-accommodation</i> (18)	13	5
Turning point (13)	10	3
Umbilical cord (3)	2	1

Codes that seem more relevant for further analysis are italicised

expectations (even wording) of the ritual, e. g., they refer to sobriety but not to the preceding sufferings. Symbolic death and birth are missing. The »recovery« group's perspectives were more marked and distinct. They spoke more about their shared experiences in the community. Although the »relapse« group performed well in formal requirements of the ceremony (e. g., acknowledgements), there were quite a number of slips of the tongue in their closing utterances. While hesitation, long pauses, poor wording, »broken« sentences due to shifts in perspectives proved to be signs of micro-ruptures accompanying the »hard moments« of real transformation, these slips, on the other hand, proved to be of prognostic value as indicators of relapse.

### At the level of words – a quantitative step

As a next step, a statistical comparison of the results of the qualitative analysis was planned. As speeches were short and in some of the codes overlapping/inclusion was significant, we decided on a word-level coding process (in this case one word equals to one quotation). This analysis is less contextual. Complex categories as »liminality« had to be »translated« into words. Our end-product was a text-specific thematic vocabulary<sup>9</sup>.

Search categories were defined by using the results of the qualitative-thematic description and the Word Frequency menu of ATLAS.ti©4.2. Authors also relied on previous CA results (FEKETE, SCHMIDTKE, 1996, KÉZDI 1998, STEVENSON et al, 1997,).

Codes are named after their »best member«. A short definition and the whole search string both in Hungarian and in English are given. Marked differences between the two languages (e.g., Hungarian is an agglutinative language) may exclude one-to-one matching.

Members of the given categories were defined by the authors who had first worked independently and reached a 92% concordance. Final categorization was the result of several discussions.

1. »also«: the speaker marks a connection (similarity or adaptation) to another person, event, story:

is:= is | szintén |  
also:=too | also

2. »I«: In Hungarian, there are several possibilities to denote »I«. It can be expressed by personal pronouns and affixes as well and in certain cases it is double marked if the speaker chooses: the utterance contains both an affix and a pronoun. Depending on the exact grammatical form of referring to "I", the speaker may express a higher degree of responsibility/control for the given action (BUDWIG, 1999). This is a search category where exact translation of the members seems impossible:

én:= én | énnekem | éntolem | énmiattam  
I:=I | I-tó-me | I-from-me | I-because-of-me

3. »chance«: This category was indicated by its rate of occurrence (Table 3.) in »relapse texts«.

véletlen:= esetl\* | sors\* | szerencs\* | talán | véletl\* | Chance:=perhaps | fate | luck | maybe | by chance |

4. The negative code: as one of the classics of CA research, this code may refer to symbolic death (KÉZDI, 1995). It includes all types of grammatical negation. It is hypothesised to be the symbolic expression of separation/liminality.

negatív:= \*tlan | \*tlen | nem | seho\* | sem\* | sen\* |  
negative:=without | not | no | nowhere | nothing | nobody

5. »will«: In the thematic/contextual analysis, promises and »prophecies« proved to be central categories. Words referring to future and purpose are included in this search string.

jövo:=akar\* | cél\* | energ\* | ero\* | ezután | fogok | fogom | fogtok | határoz\* | holnap | jövo\* | kint | lesz\* | m  
ajd | megerő\* | merte\* | sikerül\* |  
will:=want | purpose | energy | strength | afterwards | I will | you will | decide | tomorrow | future/next | outside | will be | later on(future) | empower | dare | manage |

6. »acknowledgements«: this code was introduced as it refers to mutuality and it also occurred very frequently in the texts.

köszönhet:= \*köszön\* | hálá | hálá\* |  
acknowledgements:=thank you/thanks | grateful

7. »communication«: referrals to the preparations for and structure of the ongoing event - the speeches themselves.

kommunikáció:= \*beszél\* | beszéd\* | \*mond\* |  
communication:=speak/say | speech | tell

8. »hard«: Frequent members of the category may be associated with the liminal phase of transitions. This, unlike the negative code, is a semantic category. (meaning, not structure; more »conceptual« than »procedural« /WILSON, SPERBER, 1993/)

nehéz:=baj\* | bír\* | borzasztó\* | buktató\* | drukk\* | fenecketlen\* | gödör\* | hüly\* | iszony\* | izgat\* | izgul\* |  
kellemetlen\* | kemény\* | keserv\* | kétélk\* | konfliktus\* | legkínos\* | nehez\* | nehéz\* | seb | snassz | szar\* | s  
zívem\* | szorong\* | tork\* | torok\* | zavar\* |  
hard:=trouble | endure | terrible | difficult\* | funk | groundless | ....blunt | horrible | nervous | anxious |  
uneasy | tough | bitter | doubt | conflict | hard | ....wound | shit | my heart | irritate | throat | disturb

9. »new knowledge«: explicit reference to new knowledge, as a result of the transition.

tudás:= \*ért\* | \*gondol\* | \*hisz\* | \*tanul\* | eszem | érzem | észhez | ismer\* | komoly\* | tud\* | tudás\* |  
newknowledge=:understand | think | believe | learn | mind | conceive/feel | mental | seriousness | know  
| knowledge

### 10. »now«: temporal reference to the ongoing event

most:= ma | mai | most |  
now:=today | now

Subsequent coding was a fully computerized process (ATLAS.ti©4.2, AutoCoding Function). The ratio of coded words (quotations) reflect the ratio of the two texts shown in Table 1.

## Results:

**Table 3.**

**Occurrence of codes in “recovery” and “relapse” speeches. Word-level coding**

Code	Recovery	Relapse	Total
I	53	9	62
Chance	12	6	18
Communication	45	5	50
Future	58	9	67
Hard	48	6	54
New knowledge	141	19	160
Negative	96	7	103
Now	59	9	68
Acknowledgements	47	12	59
Also	48	16	64
Total	607	98	705

Significant differences in the distribution of the codes between the two groups were the following:

1. »Chance«. Pearson's chi square=5.908, p=0.015. Those who will relapse use these words suggesting lack of control and the dominance of fate in one's life more frequently. Those who will recover seem to take more responsibility and initiative.

2. »Negative code«. Pearson's chi square is 4.998, p=0.025.

This code is known as one of the communicative characteristics of psychological crisis, that is, symbolic death and birth. In a broader sense,

the code is about transitions – that is why it occurred significantly more in »recovery« than in »relapse« texts, where true transformations took place.

3. »Also« Pearson's chi square: 7.394, p=0.007. As this code is connected to non-personal referrals to »others« (events, persons) the person may hide under collective and superficial utterances, and may simply borrow pre-fabricated elements of speech. Utterances where personal experience of mutuality is expressed could only be coded in larger units (e.g., »as John has already said.... versus »I can tell the same as the others...«) This is a more detailed picture than the tendency in our meaning-focussed qualitative description where the delicate difference for different structures of »speaker accommodation« was less evident.

To specify co-occurrences of the codes, the same search strings were used in a sentence-level analysis. In this case, there might be several codes (words belonging to the given search category) in the same quotation. Any number of occurrences of the same code, however, is counted only one. Inter-correlations among the different variables were analyzed by the Kendall Tau nonparametric method.

**Table 4.**

Significant intercorrelations in the 30 texts (n=153 (sentences); \* = 0,05, \*\* = 0,01)

Word-pairs	Kendall Tau	p-value
I-communication	0.268**	0.001
I-hard	0.363**	0.000
I-new knowledge	0.207**	0.010
I-negation	0.198*	0.014
I-now	0.194*	0.016
I-thank you	0.194*	0.016
Communication-future	0.185*	0.021
Communication-hard	0.168*	0.037
Communication-negation	0.223**	0.005
Future-negation	0.212**	0.008
Future-now	-0.168*	0.037
Future-acknowledgements	-0.168	0.037
Future-also	0.204*	0.011
Hard-new knowledge	0.338**	0.000
Hard-now	-0.197*	0.014
Hard-also	0.169*	0.036
Now-also	-0.185*	0.021

If the texts are analyzed as a whole, we can conclude that all the codes are significantly interrelated except for »chance«, which was relatively frequent only in »relapse« texts. This density suggests that our codes are relevant in describing the texts. Differences between »recovery« and »relapse« texts, however, are much more interesting:

**Table 5.**

Nonparametrical intercorrelations in “recovery” and “relapse” groups

Word-pairs	Relapse (n=22, sentences)		Recovery (n =131, sentences)	
	Kendall Tau	p-value	Kendall Tau	p-value
I-communication	0.505*	0.016	0.234**	0.007
I-hard	0.321	0.145	0.371**	0.000
I-new knowledge	0.020	0.930	0.236**	0.007
I-negation	0.174	0.440	0.202*	0.020
I-now	0.466*	0.029	0.148	0.092
I-acknowledgements	0.204	0.362	0.197*	0.024
Communication-future.	0.241	0.281	0.177*	0.044
Communication-negation	0.134	0.553	0.232**	0.008
Future-negation	0.386*	0.076	0.176*	0.044
Future-also	-0.089	0.695	0.253**	0.004
Hard-new knowledge	-0.171	0.446	0.405**	0.000

## Discussion

Results are in concordance with major statements of the previous qualitative thematic description. In »recovery« group , the *transition was in full operation* (most of our codes were based on theories of rites of passage). For those who will recover, »new knowledge« is something that they have suffered for - persons in the »recovery« group have experienced liminality (»negation« and »hard«). The agentive, prototypical self (double marked »I«) is related to »now« and »communication«, (e.g., »now that I am speaking...«) in the »relapse« group, while the same code is connected to »communication«, »negation«, »hard«, »acknowledgements«, and »new knowledge« in the »recovery« group, which suggests a resolved personal crisis. It also informs about mutual relationships and the connected reservoir of expanded resources. (Interrelations between »communication« and »negation« refer to the difficulties experienced while making a speech in the public in the state of transition.)

Speakers in the »relapse« group refer to the ongoing process of communication. The appearance of »meta«-function may be interpreted as a sign of doubt. (BRUNER, 1983). Relative lack of significant intercorrelations are very characteristic of this group.

### Further perspectives

We are well aware that we must not jump into early conclusions as these speeches are relatively short and number of »relapse« speeches are limited to 7 at the moment. However, the triangulative approach (DENZIN-LINCOLN, 1994) strengthens the validity of the study. By triangulation we mean a combination of several methods: field notes, thematic-qualitative description and quantitative data analysis; and a combination of different perspectives or fields: psychology, ethnography, sociology, addictology, communication, linguistics and history. On the other hand, short these texts be, the sample is a real curiosity, as far as we know.

Our study is an empiric examination of M. WHITE's (2000) theoretical proposal on relying more on the paradigm of »rites of passages« in recovery programs. The sample is gradually expanding as more and more persons graduate from the therapeutic program of the Leo Amici Foundation.

There are several routes that we can follow in our future research: one is the micro-technique of conversation analysis introduced by SACKS (1993) and further elaborated by a great number of researchers (e. g., PSATHAS, 1995). The other possibility is a traditional full-scale quantitative analysis or further work according to the sequential-transformative model (EHMANN, 2002) where initial qualitative analysis is followed by a quantitative mathematical-statistical analysis. We would also welcome an international comparative study on similar therapeutic programs.

Our results may help in planning more effective therapeutic as well as follow-up programs. Codes related to liminal phase and personal responsibility as constituents of the third perspective seem to be prognostic in recovery.

Relating to our initial thoughts about the Hungarian culture as a macro-context, the question for the addict is how could s/he construct a world to live where his connections to the addictive macro-culture will not be disrupted? Can the sober addict relate to this culture in a complementary fashion and construe new values, avoiding the »good old trap« of trying to conserve some

sort of »ideal community« or *communitas* (TURNER, 1997)? These questions are not for the addict only, but for us all.

As the AA (Alcoholics Anonymous) helped in establishing another culture of voluntary, independent communities with human solidarity in the centre, spreading the message of sobriety we conceive that the humane value system of therapeutic communities and the strength of reintegration rituals may help the learning processes of a broader community. To err is human - to correct for it is humane.

## Die Rolle der reintegrierenden Riten in der Genesung

Gabor Kelemen, Marta B. Erdos (Hungary)

Seit der politischen Wende in Ungarn (1989) beängstigt Drogenmissbrauch die Gesellschaft mehr und mehr. Eines der wichtigen Gebiete der Rehabilitation von Drogenabhängigen ist die therapeutische Gemeinschaft (therapeutic community). Die Verfasser sind Mitarbeiter der Stiftung Leo Amici in Komló, in Süd-Transdanubien. Die Klienten beenden die Behandlung in der Rehabilitationsinstitut in Komló mit einem feierlichen, reintegrierenden Ritual, bei dem sie eine kurze spontane Rede halten. Die Verfasser/Forscher stellten die Frage, ob man aufgrund des Inhaltes der Reden eine Prognose über die Wahrscheinlichkeit der Genesung und über das Risiko des Rückfalls zu geben wäre. In dem Zeitraum zwischen 1997 und 2001 beendeten 30 Patienten die Therapie. Die Verfasser führten eine qualitative sowie quantitative Inhaltsanalyse ihrer während der Befreiungszeremonie elektronisch gespeicherten Reden durch. Aufgrund der Ergebnisse stellten sie fest, dass laut später follow-up Daten die Reden derjenigen, die voll genesen waren, befriedigend mit den Terminen übergehenden Ritus, symbolischen Todes und Wiedergeburt zu beschreiben waren. Die Texte derjenigen jedoch, die später rückfällig geworden sind, versteckten sich hinter der Fassade kollektiver Schablonen.

## References:

- AMMON, G. (1959): Theoretical Aspects of Milieu Therapy. Menninger Clinic and School of Psychiatry, Topeka.
- ANTONOVSKY, A. (1988): Unraveling the Mysteries of Health. How People Manage Stress and Stay Well. Jossey-Bass Publishers, San Francisco.
- ARMINEN, I. (1998): Therapeutic Interaction. A Study of Mutual Help in the Meetings of Alcoholics Anonymous. The Finnish Foundation for Alcohol Studies. Vol. 45, Helsinki.
- BAKHTIN, M. (1981): The Dialogic Imagination University of Texas Press, Austin.
- BAKHTIN, M. (1988): Rabelais and His World. Indiana University Press. Bloomington.
- BATESON, G. (1971) : The Cybernetics of »Self«: A Theory of Alcoholism. Psychiatry 34. 1-18.
- BOSZORMENYI-NAGY, I. - SPARK, G.M. (1973): Invisible Loyalties. New York. Harper and Row.
- BRAITHWAITE, J. - MUGFORD, S. (1994): Conditions of Successful Reintegration Ceremonies. British Journal of Criminology Vol 34, no.2, 139-171.
- BRUNER, J. (1974): From Communication to language - A psychological perspective. Cognition, 1974/75 3. pp. 225-287.
- BUDA, B. (2001) Test és lélek. Egy (ál)probléma (kultúr- és tudomány)története és relevanciája a mai pszichiátria szempontjából. Body and Mind. [A /cultural and science/ history of a /pseudo/problem and its relevance for the contemporary psychiatry] Szenvédélybetegségek IX, 448-457.
- BUDA, B. (1998): Elmélet és alkalmazás a mentálhigiénében. [Theory and practice in the promotion of the mental health] Támasz, Budapest
- BUDWIG, N. (1999): Language and the Construction of Self. <http://www.massey.ac.nz/~ALock/nancy>
- DAVITZ, R. J. (1976): The Communication of Emotional Meaning Greenwood Publishing Group. Los Angeles.
- DENZIN, N. K. - LINCOLN, Y.S. (eds.) (1994): Handbook of Qualitative Research, Sage, London.
- EHMANN, B. (2002): A szöveg mélyén. [At the bottom of the text] Új Mandátum, Budapest.
- FEKETE, S., SCHMIDTKE, A. (1996): Suicidal models - their frequency and role in suicide attempters, non-suicidal psychiatric patients and normal control cases: a comparative German-Hungarian study. Omega Journal of Death and Dying , 33, 2. 233-241.
- FEKETE S., TEMESVÁRY, B., OSVATH, P. (2001): Suicidal Behavior in Hungary, In: Suicide and Suicide Attempts in Europe - results of the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behavior (ed, Schmidtke at al.) Kluver, Boston, 2002.207.
- FONAGY, P. et al. (2002): Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self Other Press, New York.
- FOUCAULT, M. (1973): The Birth of the Clinic: An Archeology of Medical Perception. Random House, New York.
- GARFINKEL, H. (1956): Conditions of Successful Degradation Ceremonies. American Journal of Sociology, 61. 420-424.
- GOFFMAN, E (1963) : Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity. Englewood Cliffs, N.J. Prentice-Hall
- KÉZDI, B. (1998): Márai metaforái. [Marai's metaphors] Presentation delivered at the DREAM conference, Pécs, 16th. Dec.
- KÉZDI, B. (1995): A negatív kód. [The negative code] Pro Pannonia, Pécs.
- LAKOFF, G. (1993): The contemporary Theory of Metaphor. in: Ortony, A. (ed.): Metaphor and Thought. Cambridge University Press, Cambridge. 202-252.
- MCMNAMEE, S. - GERGEN, K. (1999): Relational Responsibility. Resources for Sustainable Dialogue. Sage, Thousand Oaks.
- MEAD, G. H. (1962): Mind, Self and Society. C. W. Morris (ed.), Chicago University Press.
- MYERHOFF, B. - METZGER, D.- RUBY, J.- TUFTE, V. (1992): Remembered Lives. The University of Michigan Press, Ann Arbor.
- PÓLYA, T. (1999): Narrative perspective as an indicator of narrative identity. Vth Alps – Adria Conference Pécs, 4-5th Sept.

- PROPP, V. A. (1968): *Morfology of the Folktale*. (Ed. L. A. Wagner) University of Texas Press. Austin.
- PSATHAS, G. (1995): *Conversation Analysis. The Study of Talk-in-Interaction*. Sage, Thousand Oaks
- RACZ, J., VINGENDER, I. (1999): *The Role of Major Addictions (Alcoholism, Smoking, Drug Abuse) in Morbidity, Mortality and Decrease of Population in Hungary*. National Institute of Alcoholology, Budapest.
- SACKS, H. (1993): (ed.: G. Jefferson) : *Lectures on Conversation*, Blackwell Publishers, Oxford
- SELTZER, M., SELTZER, W., HOMB, N., MIDSTIGEN, P. (2001) : *Eposz, közös szövegalkotás és »kívülállóság«. [Epics, Co-texting, and »Outsideness« ]* Pszichoterápia, X., évf. 2. sz. 98-109.
- STEVENSON, G. M., LÁSZLÓ, J., EHMANN, B., LEFEVER, R. M. H., LEFEVER, R. (1997): Socio-linguistic correlates of therapeutic outcomes. *Journal of Comm. Appl. Soc. Psychol.*, vol.7, pp.389-411.
- TURNER, V. (1982): *From Ritual to Theatre*. PAJ Publications, New York.
- TURNER, V. (1997): *Dramas, Fields and Metaphors*. Cornell University Press, Ithaca
- VAN GENNEP, A (1960).: *The Rites of Passage*. University of Chicago Press, Chicago
- WHITE, M. (2000): *Reflections on Narrative Practice. Essays and Interviews*. Dulwich Centre Publications, Adelaide, South Australia
- WILSON, D.- SPERBER, D. (1982) Linguistic form and relevance. *Lingua* 90, ½, 1-25.
- WINNICOTT, D. (1971): *Playing and Reality* Tavistock, London.

<sup>1</sup> Most of the above statements are based on results of a recent study ("The social constructions of addictions in Hungary") conducted in 2002 at the University of Pécs. (Supported by OTKA / National Research Fund/ No.T0-37245 and the Ministry of Youth and Sports, KAB-KT-01-04.)

<sup>2</sup> Similarly to the "Serenity Prayer".

<sup>3</sup> By the term "individual" we mean somebody who is able to relate to a humanizing community in a complementary fashion.

<sup>4</sup> The criterion for success is sobriety - most importantly, getting away from the primary drug of choice

<sup>5</sup> No data (video recording) is available about graduates before 1997.

<sup>6</sup> There were two incidents of premature touch when the initiands were hugged during (and not after) their speeches. The process of the celebration was disturbed which was marked by an "empty" silence - nobody could decide whether their speeches are completed or not. Our explanation fits into the "rite of passage" paradigm: initiands are sacred and therefore can not be touched unless it is prescribed by the rite.

<sup>7</sup> Recovery is a lifetime process - this is why we did not use the term "recovered".

<sup>8</sup> The initial number serves identification of the speaker and is determined solely by the chronology of transcription. That is, the same number refers to the same speaker.

<sup>9</sup> That is, the lexicon is restricted to the given texts and no other synonyms are included.

#### Address of the authors:

Dr. Gábor Kelemen, Márta B. Erdos  
Department of Social Work, Institute for Sociology and Social Studies,  
Faculty of Humanities, University of Pecs  
7624 Pécs, Rókus u. 2  
Hungary

e-mail: krammkele@axelero.hu; erdos@btk.pte.hu

**Ankündigungen****121. Gruppendynamische Selbsterfahrung in Paestum /Süditalien**

Leitung: Dipl. Psych., Dr. phil. Maria Ammon (Berlin/München)  
 Ort: Paestum / Süditalien  
 Datum: 1. - 10.8.2003  
 Information: Berliner Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V., Kantstr. 120/121, 10625 Berlin,  
 Tel.: +49 - 30 - 3 13 28 93  
 Fax: +49 - 30 - 3 13 69 59  
 Information: Münchner Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V., Goethestr. 54 80336 München  
 Telefon: +49 - 89 - 53 96 74/75  
 Fax: +49 - 89 - 5 32 88 37  
 e-mail: *lfi-muenchen@dynpsych.de*  
 Internet: *www.dynpsych.de*

**11. Weimarer Psychotherapiewoche**

Titel: Grenzen und Grenzüberschreitungen im psychotherapeutischen Handeln  
 Ort: Weimar  
 Datum: 12. - 17.9.2003  
 Information: Akademie für Psychotherapie e.V. Erfurt Fischmarkt 4 D-99084 Erfurt  
 Telefon: +49 - 3 61 - 6 42 22 74  
 Fax: +49 - 3 61 - 6 42 24 49  
 e-mail: *wpw-weimar@gmx.de*

**2. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Körperpsychotherapie (DGK)**

Titel: Körper - Seele - Selbst  
 Ort: Freie Universität Berlin  
 Datum: 18. - 21.9.2003

Information: CTW - Congress Organisation Thomas Wiese GmbH,  
Goßlerstr. 30  
D-12161 Berlin  
Tel.: +49 - 30 - 85 99 62 16  
Fax: +49 - 30 - 85 07 98 26  
Internet: [www.ctw-congress.de/dgk](http://www.ctw-congress.de/dgk)

## 60. Psychotherapie-Seminar Freudenstadt

Leitung: Prof. Dr. med. Hartmut Schneider  
Titel: Psychotherapie – wie geht's weiter  
Ort: Karl-von Hahn-Str. 120  
D-72250 Freudenstadt  
Datum: 21. - 26. 9.2003  
Information:  
Tel.: +49 - 74 41 - 54-23 99  
Fax: +49 - 74 41 - 54-25 04  
Internet: [www.pt-seminar-freudenstadt.de](http://www.pt-seminar-freudenstadt.de)

## 14. Weltkongress der World Association for Dynamic Psychiatry WADP XXVII. Internationales Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse

Leitung: Prof. Modest M. Kabanow M.D.;  
Dipl.-Psych. Dr. phil. Maria Ammon  
Titel: Trauma, Bindung und Persönlichkeit – Dynamische Aspekte  
Ort: Jagellonian Universität Krakau, Polen  
Datum: 16. - 19.3.2005  
Information: Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen Akademie für  
Psychoanalyse (DAP); c/o Dipl.-Psych. Sylvain Römissh,  
Goethestr. 54, D-80336 München;  
Telefon: +49 - 89 - 53 96 74/75  
Fax: +49 - 89 - 5 32 88 37  
e-mail: [lfi-muenchen@dynpsych.de](mailto:lfi-muenchen@dynpsych.de)  
Internet: [www.dynpsych.de](http://www.dynpsych.de)

## **Impressum**

*Verlag, Sitz und Geschäftsstelle/Publisher:*

»Pinel« Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie GmbH  
Berlin, Kantstraße 120 / 121, D - 10625 Berlin  
Tel.: 0 30 / 3 13 28 93, Fax: 0 30 / 3 13 69 59  
Amtsgericht Charlottenburg HRB 64279, e-Mail: pinelverlag@web.de

*Geschäftsführer des Verlages:*

Dipl. Psych. Gabriele von Bülow, Kantstraße 120/121, D-10625 Berlin

*Herausgeber/Editor:*

Dr. phil. Dipl. Psych. Maria Ammon, Meierottostraße 1, D-10719 Berlin  
(verantwortlich für den wissenschaftlichen Teil)

*Abonnentenabteilung/Subscription Management:*

Werner Feja, Kantstraße 120 / 121, D - 10625 Berlin,  
Tel. u. Fax: 0 30 / 3 13 69 59, e-Mail: pinelverlag@web.de

*Mitglieder der Redaktion/Members of the editorial staff:*

Dr. phil. Dipl. Psych. Maria Ammon, Eva Aralikatti, Dipl. Psych. Thomas Bihler, Dr. med. Anette Binder, Dr. phil. Ilse Burbiel, Dipl. Psych. Gabriele von Bülow, Dipl.-Psych. Helmut Cox, Dr. med. Dorothee Doldinger, Dr. med. (Univ. Tel Aviv) Egon Fabian, Dr. med. Ulrike Fabian, Dipl. Psych. Saskia Heyden, Dr. phil. Gertraud Reitz, Dipl. Psych. Gerhard Wolfrum

*Nachrichtenteil/News:*

Verantwortlich Dr. phil. Ilse Burbiel, Presse- und Informationsreferentin im Executive Council der World Association for Dynamic Psychiatry WADP,  
Jägerwirtstraße 3, D- 81373 München

*Buchbesprechungen/Book reviews und Korrektorat:*

Dipl. Psych. Saskia Heyden, Auenstraße 14, D-80469 München  
E-Mail: saskiaheyden@tiscali.de

*Übersetzung, Lektorat, Satzerstellung/Translation, Editing, Typesetting:*

Eva Aralikatti, word.ART.work, Lehrer-Götz-Weg 20, D-81825 München,  
Tel.: 0 89 / 45 46 16 68, mobil: 01 73 / 9 26 12 14  
word.art.work@t-online.de

*Druck:*

Offset-Druckerei Gerhard Weinert GmbH, Saalburgstr. 3, 12099  
Berlin, Tel.: 0 30 / 60 08 62 - 0, Fax -22, <http://www.weinert-druck.de>  
info@weinert-druck.de,

Einsendung von Manuskripten/Manuscripts should be sent to:

*Hauptschriftleitung/Address of the editorial staff:*

Dr. phil. Dipl. Psych. Maria Ammon  
Kantstraße 120/121  
D-10625 Berlin  
wadp@dynpsych.de

Die veröffentlichten Artikel geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder. Manuskripte werden in Deutsch und Englisch in dreifacher Ausfertigung entgegengenommen, deren Umfang nach Möglichkeit 20 doppelzeilige DIN A4 Seiten nicht überschreiten soll. Die Arbeit muss in jedem Fall auf Diskette (Word-Format) eingereicht werden. Dem Manuskript muss ein englisches Abstract (etwa 100 Worte) vorangestellt sein sowie eine deutsche und englische Zusammenfassung von etwa einem Drittel Länge des Textes hinzugefügt werden. Die Literaturangaben müssen den üblichen Standards dieses Heftes entsprechen. Arbeiten können nur ohne Zahlung von Honorar zur Veröffentlichung entgegengenommen werden. Bilder und graphische Darstellungen können nur auf Kosten des Autors mitgedruckt werden. Der Autor erhält kostenlos 5 Beleghefte.

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

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

Die Dynamische Psychiatrie erscheint 3x jährlich. Jahresabonnement DM 120,-, ÖS 880,-, SFr 108,- (zzgl. Porto), für alle Mitglieder der DAP, der DGG, der DGPM, der WADP und der DGDP, für Ärzte im Vorbereitungsdienst, Mitarbeiter der Psychoanalytischen Kindergärten gegen Nachweis nur in Deutschland DM 95,-, ÖS 700,-, SFr 86,- (zzgl. Porto). Studenten DM 63,-, ÖS 480,-, SFr 59,- (zzgl. Porto). Einzelheft DM 20,-, ÖS 145,-, SFr 17,-. Das Abonnement verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn es nicht vier Wochen vor Ablauf des Bezugsjahres gekündigt wird. Zahlung des Jahresabonnements bis zum 1. April. d.J. auf das folgende Konto: Berliner Commerzbank (BLZ 100 400 00), Kto.-Nr. 5 070 560.

The authors's opinion does not necessarily reflect the opinions of the editorial staff. Manuscripts (three copies), each limited to 20 double-spaced typed pages, will be accepted in German and English. Additionally the manuscript is to be send on a floppy disc (Word Format). All manuscripts must have an english abstract (roughly 100 words) and a summary in German or English (one third of the text). Literary references should be adapted to those in the journal. There can be no remuneration for contributions. Pictures and graphic illustrations are printed at the author's own expense. The author receives 5 voucher copies of the journal.

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

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

Dynamic Psychiatry is published bi-monthly. Annual subscription rate \$ 78, for WADP-members \$ 62,-, for students 42,- (plus postage charge \$ 8,-), per individual copy \$ 13,-. Air mail delivery at additional payment on special request. The subscription is prolonged for one year, if it has not been cancelled four weeks before the end of the year. The annual subscription rate should be paid by the 1st of April. The money should be remitted on the account of »Pinel« Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie GmbH, Berliner Commerzbank (BLZ 100 400 00), Kto.-Nr. 5 070 560.

Günter Ammon

# DAS BORDERLINE-SYNDROM

## Krankheit unserer Zeit

Aus dem Vorwort von Ernst Federn:

»Ammon hat in der Diskussion um dieses Krankheitsbild eine neue theoretische Richtung, ein eigenes Verständnis und eine daraus abgeleitete Behandlungsmethodik im Sinne einer humanstrukturellen Identitätstherapie mit der Konzeption der Sozialenergie und Gruppendynamik entwickelt. Es ist daher zu begrüßen, daß Günter Ammons Schriften über die Anwendung seiner weiterentwickelten psychoanalytischen Methodik auf die Behandlung der sogenannten »Borderline-Fälle«, die er als Ich-Störungen erkannte, nun veröffentlicht werden und damit therapeutischer Optimismus auch für eine Gruppe von Patienten möglich wird, die lange Zeit als nur schwer oder kaum therapierbar galt. Daß das Ich eine wichtige soziale Funktion verrichtet, war schon immer bekannt, aber erst die neuen Erkenntnisse über die frühen Beziehungen zwischen Mutter und Kind erlauben uns, neue Behandlungsmethoden für diese seelischen Störungen zu entwickeln. Günter Ammon war ein Pionier auf diesem Gebiet.«

Günter Ammon  
DAS BORDERLINE-SYNDROM  
Krankheit unserer Zeit

Berlin 1998, 320 Seiten,  
Paperback, 20,- EUR  
ISBN 3-922109-20-9

