# Die analytische Gruppentherapie* im Rahmen der Sozialpsychiatrie**

Günter Ammon

Die Sozialpsychiatrie basiert auf der Erkenntnis, daß nicht alle Ursachen für psychische Erkrankungen in den Patienten selbst liegen. Sie geht von der grundlegenden Tatsache aus, daß der Mensch in Gruppen lebt, während seines ganzen Lebens Mitglied verschiedener Gruppen ist, und daß Gesundheit und Krankheit vom Wechselspiel zwischen dem Einzelnen und diesen Gruppen abhängig sind. Nach Schätzungen von Theodore M. Mills (1969) gibt es ca. 5 Milliarden Kleingruppen bei einer Erdbevölkerung von 3 Milliarden; dennoch sind diese Kleingruppen, der entscheidende Lebensbereich für die meisten Individuen, bisher von der Forschung vernachlässigt worden. Das Interesse der Gruppenforschung konzentrierte sich auf die gesellschaftlichen Großgruppen; die Kleingruppenforschung ist erst in den letzten 50 Jahren systematisch entwickelt worden.

Der sozialpsychiatrische Ansatz, der den Zusammenhang von Individuum und Gruppe in der Genese und dem Prozeß der psychischen Erkrankung untersucht, stützt sich unter anderem auf die Erfahrungen der Kinderanalytiker, deren therapeutische Arbeit mit den kleinen Patienten scheitern mußte, wenn nicht auch die Eltern in das therapeutische Programm miteinbezogen wurden. Grundlage sind ferner die Forschungen von Erik H. Erikson (1950), die die enge Verbindung von kindlicher Ich-Entwicklung mit der Entwicklung der Familiengruppe als ganzer nachweisen. Soll mit der Vermittlung der kulturellen Normen eine gelingende Ich-Entwicklung des Kindes verbunden sein, so ist die Erfahrungsfähigkeit der Familiengruppe gegenüber den kindlichen Bedürfnissen eine unentbehrliche Voraussetzung. Wird diesen Bedürfnissen mit schroffer Ablehnung oder Gleichgültigkeit begegnet, so wird die Kommunikation des Kindes mit der Gruppe blockiert und psychische Störungen sind die Folge.

Insbesondere hat uns die Erforschung der sogenannten schizophrenogenen Familie durch Bateson (1956) — double-bind-Situation —, Wynne (1959) — Theorem der Pseudogemeinschaft —, Searles (1959) — Sündenbockhypothese —, und anderen uns die destruktive Dynamik von Familiengruppen erkennen lassen, deren starres Kommunikationssystem den Mitgliedern der Gruppe die Entwicklung eigener Identität verbietet und sie auf der Ebene des Unbewußten in archaischer Abhängigkeit voneinander hält. Die schwächsten Mitglieder der Familie, ein Kind oder mehrere, sind nach diesen Forschungen meist die Opfer, die auf diese Situation mit einer schizophrenen Reaktion antworten.

---

* Unter analytischer Gruppentherapie verstehe ich eine analytische Therapie, welche die von Kurt Lewin entwickelte gruppendynamische Theorie mit psychoanalytischer Theorie und Praxis verbindet, mit Widerstand und Übertragung arbeitet und die sich für die Therapie anbietende Gruppendynamik in die analytische Arbeit integriert.

** Vortrag gehalten auf dem Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde in Bad Nauheim vom 23.—25. Oktober 1970.

Der sozialpsychiatrische Ansatz versteht Gruppen sowohl in ihrer krankmachenden, destruktiven Dynamik als auch in ihren konstruktiven Aspekten, der Heilkraft, die sie entfalten können. Der in der Gruppe erkrankte Mensch kann in der Gruppe auch wieder gesunden.

Grundsätzlich bieten sich zwei Verfahren an, die sich auch miteinander kombinieren lassen:

1. die Arbeit im Milieu selbst, in dem der Patient krank geworden ist,
2. die Therapie in einer analytischen Gruppe.

Der Weg ins krankmachende Milieu ist trotz der Schwierigkeiten, die damit verbunden sind, erfolgversprechend. Besonders in den USA, aber auch in der Bundesrepublik während der letzten Jahre, hat die Direktbehandlung von Ehepaaren, Familien und Gemeinden sich erweitert. In Deutschland besitzen wir leider noch keine ähnlichen Einrichtungen wie die amerikanischen Community Health Centers, die sich bei dieser Arbeit im Milieu außerordentlich bewährt haben.

Viele Sozialpsychiater und Therapeuten scheuen den Weg ins krankmachende Milieu, weil sie für ihre Arbeit dort nicht über die Möglichkeiten der Abgrenzung und Kontrolle der therapeutischen Situation verfügen, wie wir sie aus der ambulanten oder klinischen Einzel- und Gruppentherapie kennen. Diese Schwierigkeit könnte meines Erachtens nur durch eine verstärkte Teamarbeit von Ärzten, Sozialarbeitern und Psychologen gemindert werden.

Ein besonderes Problem bei der Arbeit im Milieu ist die unterschiedliche Motivation der an der Situation Beteiligten, diese wirklich verändern zu wollen. Oft sind einige Mitglieder der Gruppe nur deshalb so gesund, weil sie die Last des Krankseins auf ein schwächeres Gruppenmitglied abwälzen konnten. Eine erfolgreiche Behandlung des sogenannten „Kranken" würde die Homöostase der ganzen Gruppe verändern und damit das Selbstwertgefühl der „Gesunden" bedrohen.

So erlebte ich kürzlich in meiner Praxis, wie eine Familientherapie an diesem Konflikt scheiterte.

Es handelte sich um eine Familie, in der die Mutter mit der Patientin symbiotisch zusammenlebte. Der Vater, ein erfolgreicher Unternehmer, verwaltete seine Familie wie ein Geschäftsunternehmen.

In der Geschichte des Mädchens spielte die Mutter eine entscheidende Rolle. Obwohl sie sich auf der einen Seite ständig bemühte, einen Therapeuten für ihre Tochter zu finden, sabotierte sie immer wieder die sich entwickelnde Therapie. Sobald das Mädchen einen therapeutischen Kontakt gefunden hatte und sich für die Therapie zu interessieren begann, wurde es von der Mutter aus der Therapie herausgenommen.

Die Mutter war zunächst begeistert von dem therapeutischen Programm, das ich für sie und ihre Tochter entworfen hatte. Einen Tag später aber erklärte sie dann, daß alles zwecklos sei und die Tochter doch wieder weglaufen werde. In diesem Sinne redete sie auch auf die Tochter ein. Als ich daraufhin die Behandlung ablehnte, reagierte das Mädchen mit Betroffenheit. Einige Tage später machte sie es möglich, ohne ihre Mutter die Praxis aufzusuchen. Sie traf hier auf ein Team von Mitarbeitern, das ihr mit Verständnis und Distanz zugleich begegnete und sie allmählich in das therapeutische Programm miteinbezog. Schließlich konnte sie mit der eigentlichen Gruppenpsychotherapie beginnen.

Die Mutter hatte berichtet, daß ihr Plan, die ganze Familie therapeutisch behandeln zu lassen, am Widerstand des Vaters gescheitert war. Einige Tage, nachdem ihre Tochter mit uns zu arbeiten begonnen hatte, teilte sie mir telefonisch mit, daß sie selbst jetzt eine Klinik aufsuchen werde und zwar das Sanatorium, aus dem ihre Tochter eben entlassen worden war. Sie könne nicht mehr essen, seitdem sie mit mir gesprochen habe. Dieses Beispiel zeigt die große Furcht der Mutter vor einer Gesundung der Tochter. Sie hatte die Therapie der Tochter ständig verhindert und reagierte mit eigener Krankheit, als die Tochter einen ernsthaften therapeutischen Kontakt gefunden hatte und daran festhielt. Die Behandlung des Mädchens scheiterte später jedoch, da der Vater plötzlich seine bereits gegebene Zustimmung zurückzog.

Ich möchte mich nun dem zweiten sozialpsychiatrischen Verfahren, der analytischen Gruppentherapie, zuwenden. Die Gruppentherapie arbeitet nicht mit der ursprünglich krankmachenden Gruppe. Sie versammelt Menschen verschiedener Herkunft, die unter Leidensdruck stehen und mit dem Ziel zusammenkommen, wieder gesund zu werden.

Um therapeutisch wirksam werden zu können, müssen diese Gruppen ein differenziertes Bezugsgewebe entwickeln, in das hinein der Patient seine unbewußten Konflikte übertragen kann. Die therapeutische Gruppe wird zum Modell der Lebenssituation, welche den Konflikt im Patienten hervorgerufen hat, sie ist aber frei von den die Krankheit befestigenden Momenten der Originalsituation.

In der therapeutischen Gruppe wird gewöhnlich die Primärgruppe der Kindheitssituation wiedererlebt. Der Therapeut ist z. B. der Vater, die gesamte Gruppe wird als Mutter erfahren, die Mitpatienten repräsentieren die Geschwister. Die Patienten fühlen sich zurückversetzt in ihre Kindheitsfamilie, sie erleben sich als Kinder, erfahren ihre infantilen Ängste und Abhängigkeitsbedürfnisse. Die Erfahrung in der Gruppe ist jedoch nicht beschränkt auf diese eine Ebene. Jedes Gruppenmitglied hat für seine Mitpatienten therapeutische Funktion, wird selbst zum Therapeuten. Gemeinsam mit dem Gruppentherapeuten bemühen sie sich darum, die unter der Herrschaft des Wiederholungszwangs ausgelebten Konflikte ihrer Mitpatienten zu verstehen und deren Dynamik zu erhellen. Indem sie zum Hilfs-Ich — auxiliary ego — für die anderen werden, entwickeln sie ihre eigenen Ich-Fähigkeiten, und die Gruppe wird damit zum Medium ihrer nachholenden Ich-Entwicklung.

Eine erweiterte Form der analytischen Gruppentherapie ist die analytische Milieutherapie. Hier wird die ganze Klinik zum therapeutischen Instrument. Die Therapie stützt sich hier nicht allein auf die verbale Selbstdarstellung der Patienten in der Gruppe, sondern die Gesamtheit der Beobachtungen des therapeutischen Teams und der Mitpatienten, die in der gemeinsamen Arbeit und in der freien Zeit gewonnen werden, wird in die Therapie miteinbezogen. Diese Form der Therapie ist in all den Fällen indiziert, wo Patienten eine so unentwickelte Ich-Struktur haben, daß sie nicht in der Lage sind, ihr Verhalten zu reflektieren, sondern ihre Konflikte traumhaft in ihre Umwelt ausagieren.

An die Stelle einer stets verunsichernden Kommunikation, wie der Patient sie z. B. in der double-bind-Situation erfahren hat, in der die Mutter ihn gleich-

zeitig an sich zog und wieder fortstieß, tritt in der analytischen Milieutherapie eine Kommunikation, die sich an die gesunden Kräfte des Patienten wendet und sich an der gemeinsamen Arbeitsaufgabe orientiert. Im Zuge der Therapie wird so ein Kommunikationssystem aufgebaut, an dem der Patient sich ohne Angst beteiligen kann. Auf diese Weise wird allmählich eine Basis hergestellt, welche die analytische Erhellung des pathogenen Konflikts im Rahmen einer verbalen Psychotherapie erlaubt.

Bei unserer Arbeit mit den Patienten kommt es nicht so sehr darauf an, Kliniken in unterprivilegierte Stadtteile zu verlegen, sie hell und schön zu gestalten und den Patienten viele Möglichkeiten zu Spiel und Sport einzuräumen. Der Kranke braucht zwar Ruhe und Erholung, wichtiger aber ist es für ihn, im therapeutischen Kontakt die Gründe für sein Verhalten erkennen zu können und bei der Veränderung dieses Verhaltens hilfreich unterstützt zu werden.

Seine Krankheit hat nicht nur soziale, sondern auch psychologische und physiologische Ursachen, deren Zusammenwirken noch weitgehend ungeklärt ist. Das trifft besonders für die schizophrene, die depressive und die manische Reaktion zu. Der multidimensionalen Krankheitssituation sollten wir mit einem multidimensionalen therapeutischen Programm zu entsprechen versuchen. Die Therapie muß dabei sich nach den Bedürfnissen des Patienten richten und nicht umgekehrt der Patient sich nach den Bedürfnissen eines therapeutischen Programms. Therapie bedeutet für mich eine gleitende Skala therapeutischer Maßnahmen, an deren einem Ende die analytische Milieutherapie steht und am anderen Ende die klassische analytische Standardsituation. Die analytische Gruppentherapie ist für mich nicht die allein mögliche Behandlungsart und das allein wirksame Mittel, sondern entscheidend ist eine richtige Kombination der verschiedenen Verfahren.

Zusammenfassend ist zu sagen:

Die Sozialpsychiatrie basiert auf einer grundlegenden Veränderung unserer Vorstellung von psychischer Krankheit und ihrer Therapie. Während die traditionelle Psychiatrie ihre Krankheitsvorstellung aus der Beobachtung der individuellen Symptomatik gewann und glaubte, eher die Krankheit als den Patienten behandeln zu sollen, richtet das Interesse der Sozialpsychiatrie sich auf die pathogene Dynamik interpersonaler Prozesse. In den Störungen dieser Interaktionen, etwa in der schizophrenogenen Familie, entdeckt sie die Ursache für die individuell sich manifestierende Krankheit.

Ein Mißverständnis liegt also vor, wenn Sozialpsychiatrie als eine bloße Erweiterung und Differenzierung des Arbeitsfeldes der traditionellen Psychiatrie verstanden wird, so wichtig und unentbehrlich auch die Bemühungen um eine Verbesserung der Lebensbedingungen der Patienten, um eine Humanisierung ihrer Behandlung und um die Einrichtung spezialisierter Therapiestätten und Beratungsstellen sind. Die Aufgabe der Sozialpsychiatrie liegt meines Erachtens vor allem darin, Therapieformen zu entwickeln, welche es erlauben, die Pathologie der sozialen Kommunikation sichtbar und der Behandlung zugänglich zu machen.

Die analytische Gruppentherapie hat mit der therapeutischen Gruppe eine Forschungs- und Behandlungssituation entwickelt, welche die pathogene Grup-

pendynamik im Hier und Jetzt der therapeutischen Situation erfahrbar macht und deren Bearbeitung ermöglicht. Die Pathologie der interpersonellen Kommunikation wird dabei nicht als ein akzidentelles Phänomen verstanden, das in die Therapie auch miteinbezogen werden sollte, sondern wird als die entscheidende Konfliktebene selbst erkannt. Die analytische Gruppentherapie thematisiert direkt den Arbeitsbereich der Sozialpsychiatrie. Sie sollte daher auch als entscheidendes sozialpsychiatrisches Verfahren Anerkennung finden.

## Literatur

Ammon, G. (1969): Psychoanalytische Gruppentherapie. Indikation und Prozess (Berlin: Pinel Publikationen).

— (1970): Von der psychoanalytischen Standardmethode zur analytischen Gruppenpsychotherapie (Dyn. Psych. 3. Jg., 3. Heft 1970).

Ammon, G., Bass, G., Hameister, H.-J., El-Safti, M. S.: Auf dem Wege zu einer dynamischen Sozialpsychiatrie (Dyn. Psych. 3. Jg., 3. Heft 1970).

Bateson, Jackson, Haley, Weakland (1956): Towards a Theory of Schizophrenia. — Behavioral Science vol. I, S. 246—251 (deutsch: Bateson, Jackson et al.: Schizophrenie und Familie. Frankfurt a. M.: Suhrkamp-Verlag, 1969).

Erikson, E. H. (1950): Childhood and Society (New York: W. W. Norton & Comp., deutsch: Kindheit und Gesellschaft, Stuttgart: Ernst Klett-Verlag 1965).

Mills, Th. M. (1969): Soziologie der Gruppe (München: Juventa-Verlag).

Searles (1959): The Effort to Drive the Other Person Crazy . . . Brit. Journal of Medical Psychology, vol. 32 (deutsch: Bateson, Jackson et al. [op. cit.]).

Wynne, Day, Ryckoff (1959): Maintenance of Stereotype Roles in the Family of Schizophrenics. Archives of General Psychiatry, vol. 1 (deutsch: Bateson, Jackson et al. [op. cit.]).

## The Place of Analytic Group Psychotherapy in Social Psychiatry

Günter Ammon

Social psychiatry is based upon a radical change of our concept of mental illness and its therapy. While traditional psychiatry acquired its concept of mental illness through the observation of individual symptoms and treated more the illness than the patient himself, social psychiatry is rather concerned with the pathogenic dynamics of interpersonal processes. It seeks the causes of the individual illness in the disturbance of the interpersonal actions. Psychoanalytic research on children and their development in the family as well as researches on the families of schizophrenic reacting patients drew the attention to these new aspects. Social psychiatry considers groups in their destructive as well as in their constructive aspects. Group life can be a factor of illness as well as a curative factor.

Two methods are applied, work in the same milieu that gave rise to the illness and the analytic therapy in a group. One difficulty of the first method is the control of the therapeutic process: the author suggests that to surmount it a team work of physicians, social workers, and psychologists is needed. Another difficulty is the variety in the motivation of the different group members, where the behaviour of one member can influence positively or negatively the healing process of other members. As to the second method, the analytic group therapy, the author indicates that the therapy group offers a new system of reference for patients. Groups are constituted out of patients different as to their origin and sex. The family and child situation

will be reexperienced with all the past anxieties, needs and conflicts. The group dynamics and interaction of the group members will mediate the insight into these conflicts and aid the development of the patient's ego.

A widened form of this therapeutic method is the milieu therapy,where the behavioral forms are more significant than the verbalizing which plays a greater role in the analytic group therapy. It leads to the reestablishing of communication processes which are deteriorated in patients with weak egos. In the milieu therapy it is more important to give the patients the chance to self-realization through organization of work and leisure time than to offer them a merely comfortable hospital.

The author finally notes that one form of therapy in many cases cannot be applied exclusively of others and suggests that a correct combination of therapy methods can be indicated according to the particularity of illness.

**Lehr- und Forschungsinstitut für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik (LFI)**

**Ausbildungsinstitut für Psychoanalyse**
**der**
**Deutschen Akademie für Psychoanalyse e. V. (DAP)**
**und der**
**Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft e. V. (DGG)**

## Ausbildungsprospekt

**Studienordnung**

**Ausbildungsprogramm**

**Sonderveranstaltungen**

**erhältlich durch: Sekretariat der Deutschen Akademie für Psychoanalyse, 1 Berlin 15, Wielandstr. 27/28, Tel.: 8 83 06 24 / 8 83 07 24**
**Unkostenbeitrag DM 1,50 (in Briefmarken einzusenden)**

# Ereignisse der Kommunikation und Aggression in psychoanalytischen Gruppen**

## Der Gruppenprozeß vom Standpunkt der interpersonellen Kommunikationstheorie

György Hidas* und Béla Buda*

Obwohl über die psychoanalytische therapeutische Gruppe eine ausgedehnte Fachliteratur existiert, in welcher eine Vielzahl von Beobachtungen und Untersuchungsergebnissen zusammengefaßt worden ist, und obwohl die alltägliche gruppenpsychotherapeutische Erfahrung die vorkommenden Ereignisse und Erscheinungen für den Psychotherapeuten nach einiger Zeit bekannt und deutbar macht, ist es dennoch interessant und spannend, den Gruppenprozeß selbst zu untersuchen, an welchem man unmittelbar als Leiter oder Beobachter teilnehmen kann.

Dieses Interesse und diese Gespanntheit haben wir auch im Laufe der Untersuchung der eigenen Gruppe erlebt. Wir haben regelmäßigen Kontakt mit zwei verschiedenen Gruppen. Die eine ist eine psychotherapeutische Gruppe aus im Krankenhaus behandelten neurotischen Patienten, während die andere eine Selbsterfahrungsgruppe ist, deren Mitglieder Psychiater und Psychologen sind, die über die Interaktion der therapeutischen Gruppe und das eigene Verhalten in der Gruppe Erfahrungen zu sammeln wünschen. Diese Gruppen werden als psychoanalytische therapeutische Gruppen angesehen, da wir in ihnen die Bedingungen der freien Interaktion zu verwirklichen versuchen und die Ereignisse in der Gruppe aufgrund der Betrachtungsweise und des theoretischen Systems der Psychoanalyse auffassen und behandeln.

Seit wir mit der Untersuchung dieser Gruppen angefangen haben, sind wir uns bewußt, daß wir nicht *den* analytisch-psychotherapeutischen Gruppenprozeß per se, sondern die Prozesse der *eigenen* spezifischen Gruppen untersuchen, die infolge des speziellen soziokulturellen Milieus und unserer Gruppenleitungstechnik — so regelmäßig und konventionell diese uns auch erscheinen mag — ihre eigentümlichen Besonderheiten haben können. Obwohl wir unsere Gruppenuntersuchungen bereits seit fünf Jahren in mehreren Gruppen fortführen, können wir diesen Gedanken nicht außer acht lassen, und deshalb muß einleitend betont werden, daß die Verallgemeinerung des Titels dieses Vortrages mit dieser Einschränkung zu verstehen ist. Eine dieser Besonderheiten muß in dem Umstand gesehen werden, daß in Ungarn weder die Patienten noch die Fachleute für die Gruppenpsychotherapie genügend vorbereitet sind. Es ist nur wenig darüber bekannt, und die Patienten haben keine Motivation zur Teilnahme an der Gruppenpsychotherapie. Es ist uns kaum eine therapeutische Gruppe in Ungarn bekannt, deren Mitglieder nicht durch irgendeine institutionelle Pression zur Teilnahme an einer Gruppenpsychotherapie veranlaßt worden wären. Selbst die Fachleute haben verhältnismäßig

* Psychoanalytiker, Psychiater (Budapest).

** Vortrag gehalten auf dem II. Internationalen Symposion über Analytische Gruppentherapie der DAP u. DGG, Paestum 1970.

wenige Vorkenntnisse über psychotherapeutische Gruppen mit freier Interaktion, sie wissen nicht, wie sie sich verhalten sollen, und ihre Erwartungen bezüglich der Gruppe sind oft unrealistisch. Aus alldem folgt eine besondere Starrheit und Intensität des Widerstandes, sowohl bei den Patientengruppen, als auch bei den Selbsterfahrungsgruppen. Vielleicht liegt hier die Erklärung dafür, daß bei unseren Beobachtungen die der Kategorie des Widerstandes zuteilbaren Manifestationen einen größeren Nachdruck erhalten, als bei den in Westeuropa und Amerika gemachten Beobachtungen. Es stellt sich die Frage, ob analytische Gruppenpsychotherapie unter solchen gesellschaftlichen Bedingungen überhaupt verwirklicht werden kann. Diese Frage muß mit einem entschiedenen „Ja" beantwortet werden. Wenn sich der Leiter der Gruppe an die Grundsätze und die Methoden der analytischen Gruppenpsychotherapie hält, kann sich auch trotz des größeren Widerstandes ein lebendiger therapeutischer Gruppenprozeß entwickeln, und dieser Prozeß leistet die erforderliche Sozialisation.

Als Material für unsere Untersuchungen dienten uns Tonbandaufnahmen von den Gruppensitzungen. Wir dachten über ihren Inhalt nach und versuchten, sie zu analysieren. Dann suchten wir nach charakteristischen, augenfälligen Ereignissen im Gruppenprozeß, welche leicht zu beobachten und aufzuzeichnen sind. Die auf dem Tonband festgehaltene verbale Interaktion versuchten wir mit einer der Inhaltsanalyse ähnlichen Methode aufzuarbeiten. Von den Ereignissen in der Gruppe beobachteten wir hauptsächlich das Auftreten der Symptome, die symptomatische Kommunikation (bei den Patientengruppen) und die verschiedenen Zeichen der Spannung bei einem Gruppenmitglied, wie z. B. die vegetativen Manifestationen, die charakteristische Körperhaltung, die Fehlleistungen und die auf eine Angst oder eine Spannung hinweisende Eigenheit in der Sprechweise (bei den Selbsterfahrungsgruppen), wie sie aufgrund einer von uns vereinfachten Variante der sogenannten Mahlschen Skala erfaßt werden können (Mahl, 1959). Wir betrachten als Symptome die zu beobachtenden Konversionen, das Weinen, die verschiedenen Formen des Zitterns und als symptomatische Kommunikation, die auf Schmerz, Unwohlsein oder Beleidigung deutlich verweisende Mimik, ausdrucksvolle Körperhaltung, oder entsprechende verbale Kommunikation. Als symptomatische Kommunikation wurden auch jene Mitteilungen aufgefaßt, in welchen die Gruppenmitglieder über ihre Krankheit in einem Kontext sprachen, mit welchem sie sich auf irgendeine Weise zu rechtfertigen versuchten oder auf Schonung, Hilfe oder Liebe Anspruch erhoben. Als Symptom wurde auch die im Verhältnis zur Interaktion dysproportionale, dissonante, inadequate aggressive Kommunikation betrachtet. (Zu einer körperlichen Aggression ist es in unseren Gruppen nicht gekommen.) Als vegetative Zeichen wurden das Erröten, die expressiven Formen des Stöhnens, das Schwitzen, die Manifestationen der Erregtheit, sowie die eine Angst ausdrückende starre Hand- und Körperhaltung betrachtet. Diese Zeichen wurden nur dann gewertet, wenn sie eindeutig zu beobachten waren. Von den Elementen der Mahlschen Skala wurden die Nichtvollendung eines Satzes, die Stockungen beim Sprechen, das unbegründete Wiederholen von Wörtern und Silben, die eine Störung anzeigenden Modulationen des Tonfalls und eine unrichtige Wortfolge oder Wortwahl notiert. Als Fehlleistung betrachteten wir das Versprechen, das Mißver-

ständnis des verbalen Stoffes oder des Kontextes, insofern dies sich aus den Mitteilungen oder aus dem Benehmen eines Gruppenmitgliedes ergab, und das Vergessen solcher Dinge, welche das betreffende Gruppenmitglied bestimmt wußte und als ein unangenehmes Vergessen erlebte.

Diese nichtverbalen Manifestationen bzw. Ereigniskategorien wurden auf folgende Weise beobachtet. Der ältere Verfasser leitete die Gruppen und ließ sich durch die Beobachtung nicht stören. Der jüngere Verfasser nahm als ein passiver, an der Interaktion nicht beteiligter Beobachter an den Gruppensitzungen teil. Bei den Gruppensitzungen wurden Tonbandaufnahmen gemacht. Wir ließen eine Vorrichtung bauen, welche beim Drücken eines Knopfes einen Pfeifton auf das Tonband aufnehmen ließ. (Dieser Ton wurde solange aufgenommen, wie der Knopf gedrückt wurde.) Der Druckknopf wurde vom Beobachter betätigt. Die festzuhaltenden Ereigniskategorien wurden mit je einer Tonzeichenkombination bezeichnet. Beim Erscheinen einer Kategorie wurde die entsprechende Zeichenkombination auf das Tonband aufgenommen, damit das Ereignis bei der nachträglichen Untersuchung mit der verbalen Interaktion synchronisiert werden konnte. Der Beobachter führte außerdem ein Protokoll nach bestimmten Gesichtspunkten. Im Laufe der Beobachtung hatten wir bezüglich der Ereignisse nur allgemeine Hypothesen, und der sich später entfaltenden Zusammenhänge waren wir uns nicht bewußt. Wir machten die Erfahrung, welche auch aus der Fachliteratur bekannt ist, daß nämlich die Gegenwart und die Tätigkeit der Beobachtungsperson sowie die Beobachtungsapparatur (Tonbandgerät, Tonsignalgenerator, Leitungen, usw.) den Gruppenprozeß und die Interaktion kaum beeinträchtigen. Am Anfang der Beobachtungsserie befaßten sich die Gruppenmitglieder eine Zeitlang mit der Beobachtung, sie sprachen darüber, setzten sich aber später darüber hinweg. Im Laufe der späteren Sitzungen waren nur selten diesbezügliche Hinweise zu verzeichnen. Es ist zu bemerken, daß der Beobachter den kleinen Druckknopf des Tonzeichengenerators leicht so bedienen konnte, daß die Gruppenmitglieder nicht erraten konnten, bei welchen Manifestationen der Knopf gedrückt wurde, so daß die störende Wirkung sowohl des positiven als auch des negativen Skinner-Effekts ausgeschlossen werden konnte.

Bei den langwierigen, wiederholten Beobachtungsreihen stellten wir die folgenden Regelmäßigkeiten fest, welche auch bei mehreren aufeinander folgenden Gruppen den gleichen Charakter aufwiesen.

1. Bei den Patientengruppen konnten im Laufe der ersten Gruppensitzungen oft Symptome und symptomatische Kommunikationen beobachtet werden. Sowohl die Symptome als auch die symptomatischen Kommunikationen beeinflußten die Interaktion in bedeutendem Maße: die übrigen Gruppenmitglieder fingen an, sich mit dem betreffenden Mitglied zu befassen. Es wurde von ihnen befragt, und infolge des Symptoms kam es zu einer Unterbrechung der Interaktion. Die Symptome und die symptomatischen Kommunikationen hatten also im Gruppenprozeß offensichtlich den Charakter des Widerstandes. Ihre Häufigkeit war den Verbalisationsschwierigkeiten der Gruppe proportional. In den Perioden des Schweigens und der gezwungenen, stockenden verbalen Interaktion war ihre Zahl höher. Als die verbale Interaktion flüssiger wurde, nahm die Zahl der Symptomäußerungen und der symptomatischen

Kommunikationen ab. Als es zu relevanten, persönlichen, von Emotionen erfüllten Mitteilungen kam, wurden sie ganz selten.

2. Im Laufe der nachträglichen Analyse konnten im Material der verbalen Interaktionen sowohl bei den Patientengruppen, als auch bei den Selbsterlebnisgruppen, voneinander deutlich trennbare Themenniveaus beobachtet werden. Die vorkommenden Themenniveaus konnte man in eine kontinuierliche Reihe ordnen. Der eine Endpunkt der Reihe war die ganz oberflächliche, gesellschaftliche Konversation, und der andere Endpunkt die mit Emotionen erfüllte, spontane, persönliche Mitteilung oder die aufrichtige, hilfsbereite, ein Gefühl oder ein Interesse ausdrückende Hinwendung zur anderen Person. Zwischen den beiden Endpunkten können sieben bis zehn Themenniveaus untergebracht werden, in welchen, von der Konversation ausgehend und gegen den anderen Endpunkt fortschreitend, immer mehr relevante Verbalisation zu finden war. Gleichzeitig nahm die als ein Widerstand gegen den Gruppenprozeß deutbare Neigung der mitteilenden Personen dazu ab, sich die Zeit mit konventionellen oberflächlichen Themen zu vertreiben. Zwischen den Themenniveaus schwankte die verbale Interaktion sowohl zwischen den Sitzungen als auch innerhalb der einzelnen Sitzung. Im allgemeinen konnte beobachtet werden, daß sich die verbale Interaktion im Laufe des Fortschrittes des Gruppenprozesses, obwohl nicht ohne Schwankungen, immer mehr den tieferen Themenniveaus näherte. Die Entwicklung der Themenniveaus erwies sich als interessant. Im allgemeinen wurde das neue Themenniveau von einem der Gruppenmitglieder angeregt. Dann wurde es von den übrigen Mitgliedern der Gruppe ohne weiteres aufgegriffen oder es kam zu einer Interaktion, in deren Verlauf die Gruppenmitglieder das Themenniveau abzuwehren oder abzuändern versuchten. In vielen Fällen wurde ein neues Themenniveau angeregt. Es war zu beobachten, daß diese Erscheinung nicht das Ergebnis eines bewußten Strebens der Gruppenmitglieder war, sondern sich in der Interaktion unter der Einwirkung spontaner, emotionsbedingter Faktoren entwickelte. Je weiter der Gruppenprozeß fortschritt, um so leichter und einheitlicher stellte sich das Themenniveau ein: um so öfter wurde darin die Thematik der vorangegangenen Sitzungen fortgesetzt. Es konnte beobachtet werden, daß sich die Bildung oder die Isolierung bzw. der Widerstreit einzelner Subgruppen fast immer auch im Wechsel der Themenniveaus widerspiegelte: die Subgruppen leisteten den jeweiligen Themenniveaus gegenseitig Widerstand, sie trachteten, sie abzuwehren oder abzuändern. Der gleiche Widerstand und die gleiche Abwehr konnte auch bei einzelnen, von der Gruppe isolierten Personen beobachtet werden.

3. Es konnte insbesondere bei den Ausbildungsgruppen beobachtet werden, aber es war auch in den fortschreitenden Prozessen der Patientengruppen zu verzeichnen, daß sich auch im inneren Spannungszustand der Gruppenmitglieder Schwankungen zeigten, wenn dieser Spannungszustand mit der Häufigkeit der vegetativen Manifestationen, der Fehlleistungen und der Mahlschen Merkmale gemessen wurde. Diese Manifestationen und Zeichen wurden von uns „Störungszeichen" genannt. Diese verdichteten sich hauptsächlich zum Zeitpunkt eines Wechsels oder im Zuge der Entwicklungsdynamik der Themenniveaus oder häuften sich bei solchen Personen an, die unfreiwillig in den Mittelpunkt der Gruppeninteraktion gerieten. Die Verdichtung der Störungs-

zeichen konnte mit den Themenniveaus nicht deutlich in Verbindung gebracht werden, es konnte lediglich festgestellt werden, daß es beim Übergang von einem oberflächlichen zu einem tieferen Themenniveau zu einer Anhäufung dieser Zeichen kommt. Durch Summierung der Störungszeichen sämtlicher Gruppenmitglieder erhielten wir eine Zahl, welche als Kennwert der in der Gruppe herrschenden Spannung betrachtet wurde. Es konnte tatsächlich beobachtet werden, daß diese Zahl hoch war in Sitzungen, die durch dynamische, interpersonelle Konfrontationen erfüllt waren oder im Zeichen starken Widerstandes standen.

Wir versuchten, die Beobachtungen miteinander in Beziehung zu setzen und in irgendeinem integrativen Modell zu deuten. Dazu wurden zwei weitere Theorien herangezogen.

Die eine war die allgemeine Systemtheorie (general systems theory) in der Form, in welcher sie von Bertalanffy (1956), Ashby (1960), Boulding (1956b), Rapaport (1959), K. Menninger (1957 c) und anderen beschrieben wurde. Es waren hauptsächlich die Gedankenmodelle dieser Theorie, welche für uns, als Analogien, bestimmend waren. Es erschien uns, daß die analytische psychotherapeutische Gruppe als ein System aufgefaßt werden kann, und zwar als ein sich organisierendes offenes System, welches eine eigentümliche innere Dynamik besitzt, die stets auf die Aufrechterhaltung zeitweiliger Gleichgewichtszustände abzielt. Auf diese Weise kann der Gruppenprozeß als ein nicht nur von der Persönlichkeit der Gruppenmitglieder, sondern auch von der Gruppe als einem Ganzen abhängiger erklärt werden, der sich sowohl hinsichtlich der Themenniveaus als auch im Hinblick auf die Kommunikationsarten gegen einen Widerstand allmählich vertieft, dann einen Gleichgewichtszustand erreicht, sich weiterentwickelt und zeitweilig auf einem anderen Niveau stabilisiert. Bei den Systemen wird die Stabilität durch Regelung und Steuerung gesichert. Im System der Gruppe wird eine solche regelnde und steuernde Tätigkeit von jedem einzelnen Gruppenmitglied entfaltet, indem es durch sein Verhalten und seine Mitteilungen in der Gruppe das Thema und den Kommunikationsstil der verbalen Interaktion auf einem für ihn psychologisch annehmbaren, ökonomischen Niveau zu halten trachtet. Die regulierenden Aktionen der einzelnen Gruppenmitglieder können auch als Widerstand aufgefaßt werden, da es die unbewußte Absicht des Gruppenmitgliedes ist, die unangenehmen, seine Angst und Spannung steigernden Gruppenereignisse und Mitteilungen, sowie die auf seine Mitteilungen abzielenden Erwartungen abzuwehren. Das Gruppenthema oder die Kommunikationsart, welche sich tatsächlich in der Gruppe realisieren, sind Resultate der Regelungsversuche und -aktionen aller Gruppenmitglieder einschließlich des Gruppenleiters. Die Resultanten der Aktionen erhalten verständlicherweise eine bestimmte Stabilität. Der Gruppenleiter kann sich, wie dies im allgemeinen auch zu erfahren ist, ihr nicht frontal entgegensetzen, er ist auch nicht imstande, die gemeinsame Widerstandsform der Gruppenmitglieder mit seinen therapeutischen Regelungsversuchen und seiner therapeutischen Technik zu durchbrechen. Er muß sich vielmehr diesem Widerstand anpassen, und je nach der Starrheit und der Stärke des Widerstandes langsam und allmählich auf die Erreichung neuer, tieferer Gleichgewichtszustände dringen.

Es gibt in den Gruppen sehr stabile Gleichgewichtszustände, deren Umbildung und Auflösung den Gruppenleiter vor eine schwere Aufgabe stellen. Ein solcher Fall ist z. B. das Symptomverhalten und die symptomatische Kommunikation der neurotischen Patienten, hinter welchen ein das Verhalten sehr stark organisierender Einfluß der Krankenrolle steht. Das Symptom stellt eine sehr starke Abwehrmöglichkeit dar. Sowohl die Qualität der Symptome als auch die sich auf diese beziehende Klage-Kommunikation hält die Gruppeninteraktion an der Oberfläche und bildet einen Gleichgewichtszustand, welcher schwer zu zerstören ist. Sobald das ganz grobe Symptomverhalten oder die symptomatische Kommunikation in persönliche, unvermittelte Verbalisation umgewandelt werden können, in welcher bereits das hinter den Symptomen stehende individuelle Erlebnis und die emotionelle Dynamik enthalten sind, ist dieser Gleichgewichtszustand zerstört und das Hindernis für das Voranschreiten des Gruppenprozesses aus dem Wege geräumt. Es kann in der Gruppe im Verhältnis zwischen Verbalisation und Symptom gut beobachtet werden, was Freud (1914 b) in seiner Arbeit „Erinnern, Wiederholen, Durcharbeiten" beschrieben hat: „Je größer der Widerstand ist, desto ausgiebiger wird das Erinnern durch das Agieren (Wiederholen) ersetzt sein. ... der Analysierte wiederholt anstatt zu erinnern, er wiederholt unter den Bedingungen des Widerstandes, ... er wiederholt alles, was sich aus den Quellen seines Verdrängten bereits in seinem offenkundigen Wesen durchgesetzt hat, seine Hemmungen und unbrauchbaren Einstellungen, seine pathologischen Charakterzüge."

In den Ausbildungsgruppen ist für die große Beständigkeit des Gleichgewichtszustandes die professionelle Identität, das Ich-Ideal-artige Ich-Bild verantwortlich. Die psychologischen und psychoanalytischen Kenntnisse stellen sich in den Dienst des Widerstandes. Aufgrund dieser Kenntnisse halten die Mitglieder in den Ausbildungsgruppen jene Probleme, welche mit ihrer professionellen Identität unvereinbar oder weniger integriert sind, wirksam zurück. Die Mitglieder der Ausbildungsgruppen können im allgemeinen sehr stark an einem solchen Themenniveau festhalten, in welchem sie Dinge mit Fachausdrükken oder alltäglichen Worten, jedoch unter dem Gesichtspunkt professioneller Konzeptionen erörtern, wobei aber diese Dinge ihren wahren Problemen in der emotionalen Schicht ihrer Persönlichkeit fernliegen.

Der Gruppenprozeß vertieft schließlich diese Themenniveaus, er löst die oberflächlichen Themenniveaus, welche als Widerstandsschichten angesehen werden können, auf. Die tieferen Gleichgewichtslagen der Gruppe verursachen bereits eine Änderung im Verhalten der Mitglieder, die sich immer mehr regressives Material in die Gruppeninteraktion aufzunehmen getrauen, es verarbeiten und in den Wirkungskreis des Ichs einbeziehen. Durch diese Änderung im Verhalten entfaltet die Gruppe ihre therapeutische Wirkung. Diese Änderung wird in den Mitgliedern durch komplizierte interpersonale Rückkoppelungsreihen bewirkt, die sowohl positiven als auch negativen Charakter haben (Konfrontationen, Interpretationen, aus der Gruppe als reference group introjizierte Elemente, Identifizierung untereinander und mit dem Gruppenleiter, usw.). Die allgemeine Systemtheorie ist heute noch nicht soweit entwickelt, daß sie ein der Gruppe wirklich entsprechendes heuristisches Modell liefern könnte. Die einzel-

nen feedback-Prozesse können deshalb nur erahnt und nicht genau identifiziert werden.

Dennoch ist die Relevanz der Systemtheorie für die heutige Psychoanalyse offensichtlich. Man denke z. B. an die kybernetischen Modelle der psychoanalytischen Theorie der Persönlichkeit, die Untersuchung der psychoanalytischen Situation und der Psychotherapie als eines Zweipersonensystems (two-persons system) oder die Betrachtung der Familie als System, wie sie in den Grundsätzen der Familientherapie zum Ausdruck kommt.

Die andere Theorie, welche wir zu Hilfe nahmen, war die Theorie der interpersonellen unvermittelten Kommunikation, wie sie in den Arbeiten von Bateson (1951), Jackson, Haley (1963), Ruesch (1961), Watzlawick (1967) und anderen entwickelt wird. Die Kommunikationstheorie stützt sich in vielen Punkten auf die Konzeptionen der Systemtheorie. Der Grundsatz der Kommunikationstheorie besagt, daß eine jede Verhaltensmanifestation eine Kommunikation darstellt. Der Mensch steht, ohne es zu wissen oder zu wollen, in ständiger Kommunikation mit anderen Menschen. In den zwischen den Menschen bestehenden Beziehungen haben neben der rationalen, sprachlichen Kommunikation auch die nicht-verbale Kommunikation und die formalen Eigentümlichkeiten der verbalen Kommunikation (Intonation, Betonung, Wortfolge, Ausdrucksweise, usw.) eine große Bedeutung. Die Kommunikation fließt stets über mindestens zwei Kanäle: die bewußte, beabsichtigte Kommunikation wird immer von einer unbewußten, nicht beabsichtigten Kommunikation begleitet, welche die beabsichtigte auf einem höheren Allgemeinheitsniveau qualifiziert. Diese Kommunikation mit höherem Allgemeinheitsniveau, die sog. Metakommunikation, bringt die Stellungnahme, das Verhältnis der unbewußten Schichten der Persönlichkeit zum anderen Menschen zum Ausdruck. Die Elemente der Metakommunikation setzen sich hauptsächlich aus der nichtverbalen Kommunikation, aus der Mimik, den Gesten, den posturalen Eigentümlichkeiten, der Intonation, usw. zusammen.

Nach der Kommunikationstheorie ist das grundlegende und konstante Bestreben der Persönlichkeit die Beeinflussung und die Kontrolle der interpersonellen Umgebung und der interpersonellen Beziehungen. Die Kontrolle ist im kybernetischen, systemtheoretischen Sinne zu verstehen und bedeutet nicht zwangsläufig einen Machtanspruch. (Obwohl sie auch einen solchen Anspruch bedeuten kann.) Sie bedeutet vielmehr, daß die Persönlichkeit der interpersonellen Umgebung vorschreibt, wie sie sich ihr gegenüber verhalten soll, damit das Verhalten der Umgebung für sie vorhersagbar und dadurch sicherer wird. Das Verhalten zielt also immer auf Kontrolle über die in der Umgebung befindlichen anderen Menschen. Dieses Bestreben ist natürlich nicht immer erfolgreich, weil es in der Regel auf ähnliche Bestrebungen anderer stößt. Das Mittel des Strebens nach Kontrolle und der Kontrolle selbst ist die Kommunikation, die Metakommunikation und die verbale, direkte Kommunikation, sowie die sich aus den Elementen der Metakommunikation zusammensetzenden komplizierten Kommunikationsformen und -reihen.

Auf der Basis der Kommunikationstheorie können die zeitweiligen Gleichgewichtszustände des Gruppensystems als Resultante, als Kompromiß der Kontrollbestrebungen der einzelnen Gruppenmitglieder angesehen werden. Die

Motivationen des Strebens nach Kontrolle bilden die Motivationen der Regelung der Gruppeninteraktion und die kommunikativen Formen dieser Bestrebung sind die Mittel der Regelung. Auf Grund dieser Theorie konnten die Symptome und die Symptomkommunikationen unserer Patientengruppen als eine spezielle Strategie des Strebens nach Kontrolle aufgefaßt werden. Als wir das symptomatische Verhalten nach den Gesichtspunkten der Kommunikationstheorie betrachteten und darin das Mittel der interpersonellen Kontrolle suchten, konnten wir mit Überraschung feststellen, wie wirksam es sein kann und wie sehr es den ganzen interpersonellen Raum, in unserem Fall die Gruppeninteraktion, zu strukturieren vermag. Auf längere Sicht ist aber diese Art des Strebens nach Kontrolle für die Persönlichkeit kraftraubend und schwerfällig. Obwohl sie im Leben, in der natürlichen menschlichen Umwelt, für lange Zeit einen stabilen Gleichgewichtszustand herbeiführen kann, ist sie in der Gruppe auf lange Sicht unhaltbar.

Zunächst werden die Symptome seltener. Dies ist eine drastische Regelungsweise, der zitternde oder weinende Mensch bringt die verbale Interaktion nach einer Zeit regelmäßig zum Stocken, da sein Symptom eine Kommunikation ist. Er fordert seine Umgebung auf eine sehr wirksame, metakommunikative Art auf, sich mit ihm zu befassen, sich ihm zuzuwenden, ihn zu trösten oder das für ihn lästige Thema fallen zu lassen. Es wurde beobachtet, daß die Patientengruppen zunächst die Spannung eines in der Gruppe herrschenden Schweigens besonders schwer ertragen. Dabei melden sich die Symptome sehr häufig. Im allgemeinen ist das Symptom ein Auflehnen gegen die Gruppensituation, ein Versuch zur Umgestaltung der Situation in die üblichere Arzt-Patient-Situation, in welcher der Arzt den mit dem Symptom laborierenden Menschen automatisch annimmt und ihn von solchen schwierigen und lästigen Aufgaben befreit, wie einer Verbalisation in der Gruppe. Es ist übrigens die Verbalisation, welche die Wirksamkeit des symptomatischen Regelungsmanövers in der Gruppe nach einer Zeit beseitigt, da eine Symptomäußerung die verbale Interaktion zwar unterbricht, bei dem Gruppenleiter und den Mitgliedern der Gruppe jedoch eine Erwartung erweckt, welche auf die Auslegung der Gefühle und Probleme des betreffenden Gruppenmitgliedes gerichtet ist. Das Symptom leistet also im Kraftfeld der Gruppe dem Widerstand, welcher es hervorgerufen hat, keine guten Dienste. Wenn die Symptome in den Hintergrund treten, kann der Patient durch symptomatische Kommunikation noch eine Zeitlang einen wirksamen regelnden Einfluß ausüben, d. h., er kann durch die Bezugnahme auf die Symptome oder die Krankheit unangenehme Themen abwehren, anstatt des Nichtwollens Unfähigkeit anmelden. Später müssen aber an Stelle des Symptomverhaltens die im alltäglichen Leben üblicheren Arten der Beeinflussung und der Bestimmung der interpersonellen Situation in der Gruppe treten, und er kann der Verbalisation nicht aus dem Wege gehen. All dies ist natürlich ein stark vereinfachtes Schema jener Vorgänge, welche dem Begriff des Strebens nach Kontrolle über die Gruppensituation untergeordnet werden können; es bietet jedoch neben den psychoanalytischen Konzeptionen eine gewisse Hilfe bei der Deutung des durch die Ziffer 1 gekennzeichneten Beobachtungsmaterials.

Die Theorie der interpersonellen Kommunikation wird übrigens oft der Psychoanalyse entgegengestellt und zwar hauptsächlich wegen der größeren Be-

tonung der Finalität. Diese Entgegenstellung ist, unserer Meinung nach, nicht richtig, da diese Theorie einen oberflächlicheren, engeren, aber ergänzenden Aspekt neben der psychoanalytischen Theorie vertritt. Die beiden Auffassungen passen sich eigentlich logisch einander an, was auch schon deshalb verständlich ist, weil die Fachleute, die diese Theorie ausarbeiteten, unter der Wirkung der Theorie der Psychoanalyse standen. Es war übrigens gerade Freud, der mit dem Begriff des Krankheitsgewinns diese interpersonelle strukturierende Wirkung zum ersten Mal zum Ausdruck brachte. Das Konzept des sekundären Krankheitsgewinnes beschreibt offensichtlich eine solche strukturierende Wirkung. Der sekundäre Krankheitsgewinn erscheint und bleibt für die Beeinflussung der Umwelt erhalten, und diese erfolgreiche Beeinflussung bedeutet einen Gleichgewichtszustand, welcher jedoch einen verstärkten Widerstand gegen die auf die Beseitigung der Krankheit abgezielten Versuche entfaltet. Eine solche Wirkung liegt aber auch im primären Krankheitsgewinn. Hierher gehört z. B. der äußerliche Anteil des primären Krankheitsgewinns. Zitat: „Das Motiv zum Kranksein ist ja allemal die Absicht eines Gewinnes . . .“ schreibt dazu Freud in 1923. „Ein primärer Krankheitsgewinn ist . . . für jede neurotische Erkrankung anzuerkennen. Das Krankwerden erspart zunächst eine psychische Leistung, ergibt sich als die ökonomisch bequemste Lösung im Falle eines psychischen Konflikts: Flucht in die Krankheit, wenngleich sich in den meisten Fällen später die Unzweckmäßigkeit eines solchen Ausweges unzweideutig erweist“, stellt Freud ferner fest. „Dieser Anteil des primären Krankheitsgewinnes kann als der innere, psychologische bezeichnet werden; er ist sozusagen konstant. Überdies können äußere Momente, wie die als Beispiel angeführte Lage der von ihrem Manne unterdrückten Frau, Motive zum Krankwerden abgeben, und so den äußerlichen Anteil des primären Krankheitsgewinnes herstellen.“ Als ein solches äußerliches Moment kann der Umstand aufgefaßt werden, daß die Krankenrolle in den interpersonellen Beziehungen eine gewisse Kontrollmöglichkeit darstellt. Sie ist dem Kranken in der Bestimmung der Beziehungen behilflich, so daß aus diesen für ihn weniger Frustration entspringt. Dies ist als ein primärer Krankheitsgewinn anzusehen, da es die äußeren Bedingungen des ökonomischen inneren Gleichgewichtes schafft. Es kann angenommen werden, daß das innere Gleichgewicht nicht nur durch die Kräfte des Ichs und dessen Abwehrmechanismen, sondern auch durch interpersonelle Abwehrmechanismen geschützt wird. Zu diesen letzteren gehören die Verhaltensstrategien der Persönlichkeit, welche das Erreichen der interpersonellen Kontrolle bezwecken. Die Kontrolle stellt für die Persönlichkeit jene interpersonelle Gleichgewichtslage dar, in welcher das intrapsychische Gleichgewicht am besten gesichert ist, also das effektive Funktionieren der Abwehrmechanismen nicht gefährdet wird.

Die Krankheit, das Symptom und die symptomatische Kommunikation sind Formen dieses interpersonellen Gleichgewichtes, welche ein pathologisches Sicherheitsbedürfnis, eine auf eine beschränkte Basis eingeengte Gleichgewichtslage, realisieren. Der Gruppenprozeß bezweckt gerade die Beseitigung dieser eigentümlichen Art der Herstellung eines Gleichgewichtes. Das Streben nach Kontrolle hat auch „normale“, übliche und allgemein anerkannte Formen, welche bei den Patientengruppen hauptsächlich in den fortgeschrittenen Gruppenprozessen und bei den Ausbildungsgruppen ständig zu beobachten sind.

Diese kommen besonders in der Regelung der Themenniveaus zum Ausdruck. Jedes Gruppenmitglied trachtet, das Thema in der Gruppeninteraktion mit verbalen Mitteln auf einem ihm entsprechenden Niveau zu halten und zu erreichen, daß sich die übrigen Gruppenmitglieder in der verbalen Interaktion ihm gegenüber auf eine bestimmte Weise verhalten (z. B. sich mit ihm beschäftigen, sich seiner annehmen, ihn in den Mittelpunkt setzen oder gerade im Hintergrund bleiben lassen, nicht fragen, bestimmte Dinge nicht verlangen, usw.). Die Regelung der Themenniveaus erfolgt entweder durch einen zeitweiligen Rückzug aus der Interaktion, oder durch eine kommunikative Zerlegung der Themen oder die Proponierung neuer Themenniveaus. Nach unseren Beobachtungen ist das wirksamste Mittel der Themenauflösung der Humor, der Scherz, weil das Lachen oder die angehende scherzhafte Interaktion die Behandlung des gegebenen Themas unterbinden oder unterbrechen. Die im Punkt 2 zusammengefaßten Beobachtungen können also so gedeutet werden, daß die bei Wechsel der Themenniveaus zu verzeichnende gesteigerte Dynamik der Interaktion die Manifestation der Regelung der Themenniveaus ist: einzelne Gruppenmitglieder proponieren bestimmte Themen, während andere diese Themen aufzulösen versuchen. In den Selbsterfahrungsgruppen ist diese Art der Regelung stärker als in den Patientengruppen, da die professionelle Identität die Mitglieder daran hindert, sich auf eine regressive Art zu benehmen. Daraus entspringt ein Regelungsversuch, welcher auf eine Interaktion hinzielt, die weniger regressive Manifestationen verlangt.

Mit Hilfe der Systemtheorie und der Theorie der interpersonellen Kommunikation können die im Punkt 3 zusammengefaßten Beobachtungen nach dem folgenden Gedankenmodell gedeutet werden. Die Gruppenmitglieder wollen die Themenniveaus der Interaktion regeln. Dies stellt die eine Kraft dar, welche ihr Verhalten in der Gruppe bestimmt. Demgegenüber entfaltet jedoch der Gruppenprozeß eine andere Kraft. Die Gruppenmitglieder haben nämlich eine Motivation zur Teilnahme an der Gruppeninteraktion, und gleichzeitig übt diese Interaktion eine bestimmte Saugwirkung auf die einzelnen Mitglieder aus. Die Regelung der Themenniveaus ist lediglich ein Versuch, der nicht immer erfolgreich ist; die in einem raschen Tempo vor sich gehende Interaktion reißt die Gruppenmitglieder in solche Verhaltensformen und Kommunikationen mit, welche sie nicht beabsichtigt hatten, gegen welche sie sich sogar durch ihr auf die Bestimmung der Situation abgezieltes Verhalten gewehrt hatten. In solchen Fällen erlebt die Persönlichkeit eine Spannung, welche in Störungszeichen, in der Änderung der formellen Merkmale der Sprache, in vegetativen Symptomen oder Fehlleistungen beschrieben wurde. Der Kompromiß zwischen diesen beiden Kräften ist eine Manifestation symptomatischen Charakters. Dies kann die Erklärung dafür sein, daß sich diese Störungszeichen zum Zeitpunkt eines Themenwechsels anhäufen und auch dafür, daß die Zahl der Störungszeichen dann ansteigt, wenn die Gruppe in Subgruppen zerfällt oder wenn einzelne Mitglieder isoliert werden, also wenn sich strukturierte Gegensätze bilden. In diesem Fall verstärkt sich die Dynamik dieser einander entgegengesetzten Kräfte so, daß es viel schwerer zu einem Gleichgewicht kommt.

Nach unserer Beurteilung stimmen die Kommunikationstheorie und die Psychoanalyse auch darin überein, daß in beiden Theorien die für die Persönlichkeit charakteristischen Kontrollbestrebungen, ihre Elastizität, Adaptivität und Frustra-

tionstoleranz, sowie die Mittel des Strebens nach Kontrolle als Produkte der Entwicklung der Persönlichkeit dargestellt werden. Die Kommunikationstheorie, deren Konzeption psychoanalytische Ansatzpunkte enthält, bezieht die frühe Sozialisationsperiode mit den in der Kindheit wirkenden familiären Einflüssen ebenso mit ein, wie intrapsychische Probleme, und bei ihrer Konzipierung sind ebenfalls psychoanalytische Gesichtspunkte zur Geltung zu bringen. Das Ziel und die Art der Kontrollbestrebung stehen zu jeder Zeit in einem organischen Zusammenhang mit intrapsychischen Problemen, welche sie im Gleichgewicht zu halten berufen sind. Auf diese Weise erfassen die finale Betrachtungsweise der Kommunikationstheorie und die genetisch-kausale Denkart der Psychoanalyse im wesentlichen je einen Aspekt derselben Erscheinung.

Aufgrund unserer Beobachtungen entstand auch eine hypothetische Anschauung, nach welcher der Entwicklung der symptomatischen Kommunikation der Umstand vorangeht, daß die Persönlichkeit mit ihren üblichen kommunikativen Methoden kein Gleichgewicht mit ihrer interpersonellen Umgebung schaffen, keine Kontrolle über sie erzielen kann. Demzufolge erscheinen in ihrem Benehmen immer häufiger Störungszeichen, welche von der Umgebung bemerkt, registriert und gewertet werden. Zu den häufigen Störungszeichen adaptiert sich die Persönlichkeit sekundär, sie bildet um diese eine neue Verhaltensstrategie, in welcher diese Störungszeichen bereits einen eigenen Platz haben, sich verstärken und sich in die Kommunikationsarten der Krankenrolle eingliedern.

Wie bereits erwähnt, konnten wir in den Gruppen keine rohe Aggression beobachten. Die verschiedenen Formen der verbalen Aggression gingen nicht über die sozial noch annehmbaren Grenzen hinaus. Wenn man bedenkt, daß z. B. Menninger (1963) die rohe Aggression, die „naked aggression" in der Persönlichkeit als „third order of dysfunction or dyscontrol" bezeichnete, also als eine Manifestation auffaßte, welche schwerer und desintegrierter ist, als die neurotischen Probleme, ist das zu verstehen. Zu einer rohen Aggression kommt es eher bei Gruppen, deren Mitglieder Psychotiker oder Psychopathen sind. Wenn man die heuristische Distinktion von Ammon (1969) bezüglich der konstruktiven, d. h. der im Dienste der Selbstverwirklichung stehenden, auf ein konkretes Objekt gerichteten und die Ichfunktion vertretenden Aggression und der destruktiven Aggression, welche einem Konflikt entspringt, vor Augen hält, dann kann die rohe Aggression als der extreme Fall der destruktiven Aggression aufgefaßt werden. Eine destruktive und konstruktive Aggression leichteren Grades ist in den Gruppen oft zu beobachten. Als eine konstruktive Aggression wird die die Beeinflussung des Verhaltens der Gruppe und eine Kontrolle über die Gruppe bezweckende Aggression betrachtet, welche in der Regel ich-gerecht und absichtlich ist. Die Gruppenmitglieder trachten im allgemeinen, den aggressiven Ton der Kommunikation abzuwehren, und auch die konstruktive Aggression wird meistens spielhaft und scherzhaft gewertet. Die destruktive Aggression manifestiert sich in den Gruppen im allgemeinen als eine regressive Verhaltensform, als Folge der Saugwirkung der Gruppeninteraktion und zwar gegen die Kontrollbestrebungen des betreffenden Gruppenmitgliedes. Deshalb ist unsere Beobachtung, daß sich die Störungszeichen beim Auftreten der destruktiven Aggression anhäufen, verständlich. Manchmal trifft man Kranke, bei denen sich die destruktive Aggression in der Gruppe oft beinahe regelmäßig meldet. In die-

sem Fall hat sich die aggressive Kommunikation in die Krankenrolle eingegliedert, die Persönlichkeit rechtfertigt und entschuldigt sich für ihre zur Situation inadequate Aggression durch ihren Krankheitszustand. Da die destruktive Kommunikation meistens das Ergebnis einer erfolglosen Kontrollbestrebung ist und als Folge der Saugwirkung der Gruppeninteraktion eintritt, müssen wir mit Ammon einverstanden sein, wenn er die destruktive Aggression als eine Störung der Frustrationsregulation deutet, da es doch aus dem bisher Gesagten klar hervorgeht, daß das Streben nach Kontrolle von der Persönlichkeit her betrachtet eigentlich die Regelung der Frustration ist. Die Störung der Frustrationsregulation verursacht einen intrapsychischen Konflikt. Wir sind mit Ammon auch in jener Hinsicht einverstanden, daß die Wahrscheinlichkeit des Vorkommens der destruktiven Aggression mit dem Fortschritt des Gruppenprozesses abnimmt, da die Gruppe für die Mitglieder einen immer weniger unsicheren Raum darstellt, in dem keine besonderen Kontrollmanöver mehr benötigt werden. Der Fortschritt des Gruppenprozesses wird, wie dies auch von Ammon beschrieben wird, von den Gruppenmitgliedern so erlebt, daß sie das Verständnis, das ihnen entgegengebracht wird und das Angenommensein wahrnehmen. Der ungarische Psychoanalytiker Imre Hermann (1943) beschreibt diese Erscheinung in seiner Konzeption der Grundstimmung als einen wichtigen Faktor in der psychoanalytischen Situation. Nach seiner Auffassung ist die Grundstimmung der psychoanalytischen Situation jenes Erlebnis des Kranken, daß er vom Analytiker angenommen und verstanden wird und er diesem sein Vertrauen schenken kann. Imre Hermann trennt die Grundstimmung von der Übertragung.

Die Auffassung von Imre Hermann leistet übrigens eine gewisse Hilfe bei der Deutung der in den Gruppen beobachteten Aggressionserscheinungen. Hermann schreibt über die Aggression folgendes Zitat:

„Es gibt keinen Aggressionstrieb, welcher die Funktion des Todestriebes oder des Todesmotivs wäre, und es gibt keinen Aggressionstrieb im allgemeinen, aber es gibt einen Aggressionstrieb gegen den Rivalen. Die Rivalen sind die Geschwister, bald der Vater bzw. die Mutter. Als Prämie des Triebes muß man einen eigentümlichen Aggressionsgenuß annehmen. Beim Menschen trennt sich der Aggressionstrieb sehr leicht von der ursprünglichen Form und vom ursprünglichen Gegenstand und verbreitet sich weiter. Beim Menschen hat die Aggression eigentümliche Quellen, die dazu beitragen, daß sich je nach Gegenstand und Ziel eine vielseitige Aggressionsfertigkeit entwickelt ... Die Versagung der Anklammerung, das unbedingte Sich-Anklammern-Wollen kann in ein aggressives Benehmen umschlagen. Die Anklammerung ist der gemeinsame Vorgänger der Liebe und der Aggression: ihre Abnahme zum Streicheln und zur Berührung bringt die zärtliche Liebe und ihre Vergröberung bis zum Einlassen der Nägel und zum Kratzen die gewalttätige Aggression. Das Anhaften der Libido an dieser Aggression bringt den Sadismus hervor."

Die Verbindung der Anklammerung mit der Aggression ist deshalb illustrativ, weil sich das aggressive Gruppenmitglied nach unseren Beobachtungen mit der Gruppe verbunden fühlt und sich an der Gruppe sozusagen anklammern will. Die in der Gruppe an den Tag gelegte destruktive Aggression kann bedeuten, daß die Gruppe die Persönlichkeit in etwas frustrierte, was diese von der

Gruppe erwartete, aber nicht erhielt, obwohl es für sie wichtig war. Auch das ist eine Konfliktsituation. Eine destruktive Aggression bestimmten Grades muß in der Gruppe zur Geltung kommen, da diese den Gruppenprozeß vorwärtsbringt und dadurch regressivere, weniger integrierte Verhaltensschemen in die Gruppeninteraktion einbezogen werden, welche dann verarbeitet unter die Kontrolle des Ichs gelangen. Die sich innerhalb der Gruppe manifestierende Aggression ist im allgemeinen das Versagen des Strebens nach Kontrolle, der Bestimmung der interpersonellen Situation, also die Störung der Ich-Funktion. Wir sehen den Anklammerungsfaktor der destruktiven Aggression in jenem Fall, wenn die destruktive Aggression in der Gruppe nicht zu erscheinen vermag, wenn die als Folge der in der Gruppe naturgemäß vorkommenden Frustrationen auftretende Aggression unterdrückt oder abgewehrt wird. Dies wirkt in die der Kohäsion der Gruppe entgegengesetzten Richtung und schwächt den Systemcharakter der Gruppe. Die unterdrückte Aggression wird in der Persönlichkeit meistens in der Form einer kognitiven Strukturierung hostiler Ladung abgeleitet. Dies bedeutet, daß sich an den innerhalb der Gruppe wiederholenden Frustrationsgrenzen (z. B. an der Linie andauernde Gegensätze zwischen Subgruppen oder Personen) negative Attitüden und negative Vorstellungen bilden. Diese negativen Attitüden erhalten eine immer größere emotionelle Ladung und werden immer elaborierter. Die strukturierten negativen Attitüden haben im allgemeinen das Ausscheiden von Gruppenmitgliedern oder die Auflösung der Gruppe zur Folge. Eine solche Auflösung konnten wir bei einer Selbsterlebnisgruppe beobachten.

Wir möchten noch einen beachtenswerten Gedanken von Imre Hermann (1935) erwähnen. Er schreibt den instinktiven, leidenschaftlichen Manifestationen einen Wirbelcharakter zu, welche mit ständig zunehmender Intensität und immer eingeschränkter vor sich gehen, wobei sie immer mehr psychische Kraft und Funktion mit sich reißen. Dies ist für die destruktive Form der Aggression besonders kennzeichnend und es kann auch in den Gruppen oft beobachtet werden, daß sich das aggressive Verhalten sowohl innerhalb einer Persönlichkeit steigern als auch in der Gruppe von einem Mitglied auf das andere sich ausbreitend wirbelartig werden kann. Der echte Raum der destruktiven Aggression ist aber im allgemeinen nicht die therapeutische Gruppe, sondern das Leben selbst.

## Vicissitudes of Communication and Aggression in Psychoanalytic Groups — The Group Process from the Point of View of the Interpersonel Communication Theory

György Hidas and Béla Buda

This paper contains the results of the observations made by the authors on two sorts of groups. The first one was a therapeutic group of neurotic patients treated in a hospital. The second was a training group of psychologists and psychiatrists. Besides the classical principles of analytic group therapy, the theory of interpersonal communication (Bateson, Jackson, Haley etc.) and the general system theory (Bertalanffy, Boulding etc.) were applied in conducting and examining the groups.

The group process can be described as follows: it is essentially the result of the tendency of regulation and the influence of the group members and group leader. The basic

tendency of the personality is the attempt to define, structure and control (in the cybernetic sense of the word) the interpersonal field and casually the group field. In this way the social manifestation of the intrapsychic defense process, mostly unconscious of the personality, appears clearly. Group members aspire to maintain the group interaction in a certain emotional tone and on a certain theme-level.

This is one determining factor in the group behaviour. The other force is just the opposite and consists in being absorbed in the group interaction. This force will also be supported by the therapist who tries to reach a more spontaneous and personal interaction in the group. The opposition between the two forces is manifested in the subject-oscillation of the verbal material, in the regulating behaviour and in the peculiarities of the non-verbal communication. To the disturbances of interaction belong lapsus linguae, the peculiar speech, tone and tempo. In this way the resistance of the group can be observed. It took different forms in the above mentioned groups. In the group of neurotics it had the peculiar form of the illness. In the second group it was the professional ego-image which formed the resistance. The social psychological interpretation of such psychoanalytic concepts as resistance, primary and secondary gain from illness, defence mechanisms becomes obvious. The authors agree with Ammon's distinction between constructive and destructive aggression, whereas the first is an ego-function aiming at self-realisation, the second is the result of a conflict. Moreover their observation confirm Ammon's theory, namely, that destructive aggression is a disturbance of the frustration regulation, and that it decreases with the advance of the group process. Destructive aggression in a group was observed as a regressive manifestation in the sense that group members tended to repulse the motives to aggression, whether stemming from themselves or from others. The eventual aggression came to appearance with a splitting of the behaviour strategy, aspiring to a definition of the interaction. Instrumental aggression as an endeavour to influence the group was rare and it often had a humoristic and playful character. Destructive aggression arouses tension in the group or in the individual members. The repulsed aggression is projected in hostile structuring with negative attitudes and representation systems. These become more explicit and more elaborate and in general lead some members to leave the group or they determine the dissolution of the whole group.

## Literatur

Ammon, Günter (1969): Herrschaft und Aggression: Zur Psychoanalyse der Aggression. Dynamische Psychiatrie, Jg. 2, Heft 3, S. 122—132.

Ashby, W. Rose (1960): Design for a Brain. The Origin of Adaptive Behaviour (London: Chapman and Hall).

Bateson, Gregory, Jurgen Ruesch (1951): Communication: The Social Matrix of Psychiatry (New York: Norton).

Bertalanffy, Ludwig von (1956): General Systems Theory. General Systems, Yearbook of the Society for the Advancement of General Systems Theory, edited by L. von Bertalanffy and Anatol Rapaport, Vol. 1, 1—10.

Boulding, Kenneth E. (1956 a): The Image. Knowledge in Life and Society (Ann Arbor: University of Michigan Press).

— (1956 b): General Systems Theory — The Sceleton of a Science. General Systems Vol. 1, p. 11—17.

Erikson, Erik Homburger (1968): Identity, Youth and Crisis. (New York: Norton).

Freud, Sigmund (1914): Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten. Gesammelte Werke. X. Band (London: Imago Publ. Co.).

— (1905): Bruchstück einer Hysterie-Analyse a. a. O. V. Band.

— (1921): Massenpsychologie und Ich-Analyse a. a. O. XIII. Band.

Haley, Jay (1963): Strategies of Psychotherapy (New York: Grune and Stratton).

Hermann, Imre (1943): Az ember ösi ösztönei. Összehasonlitó vizsgálatok a pszichoanalizis és a föemlösök biológiája alapján / Urtriebe des Menschen. Vergleichende Untersuchungen auf Grund der Psychoanalyse und der Biologie der höheren Säugetiere (Budapest: Pantheon).
— (1935): Das Unbewußte und die Triebe vom Standpunkt einer Wirbeltheorie. Imago. XXI.
Mahl, George F. (1959): Measuring the Patient's Anxiety During Interviews from "Expressive" Aspects of His Speech. Transactions of the New York Academy of Sciences. Vol. 23, S. 249—257.
Menninger, Karl A. (1954): Psychological Aspects of the Organism under Stress. Journal of American Psychoanalytical Association. Vol. 2, p. 67—104 and p. 280—310. General Systems. Vol. II 1957, p. 142—172.
Menninger, Karl, with M. Mayman and P. Pruyser (1963): The Vital Balance. The Life Process in Mental Health and Illness (New York: The Viking Press).
Ruesch, Jurgen (1957): Disturbed Communication. The Clinical Assessment of Normal and Pathological Communicative Behaviour (New York: Norton).
— (1961): Therapeutic Communication (New York: Norton).
Watzlawich, Paul, J. H. Beavin, D. D. Jackson (1967): Pragmatics of Human Communication. A Study of International Patterns, Pathologies and Paradoxes (New York: Norton).

Anschrift der Verfasser:
Dr. med. György Hidas
Budapest IX.
Közraktár u. 22/B

Dr. med. Béla Buda
Budapest I.
Batthyány u. 3

# Zur Psychotherapie des hospitalisierten „Psychopathen"

Dean T. Collins* und Harry T. Hardin*

In den letzten zwei Jahrzehnten hat das C. F. Menninger Memorial Hospital zunehmend Patienten mit gestörter Persönlichkeit behandelt. Parallel dazu veränderten sich Atmosphäre und Charakter des Krankenhausmilieus, das Verhalten des Pflegepersonals und die Tagesbeschäftigungen der Patienten.

Diese Entwicklungen veranlaßten uns, die Behandlungscharakteristika, die auf den spezifischen psychologischen Eigenschaften der Patienten mit gestörter Persönlichkeit beruhen, zu untersuchen. In diesem Aufsatz werden wir unsere Ansicht über ihre Behandlung erörtern und einige ihrer Hauptschwierigkeiten unter besonderer Beachtung der Komplikationen, die dem Gefühlsanspruch im Verhalten der Patienten an das Krankenhauspersonal entstammen, darstellen. In der psychiatrischen Literatur werden verschiedene diagnostische Begriffe verwendet, um das Verhalten der Patienten, mit denen wir uns beschäftigen, zu bezeichnen: psychopathische Persönlichkeit, soziopathische Persönlichkeit, Persönlichkeitsstörung, Charakterstörung, Triebstörung und viele andere. Verständlichkeitshalber sprechen wir von Patienten mit gestörter Triebkontrolle. Die phänomenologischen Hauptcharakteristika sind im wesentlichen:

1. Die Patienten sind handlungsorientiert; sie sind sich Denkvorgängen nur selten bewußt und entwickeln kaum Phantasievorstellungen, ehe sie handeln.

2. Ihre Symptome sind primär eher alloplastisch als autoplastisch, d. h. die Umgebung erfährt die mit der Krankheit einhergehenden Gefühle von Schmerz und Unbehagen stärker als der Patient.

3. Gewöhnlich wird das Verhalten dieser Patienten nicht als seltsam, bizarr oder irrational empfunden, wie z. B. der Patienten, die üblicherweise als schizophren bezeichnet werden. Auch vermitteln diese Patienten nicht den Eindruck, daß ihrem Verhalten ein innerer Konflikt zugrundeliegt. Leiden sie wirklich, so klagen sie, daß die Ursache in der Umgebung liegt.

4. Der Druck dieser Patienten auf die Menschen in ihrer Umgebung ist hartnäckig und unwiderstehlich, handele es sich um Anziehung oder Ablehnung. Kaum jemand bleibt ihnen gegenüber ungerührt oder neutral.

Das Ziel der psychotherapeutischen Behandlung von Patienten mit gestörter Triebkontrolle liegt letztlich darin, ihnen bei der Bewußtwerdung und beim Umgang mit ihren unbewußten Konflikten, die ihre Krankheit hervortreten lassen, zu helfen. Dieser Prozeß wird durch angemessene, auf Struktur und Verhalten bezogene Eingriffe der Umgebung erfüllt und durch die Übersetzung der Konflikte und der Abwehrmaßnahmen des Patienten in Gedanken und Vorstellungen. Sein Verhalten und die Reaktion der Umgebung darauf lassen sich als das „Symptom" seiner Krankheit ansehen. Es ist das dynamische Äquivalent zum psychoneurotischen Symptom, der Kompromißlösung, die den Trieb und seine Abwehr miteinander verknüpft.

Diese besondere Bedeutung der Personen in der Umgebung für die Symptombildung trägt sehr zu den Schwierigkeiten in der Behandlung dieser Patienten

* M. D., Psychiater, Menninger Foundation, Topeka Kansas.

bei. Da das Pflegepersonal in einer psychiatrischen Anstalt gemeinsam mit den anderen Patienten die menschliche Umgebung während der Behandlung bildet, sind seine Reaktionen die Matrix, auf der die Symptome seiner Krankheit sich manifestieren. Seine inneren Konflikte, die sein früheres symptomatisches Verhalten verursachten, führen im Krankenhaus zu einer Wiederaufnahme seines alten pathologischen Verhaltens und seiner pathologischen Interaktionen (Wesselius 1967).

Daraus folgt, daß die affektive Erfahrung des Personals und die Art seiner Interventionen mit dem Verhalten des Patienten Schlüssel für die Psychopathologie und innere Erfahrungen des Patienten sind. Wird die Bedeutung der Reaktionen der Umgebung nicht tiefer verstanden, so kommt es zu den üblichen, verdrehten Ansichten über den Patienten: „Er ist nicht krank; er ist nicht zu behandeln; er ist nicht motiviert; er hat kein Gewissen; er ist kriminell“ usw. Wie wir in diesem Referat zu zeigen versuchen, erhält die Behandlung der Patienten mit gestörter Triebkontrolle ihre Problematik durch die entscheidende Rolle der Gefühlsreaktionen des Behandlungspersonals (diese Reaktionen werden häufig als Gegenübertragungserscheinungen gewertet).

Ein wirksames Milieu für solche Patienten muß ihr Verhalten genügend eingrenzen können, um jede Aktion, die zum Ausschluß von der Behandlung führen könnte, zu vermeiden oder abzubrechen. Nach unserer Erfahrung eignet sich am besten ein festes aber flexibles Milieu, das Variationen für das Ausmaß an Verantwortung, das der Patient selbst tragen kann, ermöglicht — das geht von der Situation aus, in der der Patient keinen Zugang zu seinem Eigentum hat, in der er sich ohne Begleitung eines Angestellten nicht aus dem Zimmer bewegen darf, bis zur völligen Eigenverantwortung für einen produktiven Tagesablauf (im Beruf, in der Schule oder bei einer anderen organisierten Tätigkeit).

Unser Krankenhaus kann 150 Patienten in Ein- und Zweibettzimmern aufnehmen. Die Türen zu den Wohneinheiten sind nicht verschlossen, wohl aber läßt sich vom Raum, in dem das Personal arbeitet, die Tür leicht beobachten. Jede Wohneinheit hat ein Wohnzimmer, Fernsehen, Wasch- und Bademöglichkeiten, leichten Zugang zu einer Erholungshalle. Nahebei sind Gebäude für andere Beschäftigungen: eine Schreinerei, eine Turnhalle, ein Gewächshaus, Gebäude für Kunst, Musik, Handwerk, eine Bücherei und Schulräume für die letzten Klassen einer Mittelschule. Der Tag für den Patienten ist voll von für ihn geplanten Tätigkeiten. Bei diesen Tätigkeiten arbeitet er unter der Aufsicht von Fachkräften, die sowohl die jeweilige Materie beherrschen wie auch psychologische Behandlungstechniken.

Eine wesentliche Funktion des Anstaltsarztes ist die objektive Beobachtung des Verhaltens des Patienten und seiner Interaktionen mit den anderen Menschen im Krankenhaus. Er trägt die Verantwortung, die Bedeutung des Verhaltens des Patienten zu entschlüsseln, die Bedeutung der Reaktion des Personals darauf darzustellen und dieses Wissen dem übrigen Personal zu vermitteln, um seine Interventionen mit dem Patienten zu beeinflussen. Diese Aufgabe wird erleichtert durch die Informationen bei der Aufnahme des Patienten und durch eine Studie über die Entwicklung des Patienten und seiner Interaktionen mit der Familie und anderen Menschen zu Beginn

der Behandlung. Der Sozialarbeiter, der vertraut ist mit Entwicklungspsychologie und Familiendynamik, kann den Arzt über die charakteristischen Interaktionsmodi des Patienten informieren. Die Kenntnis dieser Verhaltensweisen zusammen mit vorläufigen Formulierungen über ihre dynamische Funktion erlaubt dem Arzt und dem Personal, die Art der Beziehungen zu antizipieren, die der Patient im Krankenhaus wieder herstellen wird (diese Wiederaufnahme alter Interaktionsweisen mit anderen wird oft als Übertragungsparadigma verstanden [Menninger 1962]).

In unserem ersten Beispiel beschreiben wir die Behandlung eines Patienten, dessen impulsives Verhalten, wenn auch nicht übermäßig, eine zwanghafte Reaktion beim Personal verursachte. Eine wirksame Behandlung wurde durch spezifische Kenntnis alter Interaktionsmuster und ihrer dynamischen Funktion erleichtert.

Fräulein A., achtzehn Jahre alt, kam nach einer erfolglos gebliebenen ambulanten psychotherapeutischen Behandlung ins Krankenhaus. Nach einem Wechsel von einer privaten Mädchenschule auf eine große High School hatte sich ihre Arbeit in der Schule verändert. Damals widersprach sie sehr viel und war zu Hause und in der Schule ungehorsam. Ihre Eltern sorgten sich immer mehr über ihren Umgang mit Klassenkameraden, den sie als unerwünscht ansahen, über ihr langes Ausbleiben und über ihren Verdacht, daß die Tochter promiskuös sei und Drogen nahm. Die Eltern waren so verzweifelt über das Verhalten der Tochter, daß sie eine Krankenhauseinlieferung arrangierten entgegen der Meinung des Psychotherapeuten, daß die Selbstzerstörung in ihrem Verhalten mehr durchschien, als wirklich war.

In den Interviews vor ihrer Aufnahme wiederholte Fräulein A. ihren Wunsch nach Verantwortung und Unabhängigkeit und beklagte sich bei dem Sozialarbeiter wie beim Psychiater über die Einmischung der Eltern in ihr Leben. Doch fand der Sozialarbeiter trotz der Klagen von Fräulein A. wegen zu geringer Unabhängigkeit bei der Zusammenstellung einer Geschichte ihrer Entwicklung und in gemeinsamen Interviews mit der Familie ein durchgehendes Interkationsmuster, nämlich daß die Patientin seit früher Kindheit die Sorge der Eltern durch subtile Andeutungen eines aktuellen oder möglichen Mißverhaltens erregte.

Bald nach der Aufnahme der Patientin beunruhigten sich die Krankenschwestern, obwohl ihnen die alten Verhaltensweisen der Patientin bewußt waren, über die Zeit, die sie gemeinsam mit einem jungen Mann verbrachte. Sie nahm ihre Mahlzeiten immer mit ihm ein, manchmal versteckt in der Gesellschaft anderer Personen. Obwohl das Verhalten der beiden, wenn sie zusammen waren, selten die Grenzen des normalen Kontakts unter Patienten überschritt, war es auffallend genug, das Personal zu veranlassen, aufzupassen, wo sie waren und was sie taten. Das Personal meinte, daß die beiden, wenn sie schon nicht zu sehr ineinander verliebt seien, sie es bald sein würden. Die klinischen Besprechungen mit dem Arzt und dem Sozialarbeiter halfen den Krankenschwestern, die Bedeutung ihrer Reaktionen auf das Verhalten der Patientin im Licht der vergangenen Beziehungen der Patientin zu sehen. Dem Personal schien es, als erzwinge die Patientin eine sorgfältige Beobachtung ihres Verhaltens, wie ihre Mutter war es unwiderstehlich dazu gedrängt, über sie in stummer Erwartung zu wachen. Diese Reaktion des Personals wurde durch die vorläufige Formulierung des Arztes verständlich gemacht, der Ursprung für das Verhalten der Patientin liege in ihrem unbewußten Bedürfnis, Verlust von Erwachsenen durch enge Bindung an ihre Person zu vermeiden — einem ungelösten Bedürfnis, das ihre Beziehung zu den Eltern seit ihrer Kindheit bestimme. (Diese charakteristische Interaktion zwischen der Patientin und ihren Eltern bestand noch, als sie bereits im Krankenhaus war. Der Sozialarbeiter

hatte die Aufgabe, in seinen Interviews und in seiner Korrespondenz mit den Eltern ihnen zu helfen, es zu verstehen und diese Form der Interaktion abzuändern.)

Durch die klinischen Besprechungen mit dem Personal konnte es sein Verhalten der Patientin gegenüber ändern, das zeigte sich vor allem an seiner größeren Freiheit, mit der Patientin über das Ausmaß ihres Kontaktes mit dem anderen Patienten zu reden. Die Patientin rebellierte böse gegen das, was sie Verdächtigen und ständiges Beobachten von seiten des Personals nannte, konnte aber gleichzeitig aus der Diskussion mit ihm und in ihren täglichen psychotherapeutischen Gesprächen mit dem Krankenhausarzt erkennen, daß ihr Verhalten enge Überwachung durch andere im Krankenhaus verursachte genauso wie zu Hause.

Eine häufige klinische Beobachtung in der Behandlung von Patienten mit gestörter Triebkontrolle ist, daß die Lösung des internen Konflikts teilweise in einer Dichotomie von Handlung und Äußerung besteht. In diesem Fall beteuerte die Patientin ihren Unabhängigkeitswunsch und erreichte gleichzeitig durch ihr Verhalten Beaufsichtigung. Die Reaktion des Personals auf ihr Verhalten läßt sich als partielle Erfüllung eines starken, unbewußten Wunsches der Patientin begreifen.

In unserem Beispiel einer frühen Phase in der Krankenhausbehandlung haben wir die unfreiwillige Einbeziehung des Personals in eine Wiederbelebung alter Verhaltensweisen des Patienten im Krankenhaus dargestellt. In den folgenden Beispielen werden wir ständige Fehldeutungen des Krankenhauspersonals über die Motivationen, die dem Verhalten der Patienten mit gestörter Triebkontrolle unterliegen, schildern.

Die Reaktion des Personals auf das Gefühl, durch den Patienten „ausgebeutet" zu werden (das Personal spricht oft, es werde „gebraucht"), kann oft dazu führen, daß ihm selbst die Bedeutung des offensichtlichsten, geschweige des subtilen Verhaltens des Patienten unbewußt bleibt. Das Personal ist nicht immun gegen solche Reaktionen, selbst wenn anfänglich eine Arbeitsbeziehung mit dem Patienten hergestellt und eine relative Stabilisierung seines Verhaltens im Krankenhaus erreicht worden ist. Diese zweite Behandlungsphase wird von vielen Angestellten als die kritischste in ihrer Arbeit mit dem Patienten angesehen. Das folgende Beispiel beschreibt eine Interaktion, die einige Monate nach der Aufnahme des Patienten stattfand, die eine ernste Spaltung in einer anscheinend verläßlichen Arzt-Patient-Beziehung hervorrief, die fast die Behandlung unterbrochen hätte.

Herr B., 31 Jahre alt, kam nach einer Sauftour ins Krankenhaus, auf welcher er viel Geld beim Spiel verloren hatte. Mehrere Jahre zuvor hatte er ein ererbtes Vermögen durch impulsive Geschäftsentschlüsse verloren. Damals trank er ausschweifend und hatte viele kurze außereheliche Beziehungen. Wegen der vielen Ehen seiner Mutter war seine Kindheit chaotisch gewesen; bis zu seinem Eintritt in eine Privatschule war eine Reihe von Haus- und Kindermädchen fast völlig allein für sein Aufwachsen verantwortlich gewesen.

In den ersten Monaten seines Krankenhausaufenthaltes flüchtete Herr B. mehrmals aus dem Krankenhaus, er protestierte gegen die Einschränkung seines Verhaltens durch das Krankenhaus zuerst durch offenes, später durch subtileres Unterlaufen der Regeln. In dieser Zeit jedoch hatte Dr. C. durch seine täglichen Interviews mit dem Patienten einen bedeutenden Einfluß auf ihn gewonnen. In Zusammenarbeit mit dem Personal konnte Dr. C. bei der Einrichtung eines Milieus helfen, in dem das Maß der ausgeübten Kontrolle mit dem Grad der Verantwortung, die der Patient im allgemeinen selbst tragen konnte, sich die Waage hielt. Frühzeichen, daß der Patient anfing, seine Konflikte innerlich zu bewältigen, waren erkennbar geworden. Er klagte zunehmend

über somatische Beschwerden, hatte von Zeit zu Zeit Schlafstörungen und sorgte sich um den Eindruck, den er auf andere Menschen machte. (In unserem Krankenhaus geschieht das oft zu dem Zeitpunkt, an dem wir die Hinzufügung formaler Büropsychotherapie zum Behandlungsprogramm des Patienten erwägen [Kartus und Schlesinger 1957]).

Anfang Juli, einige Monate nach seiner Aufnahme, klagte Herr B. mehr über das Personal und verlangte vermehrte Eigenverantwortung. Er zog sich verärgert von einigen Aktivitäten zurück, weil er, wie er sagte, die Unfähigkeit des Personals nicht ertragen konnte. Das geschah zu einer Zeit, als Doktor C. vorübergehend mehr Patienten hatte, denn einige Ärzte hatten das Krankenhaus verlassen, waren durch neue ersetzt worden, und andere machten Ferien. Eines Tages wurde der Patient in einem Interview, in dem er unverständlicherweise die Fähigkeit von Doktor C., ihn zu behandeln, angezweifelt hatte, immer böser und verlangte, unter die Aufsicht eines anderen Arztes zu kommen. Doktor C., der gewöhnlich zum ruhigen Nachdenken neigt, fragte den Patienten impulsiv, ob er irgendeine besondere Vorliebe unter den Ärzten habe. Die auftauchende Überraschung des Patienten machte sofort den Weg für den Rückzug frei. „Jeder andere Arzt ist besser, aber ich denke darüber nach." Am nächsten Tag wiederholte der Patient seinen Wunsch nach einem Arztwechsel und sagte, wen er bevorzugte. Doktor C. teilte ihm mit, daß beide genannten Ärzte nicht zur Verfügung stehen — der eine war in den Ferien, der andere hatte bereits seine Absicht bekanntgegeben, das Hospital zu verlassen. Der Patient wurde zunehmend böse. In wenigen Minuten beendete der Arzt das Interview.

Viele von Ihnen, die die Position eines objektiven Zuhörers einnehmen, werden bereits gemerkt haben, daß die Wut des Patienten ihren unmittelbaren Auslöser von anderen Stimuli als denen, die er so lautstark äußerte, hatte. Wie viele Patienten in dieser Jahreszeit hatte die Atmosphäre im Krankenhaus, die durch das Verlassen von Personal, sei es wegen der Ferien oder wegen Stellenwechsels, gekennzeichnet war, auch diesen Patienten beeinflußt; Herr B. hatte auf das Vorgefühl reagiert, daß auch Doktor C. die Klinik verlassen werde. Angesichts seiner alten Erfahrungen mit wichtigen Personen in seinem Leben, war er gezwungen, lieber eine gefürchtete Trennung im voraus zu kontrollieren, als ein Verlassenwerden hilflos zu erleiden. Doktor C. erkannte schnell bei der Konsultation, daß er sich in Reaktion auf die Ablehnung des Patienten, die sich in der Bitte nach einem anderen Arzt ausdrückte, durch das Angebot, ihm zu entsprechen, zurückgezogen hatte. Doktor C. erkannte ebenso gut, daß der Patient durch die Wahl von zwei nicht erreichbaren Ärzten mehr als nur eine Andeutung seiner verborgenen Gefühle geäußert hatte.

Besonders erschüttert wurde die Selbstachtung des Arztes durch den Eindruck, daß der Patient die völlige Kontrolle ihrer Beziehung zueinander übernommen hatte, daß der Patient ihn ausgenutzt hatte und ihn nun beiseite schob. Ohne die Konsultation hätte der Arzt vielleicht nicht das Zeichen einer sich weitenden Kluft zwischen ihm und dem Patienten gesehen, sein Ärger hätte sich steigern können, als der Patient sich selbst und jeden anderen zu überzeugen suchte, daß der Arzt völlig unfähig gewesen war und daß der Patient durch dieses Wissen ihn ausgenutzt hatte. So hatte der intensive intrapsychische Konflikt des Patienten eine Gegenaktion von Seiten des Arztes voreilig herbeigeführt, deren Ergebnis die Trennung hätte sein können, die der Patient befürchtete.

Man kann größere oder kleinere Entwicklungen, wie wir sie gerade schilderten, in der Behandlung von Patienten mit gestörter Triebkontrolle mit Begriffen, die Ausbeutung implizieren, beschreiben. Solche Einschätzungen der Patienten werden, besonders in der Praxis der psychiatrischen Anstalt, stark von den emotionalen Reaktionen einzelner Mitglieder oder der Gesamtgruppe des Behandlungspersonals beeinflußt. Kritische Entwicklungen im Verhandlungsverlauf müssen nicht immer so schnell, noch so dramatisch sein, wie wir es eben beschrieben haben. Eine besonders ernste Komplikation in der Behandlung von Patienten mit gestörter Triebkontrolle ist die langsame Entwicklung eines Versiegens bedeutsamer Interaktionen mit dem Patienten über einen langen Zeitraum. Obschon der Patient oberflächlich am Behandlungsprogramm beteiligt ist, hätte ein objektiver Beobachter den Eindruck einer Sackgasse, als ob ein bewaffneter Waffenstillstand zwischen dem Patienten und dem Personal errichtet worden wäre. In unserem letzten Beispiel werden wir überprüfen, wie die emotionalen Reaktionen des Personals solch eine Aufhebung des Behandlungsprozesses stützen.

Fräulein D., 25 Jahre alt, war über ein Jahr in der Klinik gewesen, laut ihrer Aufnahme wegen Marihuana und Rauschgift. Die Geschichte ihres impulsiven Verhaltens war lang, sie hatte mehrere Schulen wegen ihres Trotzes und ihrer Auflehnung verlassen müssen. Zu Beginn ihres Klinikaufenthaltes hatte sich das Personal vereint angestrengt, mit ihr Kontakt aufzunehmen. Obwohl ihre Mienen wütend und zynisch waren, schien es für kurze Augenblicke, als reagiere sie sanft auf diese freundlichen Annäherungen. Gelegentlich machte sie zögernde Gesten, um dem Personal zu gefallen und um ihm ihre Zuneigung auszudrücken. Aber ebenso schnell, wie sie diese Bewegungen ausführte, hatte sie schon mit Sarkasmus abgestritten und sich von ihnen distanziert.

Einer nach dem anderen, dann als Gruppe, zog sich das Personal von der aktiven Beteiligung an ihrer Behandlung zurück, es gab nur noch von Zeit zu Zeit symbolische Versuche, sich mit ihrem Verhalten zu beschäftigen. Ihr Verhalten wurde als „manipulierend“ beschrieben. Die anscheinend bewußte Absicht, mit der sie verniedlichende Bemerkungen über das Personal fallen ließ, und das Vergnügen, das sie an seinem Mißbehagen hatte, nährten in ihm das Gefühl, daß sie Situationen schuf, um es abzuwerten. Den folgenden Vorfall, der in einer klinischen Besprechung der Milieutherapeuten, bei der einer von uns als Berater fungierte, beschrieben wurde, sah das Personal als typisch für die Interaktion der Patientin mit anderen Menschen an.

Nachdem sie eine Weile gut mit einer Musiktherapeutin gearbeitet hatte, kritisierte die Patientin plötzlich die Aussprache fremder musikalischer Begriffe durch die Therapeutin. Als sie das Unbehagen der Therapeutin und ihre Wut spürte, rief die Patientin laut: „Ah, Sie sind böse auf mich. Den ganzen Tag habe ich mich angestrengt, jemand in Wut zu bringen, und endlich habe ich Erfolg. Ich habe Sie wütend auf mich gemacht.“ Die Therapeutin sagte der Patientin böse, sie solle gehen.

Bei der Diskussion dieses Vorfalls beschrieben die Milieutherapeuten das Verhalten der Patientin wieder als „manipulierend“ — als beabsichtigt und bewußt dazu bestimmt, bei ihnen Ärger hervorzurufen. Sie zählten Vorfälle ähnlich unerfreulicher Begegnungen mit der Patientin auf. In der weiteren Diskussion zeigte sich jedoch bald ein Widerspruch. Die Patientin, der das Personal die Fähigkeit zuschrieb, den ganzen Tag Pläne zu brüten, um andere zu provozieren, wurde gleichzeitig immer wieder als ein Mensch mit geringer Frustrationsschwelle beschrieben, z. B.: „Wenn etwas nicht sofort klappt, wird sie böse und geht weg.“

Die Fähigkeit des Behandlungspersonals, widersprüchliche Ansichten über das Verhalten der Patientin und seine Motivation gleichzeitig zu ertragen, ist unserer Meinung nach ein Indiz für die Intensität seiner Gefühlsreaktion. Es ist eine bekannte klinische Beobachtung, daß ein Patient mit gestörter Triebkontrolle sein Verhalten bereitwillig rechtfertigt und erklärt. Nicht klar erkannt wird die Schwierigkeit des Personals, das mit dem Patienten arbeitet, die Impulsivität seines Verhaltens zu erkennen. Durch die Beschreibung des Verhaltens als manipulativer Akt konkurrierte es mit der Behauptung des Patienten, er kontrolliere seine Impulse.

Wir möchten betonen, daß der Patient auf Grund eines übermächtigen Triebes handelt, er kann sich nicht bewußt werden, von unbewußten Kräften angetrieben zu werden, daher behauptet er hinterher, daß er seine Aktionen bewußt gelenkt habe. Ähnlich rechtfertigt das Personal unbewußt seine Wutreaktion durch die Annahme, der Patient kontrolliere seine Aktionen bewußt, was sich am Begriff Manipulierung erkennen läßt. Diese unbewußte Zusammenarbeit zwischen Personal und Patient bei der Tolerierung einer paradoxen Erklärung kann nur durch ein Verständnis des intensiven, unbewußten Konflikts im Patienten, der es verursachte, begriffen werden.

Wir kehren zu unserem Beispiel zurück. Fräulein D. konnte später in psychotherapeutischen Gesprächen mit ihrem Arzt den inneren Konflikt erkennen und verstehen, der zu ihrem gestörten Verhalten führte. Ihrem plötzlichen unkontrollierten Ausbruch folgte eine Bewußtwerdung ihrer zärtlichen Gefühle für die Musiktherapeutin. Diese Gefühle waren gleichzeitig verwirrend für die Patientin — sie veranlaßten eine übergroße Furcht vor Autonomie- und Kontrollverlust über ihr eigenes Schicksal. Sie sagte zu ihrem Arzt: „Wenn ich sie mag und sie es erfährt, bin ich verloren. Ich wäre dann der Gnade ihrer Launen ausgesetzt."

Unserer Meinung dient der Begriff „Manipulation", wie er meistens in der psychiatrischen Anstalt verwendet wird, der Aufrechterhaltung des Mythos von der Selbstkontrolle der Patienten mit gestörter Triebkontrolle und deshalb zu einer verzerrten Sicht des Personals über die Motivierung des Verhaltens der Patienten.

*Zusammenfassung*

Im Rahmen einer kurzen Beschreibung unseres Krankenhausmilieus und seiner Hauptidee haben wir den tiefen Einfluß der Gefühlsreaktionen des psychiatrischen Behandlungspersonals auf das Verhalten von Patienten mit gestörter Triebkontrolle zu zeigen versucht. Wir haben an drei klinischen Beispielen aus verschiedenen Behandlungsstadien folgendes zu zeigen versucht:

1. Ein Phänomen, das bei der Behandlung dieser Patienten allgemein zu beobachten ist — die unfreiwillige Beteiligung des Personals bei der Wiederbelebung alter Verhaltensweisen des Patienten im Krankenhaus.

2. Permanente Fehldeutungen durch das Personal, das mit Patienten, die an gestörter Triebkontrolle leiden, arbeitet. Aus der subjektiven Erfahrung heraus spricht das Personal von Ausnutzung und Manipulation.

Eine Überprüfung nicht nur der Erfahrung des Patienten, sondern auch der Gefühlsreaktionen des Behandlungspersonals ermöglicht ein besseres Verständnis der verborgenen Konflikte des Patienten und seiner Abwehrmaßnahmen. Diese kombinierte Erforschung des von Impulsen angetriebenen Patienten und seiner Behandlungsumgebung ist nötig, um einen hohen Grad von Objektivität beim psychiatrischen Personal zu garantieren.

### Literatur

Ammon, G. (1959): Theoretical Aspects of Milieu Therapy, Menninger School of Psychiatry, Topeka.
— (1970): Gruppendynamik der Aggression, Beiträge zur psychoanalytischen Theorie (Berlin: Pinel Publikationen).
Kartus, I., und Schlesinger, H. J. (1957): The Psychiatric Physician and His Patient. In: Greenblatt's The Patient and the Mental Hospital (Glencoe, Illinois: Free Press).
Menninger, K. A. (1962): A Manual for Psychiatric Case Study, 2nd Edition (New York: Grune & Stratton).
Wesselius, L. F.: Countertransference in Milieu Treatment. A. M. A. Arch. Gen. Psychiatr. (To be Published).

## Notes on the Psychotherapeutic Treatment of the Hospitalized "Psychopath"

### A Study of the Emotional Impact of Patient's Behavior on Psychiatric Personnel

Dean T. Collins and Harry T. Hardin

In the context of a brief description of their hospital setting and philosophy the authors have attempted to demonstrate the profound influence on treatment process of the emotional reactions of psychiatric personnel to the behavior of patients with disorders of impulse control. With three clinical examples from different stages of treatment they have illustrated 1. a phenomenon existing in the treatment of all patients—the involuntary inclusion of personnel into a recapitulation in the hospital of the patient's past modes of interaction and 2. persistent misconceptions by personnel working with patients with disorders of impulse control, arising out of the subjective experience but also of the emotional reactions of treatment personnel can lead to a clearer understanding of the patient's underlying conflicts and of his defenses against them. This combined study of the impulse-driven patient and his treatment environment is necessary to maintain a high degree of objectivity in psychiatric personnel.

Anschrift der Verfasser:
Dean T. Collins, M. D.
Harry T. Hardin, M. D.
The Meninger Clinic
Topeka, Kansas 66601
USA

# Solomon's Judgment: The Mother's Nightmare of Overlying the Baby

L. Veszy-Wagner*

A young mother (The Guardian 1964), labouring under the nightmare that she was lying on her new-born baby who was thus in the danger of being suffocated by her, asked fellow-sufferers to impart their experiences and possibly also conclusions to her. Following this I devised a short questionnaire with a similar request.** This as well as some discussion of the problem by correspondents were published by "The Guardian". I received about 134 letters. This, for me, gave the opportunity, to use them as a nucleus for making a survey of this problem.

My particular interest in this connection has, however, preceded the first "Guardian"-letter. It was first aroused by two depressive (more or less borderline) patients of mine who had developed nightmarish anxiety fantasies during their pregnancy. The analysis of these, I felt, may shed light on the origins and nature of this type of disturbance. Owing to lucky chance, both provided me also with mythological analogies to it.

These I supplemented with excerpts from other author's case-histories and studies of puerperal breakdown in hospitals.

"Overlying(-Laying)" or "overlying himself" is a Victorian term for the danger to which infants are prone if a pillow or other bedclothes are left in the cot in such position that the child could inadvertedly smother himself, not being able to remove them. This is an infrequent, however real danger. —"Overlying the baby"*** is, on the other hand, the subject-matter of a young mother's acute and alarming anxiety lest she had or would, inadvertedly, during her sleep, smother or suffocate her newly-born or very young infant by lying on top of him in her own bed (irrespective of the baby's real sleeping arrangements, i. e., while in fact he is lying beside her in a separate cot or sleeping in his own nursery). At waking suddenly up, she rushes out with considerable agitation in a twilight state of semiconsciousness in search for the baby in the sometimes most unlikely places before perceiving the infant sleeping peacefully in his proper sleeping place,—after which she calms down.

Contents of this fantasy are that the baby has come to harm either by her own fault or by somebody else's, usually the husband's or the mother's of the dreamer. This came about through neglect or an unaccountable compulsion on the part of the dreamer or simply she feels that there is a great, unnamed yet acute danger imminent. In most of the cases the harm is done by overlaying.

---

* Psychoanalyst, London

** restricting it deliberately to broad outlines only, in order to allow scope for the informants' free associations.

*** Hereafter referred to as the "o"-phenomenon(-nightmare, -dream, -fantasy, -experience).

This is the most typical of the "mother's nightmares", and may be their original prototype. Its archaic setting suggests that an archaic fear is represented by it. Animal mothers (mammals, also some birds) in fact sleep in close bodily contact with their young and so do primitive humans; obviously both to prevent untimely seperation, and to protect babies from cold and harm, hereby satisfying also their own need to prolong the proximity of a previous symbiotic unity. The problem is, why a regression to this should, in fantasy, recur, under civilised circumstances.

a) The potential "o"-fantasy is a universal one, appearing in both psychotic (A), severely neurotic women (in analytic treatment) (B), slightly neurotic and reputedly "healthy" or really almost healthy women (G) and by feminine identification, also in some men.*

b) It appears in the form of an acute hallucination or a fantasy or both, and it goes over into a chaotic, delusional, half-awake twilight state of confused agitation, in which the delusion persists until the dreamer wakes fully up and has ascertained the actual safety of the child. It is a biphasic phenomenon: the first phase contains the nightmarish dream and the second the post-oniric, delirious state. In the second phase it may occur that no sensory illusion (dream image) is present at all, only a "feeling", an "idea", without pictorial representation or context, which resembles a rather unpleasant "blank" dream (Lewin 1935), however with a marked urge to do something, to "rescue".

c) Some of the "o" fantasies display a more benign tendency (G) than the others (A) which are characterised among others by a rise in body temperature which in the (B) and (G) groups could, of course, not be ascertained. These more benign cases would gradually, and often even spontaneously fade out, after a temporary flaring up, conditioned by a stress situation, would, in itself, be conducive to hallucinations.

d) The schizoid nature of the phenomenon is, in categories (B) and (G) as opposed to the psychotic cases (A), reduced to being not much more than a more "streak" in the character, a "pocket" of undigested pathological facts, causing regression and a mere "episode" in the individual's life history.

It is my postulation that, although widespread, the "o" experience is an abnormal phenomenon also in seemingly normal persons. Its psychological manifestations are out of the ordinary and its repetitive character seems to indicate the urgency of the problem which is contained in it.

To the psychotic (A) cases I more or less just accepted the previous findings in the relevant literature. In the neurotic and borderline cases (B) I used the analytic approach and to the (G) cases I applied a (modified) statistical comparison. Nevertheless, the results were convergent and proved that the different methods had been consistent.

---

* Hereafter referred to as (A), (B) and (G): for psychotic (usually hospitalised), respectively analytically treated borderline neurotic and "normal" (the last: a group which was constituted by the informants of "The Guardian").

*1. Causative factors (physiological)*

a) Sleep deprivation renders the individual susceptible to hallucinosis. Overworked mothers who have to give the baby a night-feed or more came clearly into this category.

b) Owing to weight increase, some pregnant mothers develop breathing difficulties. This may become so overwhelming that fear of suffocation develops. In the instance of the "o" phenomenon mothers the displacement of this fear on to the child would occur and would not disappear even after confinement. The coenesthetic sensation of the abdomen's heaviness, respectively, the almost sudden discontinuance of this sensation may also provoke a nondescript anxiety and provide for a contributory (physiological) causation of the "o" phenomenon. Further, this seems to be activated by the quickening of the baby: the conjunction of a heavier body with the bodily realisation that the foetus is alive. The pressure of the diaphragm seems to be instrumental in evoking breathing difficulties in the mother.

*2. Psychogenic factors*

a) The displacement from mother to baby seems only to happen when unconscious guilt feelings of the mother vis-a-vis the child become paramount; manifestly, of being inefficient or negligent, but in their latent meaning: of being or having been hostile to the child, and of wanting to re-incorporate it, even if not for its destruction, but at least for its (magic) preservation.

b) In the deepest mental layers of the Unconscious, the fantasy of smothering the baby is a reversal by ways of projection of the fear of being suffocated oneself, either by the baby (from inward) or by the husband's having intercourse (from the exterior),—both probably instruments of one's own (hostile and/or revengeful) mother. Thus, unknown by the dreamer, the "endangered baby" seems also to represent the object of a manic attack on the dreamer's own mother, replaced by the weak, hence assailable baby. This manic attack would however be followed at its heels by the dreamer's (first persecutory, then guilty) fear and depression.

The fear of being smothered is frequently referred to in psycho-analytical literature, and there are equally many references to the jealous and possessive fear of the pregnant mother as well as the mother in childbed for her offspring, yet these two fears have, to my knowledge, not been implicitly compared and/or connected before.

It was Fenichel (1931) who first dealt extensively with the patient's fear that he might be asphyxiated under his blankets while asleep. He regarded it as "a distorted expression of castration anxiety", referring to Harnik (1930), according to whom the infant and small child had often experiences of suffocation. Both Winnicott (1957) and Lewin (1935, 1950, 1953, 1954) dealt with the primary, infantile character of the fear of suffocation; the former mostly in conjunction with other archaic fears, the latter in connection with the "oral Triad". The feeling of oppression, experienced by dreamers was often perfunctorily mentioned by Freud (1900), in connection with anxiety dreams, and it was Jones (1931) who first devoted a whole treatise to the

nightmare in which this is a characteristic feature. "The stifling oppression of overwhelming weight" (plus paralysis plus dread) points to "mental conflicts over the incestuous desire". Evans (1964) connects the fear of being smothered with phenomena of the nightmare in general. There are a number of studies devoted to the psychopathology of the pregnant mother and to the puerperal disorders and also to the anxieties of the pregnant or postpartum mother for their offspring (Brunswick 1940, Bloch 1965, Hayman 1962, Lomas 1959, 1960 a, 1960 b, 1961, Morrisson 1960, Zilboorg 1930),—but they do not mention the "o" phenomenon. Isakower (1938) was the first to draw attention to the possibility of the infant's experiencing a fear of suffocation by the breast. Rank (1924) does not specify the fear of suffocation in his "birth-trauma" theory. Ferenczi (1950) missed (by a narrow margin) to notice and pinpoint the appearance of the "o" phenomenon when writing about the dream of „the wise baby", — probably because of the sex of his patient, a man who, during an agitated session, had a nightmarish fantasy, otherwise experienced predominantly by women, which I would range among the "o" phenomena. (A similar experience was noted by Evans (1964) in respect of a fussy father, a patient who "required constant assurance that the baby is getting enough air while at mother's breast".) Ferenczi's patient imagined that "the" child was (bleeding and) "scarcely breathing . . . his heart has stopped beating" and he was dying. He also made movements as though to protect his (own) abdomen. Ferenczi did not deal with the nightmare aspect of this case but referred to a narcissistic split in the patient's Self. Ferenczi did not notice the male patient's unconscious impersonation of a young mother (very much in the sense of a "couvade").

Dealing with psychotic cases, Zilboorg (1930) distinguishes between schizophrenic and puerperal depression. However, nuclei of both can be found in my (B) and the (G) cases as well, i. e., in the neurotic and semi-neurotic cluster. Lomas' studies (1959, 1960, 1961) contain valuable material concerning the psychotic and the near-psychotic borderline cases. (Unfortunately he had to exclude the discussion of acute, unmanageable psychosis.) According to him, rigid personalities are more likely to succumb to puerperal breakdown, because the defence system (in particular: the use of denial and moral masochism) breaks up under the weight of the physiological changes of pregnancy and parturition.—I would also add: lactation.—Blitzer and Murray (1964) believe that the frequently encountered wish for "natural childbirth" (with a concomitant dread of anaesthesia) derives from the woman's unconscious wish "to make sure that she did not lose anything but the baby". The narcissistic and hypochondriac worry over their own bodies' inner integrity overrules their worry over the baby.

It seems that latent homosexuality on the part of the mother towards her infant daughter would also play a part not only in the propensity of the latter to become an overt Lesbian when grown up but also of "o" experiences in the mother herself. A case history by G. Ammon (1969) would point to this effect.

a) The "o" fantasy is experienced mostly at night and in dreams, when waking up suddenly from an unusually deep, as if drugged, sleep, with an uncanny

feeling of fright and foreboding. The "harm" is usually done (if by the dreamer) though "o", during sleep, by her lying bodily on top of the child. This happens as a form of an acute hallucination, or fantasy or both, and it goes over,—uncertain, how—into a chaotic, delusional, half-awake, half-asleep state of confused agitation in which the delusion persists until the dreamer wakes up fully, and ascertains herself about the actual safety of the child. The are two phases: the nightmarish dream and the post-oniric delirious state.

b) The nightmarish "o" dream cannot be called a hallucination proper since usually it appears in a sleeping state, nor a classical nightmare because it is not the dreamer herself who feels suffocated. Also the childvictim in the fantasy is not only in the course of being, but usually has already been suffocated, and is almost invariably dead (except in secondary elaborations or with a defensive purpose of mitigating the dream's impact). Otherwise all characteristics of the nightmare pertain to it. Bodily concomitants during sleep (according to the husbands evidences) are: tossing, moaning, agitation, sleeptalking, etc., and in the moment of waking up (to the delirious second phase): palpitations, panting, cold sweat, trembling, paralysis, etc. Mental concomitants in the moments of waking to the second phase are panic, agitation and confusion. A fear of death or annihilation is always involved, yet the horror is sometimes "indescribable" though accompanied by a feeling of doom.

The later recollection as to the manifest dream contents is either dim (vague, hazy) or, on the contrary, the dreamer retains a vivid memory (not unlike a screen memory). It is "intense", "as if real"; in short: more delusory than illusory. This persists and goes over into the second phase.

c) The post-oniric phase differs from the usually comfortable hypnopompic states or reverie after waking up which lead in the normal sleeping and dreaming process into full wakefulness It is characterised by the dreamers as a "half-awake" or "apparently awake" state or dream state which I would prefer to call a delirious twilight state of consciousness. In this a hallucination of the "dead" or endangered baby might occur. This is characterised by the fact that no sensory illusions seem to occur, only a "feeling", or a "feeling as if", a "conviction (knowledge, idea) that", etc. It is not part of a dream and has no proper context. The best description was given by the informants who said that it is a "sensation whithout images" or "not a picture dream" or that "it has no proper context". We would call it a "blank dream" (Lewin 1953).

The second phase of the "o" is usually a somewhat protracted delirium (lasting at least a few minutes) accompanied by feverish activity (agitation) and a deep delusional conviction that a tragedy has occurred or is about to occur. This is characterised by a general state of frightening confusion (lack of memory, judgement, etc.) and disorientation (mostly in space but sometimes also in time) which causes acute anxiety as to whether one is insane and is accompanied by paralysis and/or lack of motor coordination (striping the bed, groping among the bedclothes, etc.) sudden loss of memory amounting to amnesia is felt as regards what the dreamer's activities with the child have been prior to dozing off.

d) In most of the cases "rescue" of the baby was attempted in this confusional state. It seems however that a mental block (owing probably to an anti-cathexis) prevents the individual from i) coordinating the movements and actions in a purposeful way even regarding the delusional aim (the "rescue") and from ii) verifying the situation, either immediately and/or unaided. This seems to point at the ambivalence of the wish for restitution.

e) The "rescue" is attempted and carried out through the instrumentality of the individual's tendency to sleepwalking and/or talking. The first is represented by the search for the baby and the second by the asking for help in sometimes a crescendo of passionate agitation (screaming).

There is however no sleepwalking proper. Motor activities are represented by "rescue operations" of either groping the bedclothes, under the bed, etc., or dashing out of the bed (even falling out of it) in a frantic search for the baby.

f) It is ended by either the sufferer's ascertaining herself that the baby is in his proper place, safe and hale, or having been reassured by the husband who has ascertained it. Sometimes his soothing words may even prevent the dreamer from dashing off before the full "o" delirium has developed—, however, in other cases the unbelieving dreamer is reassured only after having ascertained the facts (previously reported by the husband) herself, even continuing to accuse him despite his strenuous efforts to reassure her. He usually has some difficulties to convince her;—and the "o" phenomenon ceases only after that.—The cessation is sudden. It is sometimes brought about by the more switching on of the lights (by either of them). When reassurance does not work well enough, the dreamer might take, next day, to a kind of fugue, temporarily changing abode, ostensibly accusing the husband's presence for the occurrence of the "o" phenomenon, but more likely as a motor after-effect of the delirium phase.

g) The duration of the "o" occurence is from a few days (weeks) up to several months (even years), when it slowly fades out, being however liable to recur with a new pregnancy, puerperium or lactation. The recurrence appears either in the same "o" form, or in another, but similar "mothers" nightmare.—The "o" process would usually not start before the young mother comes home from the maternity ward and is left to her own resources, or without external support which she needs more, the more sensitive she is and the more dependent she has been on her own mother previously.

The "o" phenomenon may be a definite fantasy (which seems to be the majority), or representing an "uncertain anxiety with a nightmarish character" of some harm happening to the child. In a substantial minority of cases the baby might be, instead of stifled, drowned, falling, dropped, lost (missing) or having suffered, in the mother's fantasy, any other accident.

In this paper I wish to restrict myself to the description mainly of the phenomenon as exemplified by a few patients of mine who displayed a specific, I would say: a prototypic—variety of this "o" experience which I should like to call, owing to the Biblical story, the Solomon version*.—I feel that the "o" phenomenon in general and its, in my view, fullest, most elaborate form,

* Hereafter referred to as "Sv."

the "Sv." in particular, is one of the most fascinating aspects of the puerperal vicissitudes.—

The cited cases refer to non-lactating individuals (mothers who do not breastfeed, have not breastfed, had the (unconscious) intention not to breast feed already while gestating). They had violent reactions against the foetus (e. g. protracted or vehement morning sickness, conversion symptoms, hypochondriac complaints). The above refer also to some non-mothers.—In these cases puerperal breakdown could be prevented or halted through analysis.—Except for the similarity of their social background, their penis envy and the actual "o" fantasy, the anamneses of these cases differ in most other respects.

1. Ivy is about 30, married over a year, an only daughter, with a brother senior to her by 2 years. The father died when she was about 6. She is a primipara, with one daughter. She is a former professional who gave up her career when marrying. Before the child's birth, she looked and behaved in a very mannish way, had only masculine ambitions but in fact longed for being pampered by the (widowed) mother, who actually preferred her brother. She regarded marriage as a means of being authorised to live in an idle way. She wished for a son but is by now, reconciled to have a daughter. First she did not want a child at all. She violently hated her mother and complained about an "inability to cope". She was averse to marrying; only analysis made her less hostile to this idea and to men. She married late. She is still frigid. She denies her positive transference and is very often incoherent during the session because of lack of sincerity.

2. Marina is in her middle thirties, married approx. 10 years ago, an only child whose father died in her early infance. She has 3 children, 2 sons and a daughter between.—She is a housewife, without special qualifications; though, before her marriage, while with her mother contributed to her upkeep. She has no ambitions. Having been inert for many years, after the inception of her treatment she became more active and responsible and can now cope with her duties. She married early. Her frigidity improved in course of the treatment.—She has a fair capacity to form a positive transference and to be sincere.

After a minor depression following the birth of her last son, she broke down approx. 2 years later, at the birth of her daughter (which was preceded by a miscarriage). She has been in analysis since that date.—After 2 years of fairly succesful treatment, she again became pregnant, wished for and has got a second son. She is full of hatred against her daughter, but her previous hatred against her mother has abated. It was however in full swing when she had a fantasy (before her 3rd pregnancy) that her cat (a combination of her hated mother and daughter) jumped on the pregnant abdomen of a similarly pregnant visitor. The patient was "afraid" that it had "smothered" the visitor's baby. Here elements of jealousy of an oedipal character have also clearly appeared (the cat representing also a father figure).

Hatred against the respective mothers was a fairly strong nature in both patients. Both hated and feared their mothers' envy, jealousy, retaliatory attacks and especially their desire to "harm, snatch, maim or kill the baby". In both the ambivalence towards the baby is very strong and the aversion to lactation (i. e. "giving") very virulent. They both tried (unsuccessfully) to breastfeed. This is connected with their frigidity. In Ivy, there are no phobias but a pronounced general timidity coupled with bouts of aggressive querulousness. She has castrative desires against men, wants to have a penis, but did not feel jealous of other women's children prior to her pregnancy, neither did she want to have any herself.—Marina's phobia of small birds and mice

stemmed from her fear of her mother's unborn babies she killed in her fantasy.—Both patients resemble each other in their quite violent, though occasional cleaning bouts and their anal characters. Both felt that their children did not really belong to them but to their mothers who alone were privileged to, and capable of having babies. Neither of them felt confident to give birth to alive (nonanal) babies. Before conception and during pregnancy both felt that they are much too fragile to bear children.

By coincidence the "o" fantasy appeared in both patients under the cover of the well known Biblical story of King Solomon's Judgment which seems to be the mythological prototype symbolising the feelings experienced in the "o" fantasy.

1. In Ivy's case the "Sv." was precipitated by her hatred of the church and her occasional preoccupation with Biblical stories (connected with Sunday School attendance).

She had two dreams, prior to the baby's birth, in which she caused the infant's asphyxiation, with an interval of 4 weeks between them, in the last months of her pregnancy. — From the 5th month onwards she complained that her husband (who in fact is an excessively heavy man), had overlain her, and she was afraid that, during the night, in her sleep, the husband might roll over her.

In the first dream it was not he who had overlain the infant but she had caused, through neglect, its having been overlain. She forgot about its having been left in the adjacent room while she was busy with her own mother and (maternal) family,—some of them dead by now for a long time. When she remembered that the baby's meal was overdue and rushed into the room, she found it entangled in the bedclothes, asphyxiated.—In the second dream (the first one having been already analysed by then), she perfunctorily fed the baby while standing in the kitchen, taking it on and off the breast because she was constantly pestered by her mother and the others coming in and out wanting something. She denied that she did not want to give anything either to mother or to baby, and that mother's (punitive) presence prevented her from harming (perhaps overlaying) the baby in the dream, via her breasts which she felt to be extremely heavy.

Solomon's Judgment was mentioned by her when she said she felt that mother and herself would contest for the baby but that mother would not have wished to have anything to do with a dead (malformed, etc.) one. She, Ivy, should not either, for that matter, and then "not even Solomon would know how to adjudicate".

2. Marina had continually waking and dreaming fantasies about other women wanting to have her baby (there was not even a pregnancy in the offing then). These were: mothers of a) girls, b) morons, c) illegitimate or d) coloured ("half-castle = half-cast") children. It was her belief that they were envious of her healthy children but if they could not get at them, they could at least harm a (hypothetical) unborn infant of hers, would she become pregnant again since foetus are even more vulnerable. This was exacerbated where she in fact became pregnant (the 3rd time). She felt, these women, including her analyst (past child-bearing age) were envious of her and, out of spite, if they could not snatch it, would at least try to destroy it and then she would have a damaged baby.—After a particularly vivid dream of this sort she said that they were like the envious mother of the dead child in the story of Solomon's Judgment, who wanted to snatch a real mother's healthy child. Throughout her whole pregnancy these fantasies persecuted her, this time concerning the foetus (the 3rd child).

About the time of its quickening she had a dream that the baby was born in a bag (caul?) and that she quickly tore that open and away from its mouth lest it asphyxiated.

A "hale child" means, for her: a child with a penis. She never wanted to snatch a girl child. She had a recurrent dream in which she was the first lady of an Oriental monarch and she cut, as if in nuptial preparation, the hair of all the other girls in the harem. From this again Salomon came to her mind, the lilies of the field and whether the woman who had overlain her child was also one of Solomon's concubines.—Earlier in the session she once again spoke about other women begrudging her having babies. However, she felt that she will be punished for having disfigured the other women, by her sons' being taken away from her.

The "Sv." and its occasional appearance in connection with "o" fears show how widespread in space and time the "o" phenomenon is, and how deep rooted in the average human Unconscious. It is more elaborate than the simple, pathetic stories of actual overlaying, as represented, for instance in Yeats' (1963): "The Ballad of Moll Magee" which aims only at rousing sympathy for the stricken mother. The "Sv." points also at the next move of the bereaved and desperate mother. Myths, similar to the "Sv." are to be found also in other than the Jewish lore (e. g., in the Indian one: "Mahosadva's Judgment" (Buitenen 1959)) which shows how conscious the human mind is of the deadly hatred and explosive aggression, accumulated in the bereaved mother: a soul she wants to wrong because she feels wronged. It also appears here and there in a way of an allegory or an analogy even in scientific writing. (e. g. Weisman's essay on "The Psychology of the Art Critic" (1962) compares the critic with Solomon, and his work with S's Judgment.) The "Sv." contains beside the element of overlaying proper, also that of a) the envy of the other woman,—a real mother figure who can produce live babies and can keep them alive,—and b) that of snatching and pretending and, finally, c) the terminal loss of the baby to the other (the legitimate) mother.

There are variations of this story.—Folklore abounds with the crudest type: those of the young mother (" a queen") accused of having eaten up her infant son while in childbed. Suffice to mention "The Six Swans" of the German, (Grimm 1964) and Rhiannon, accused of having eaten her son Pryderi ("Trouble" or "Anxiety") of the Celtic (Welsh) tradition (1949). They show that the irresponsibility of the infanticidal puerpera's delirious state was well known even among people before the advent of Psychology.

It does certainly credit to the ancient (or the primitive tribal) people's psychological sense that, mostly through superstitions, they drew attention to the special evil which seems to emanate from frustrated mothers, particularly those of the dead or malformed child, of babies died in childbirth, miscarriage, etc. This is then projected to women having died in childbirth with a dead child. Empusa and the Lamiae were believed by the Romans, Lilith by the Hebrews, to be out for snatching or harming healthy mothers' healthy children. The "Malleus Maleficorum" (1950) devotes a whole chapter to the question how witch-midwives kill children "at the command of evil spirits and sometimes against their own wills". It mentions also the mother's possible hostility by which children may be offered to the devil by their mothers. "God severely punishes—it says—such a thoughtless ... sacrifice [as a] commendation used angrily by a mother when her husband, after copulating with her says, I hope a child will come out of it; and she answers, May the child go to the devil ... Such children are always, up to the end of their lives, predisposed

to the perpetration of witchcraft..."—If there is no fury like that of a woman scorned (in the sexual relationship), it seems that an even much greater fury attaches itself to the mentality, conscious or unconscious, of a mother thwarted.

A less crude, however more cruel variety is represented by the Herod, respectively, the Pharao fantasy. Both of them were referred to by several of my patients at various times, apart from Ivy and Marina, who drew my attention to them. In both male babies are snatched in order to get killed. The quantitative aspect enhances their gruesome impact. Periferally, the Pied Piper of Hamlin would also enter into this category, with the difference that this version already mitigates the "death" into the "disappearance" of the children. In these stories the protagonists are men. Patients who mentioned these stories were usually ambivalent towards children and had sado-masochistic propensities. I feel these stories represent the going wrong of the baby's protection by the mother against any extraneous attempts by others (perhaps at first, the father, the strongest male of the family) at severing the symbiotic dual unity of by-by and mother.

The "Sv." itself has lived on in the folklore of the Chalk Circle type and their literary elaborations (1963, 1924), in which the baby has to be wrenched away from the holy (protected) precincts of a magic circle which, I feel, represents and emphasizes the boundaries of the security-giving original mother-child symbiotic unity, hence also the "true" however sometimes egotistic maternal love. In this type of story the loss of the baby is more the expression of the mother's humiliation and/or of her starvation and banishment (from the magic, protected circle [the oral element] itself throughout—symbolising also her own security with her own mother in her childhood—than that of a personal possession's loss (the anal element). However it symbolises also castration (the genital element).—It remains uncertain why the fiend-woman covets the baby. The projection here seems to be of a (regressed) cannibalistic nature. In "Mahosadva's Judgment" (Buitenen 1959) it is a ghoul-woman who wants the baby, and in order to eat it.

In the "Changeling"-type of stories, on the other hand, a bad mother is displaced (instead into the figure of an "alter ego", a bad sibling or twin), into a baby ruined by another bad mother figure. This is the joint ultimate product of a projection of self-hatred and mother-hatred on a depressive basis. (It is the converse of a hypomanic projection of an "ideal ego" into a Roman-type genius or juno.*) In the Changeling stories the child represents really the mother's own mother who is felt to be unhelpful. Her "evil" quality is retained but, to start with, the substitute is not powerful. However, this defensive denial of her power cannot be kept up: gradually the Changeling becomes a more and more powerful evil (Lomas 1960, Wyndham 1957). Beside the motivations of the talion law, I feel, this is the reason why a wicked mother has to be represented by a baby (the Growing Force).—However the actual infant appears seldom as an "overlayer" (an "incuba",—ait

* Little divinities worshipped on the house altar, usually on the person's birthday, representing the person's ideal Self.

venia verbo); in the nightmare it is the mother, the "mare" (Jones 1931), the old woman, the witch who, as an "incuba" stifles and is the vehicle of persecutory fears. (Evans [1964] mentions one psychotic case in which the patient's fear was that of being overlain by a daughter.) However it seems to be a quite common neurotic fear of some frigid women that they might be stifled if their men were to lie on top of them. Although there is no overlaying in the Pharao and the Herod story, the fiend is invariably a man.

a) The fiend-woman (or man) represents the orally regressed part, projected, and the "real" mother who eventually wins,—while that one who is afraid of castration, i. e., is on a phallic(-genital) level. This reveals the schizoid tendency in the mental set-up of the sufferer.

b) Being still in an imaginary, never satisfactorily differentiated state of dual unity with their own mothers, the "o" phenomenon is intimately connected with the deeply ingrained (however usually unconscious and ambivalent) conviction of certain young, emotionally immature women that they are somehow also bodily immature (euphemistically called sometimes also: "frail") as compared to the grown-ups, in particular to their own mothers (or mother figures) in their childbearing, feeding capacity and reliability.

c) For the same reason they vacillate between identifying themselves with the woman as the "robber" or the "robbed" with regard to the baby. Neither can they decide which of the "two" babies should figure as the "alive" and which as the "dead" one. Their indecision points to an anal element, and with this, a fixation to it, together with an obsessional character structure. I regard this special indecisive brooding to be at the root of a specifically feminine variation of obsessional neurosis. In the "Mistress Pokai" (Veszy-Wagner 1960) story, the doubt is expressed, which of her two sons (children) a mother should prefer to save, in the case of emergency. This, in a way, is the reverse of the "Sv.": the choice being not between two mothers but between two children. That more than one child could be saved, does not come into consideration, —however it contains the fantasy how to discard the unwanted (reputedly injured or dead) child for the benefit of the reputedly alive one. The Pokai version would link the "Sv." with the Changeling fantasy: to exchange a real baby (deemed imperfect) for a more perfect one,—which points to a "disillusionment in the newborn baby" (Winnicott 1957).

Authors dealing with psychotic cases (A) do not point to the obviously anal character of that variation of the "o" fantasy which can be called the "dropping of the baby" dream, its variations and the connection between certain elements of the "o" fantasy and constipation. The predominantly anal character of the "sropping"-type fantasy seems, however, to bear out both Kestenberg's (1956) tenet that the "death of the baby" fantasy in little girls' early maternal phase represents an anal regression, and Zilboorg's (1930), that women prone to puerperal disorders are fixated on the anal (and phallic) level. The latter is suggested by the fact that the guilt, for which the sufferer of nightmares feels to be punished is, in the ultimate resort, masturbation, and sometimes anal, but usually genital activity.—Later I will return to the anal retention phase as regards the "o" fantasies.

(To be continued in the next issue)

# How One's Choice (of a Way of Life) May Become a Repressive Authority*

Catherine Kuester-Ginsberg**

I

We, Fabyc (a Community called the Family by Choice), in existence for nearly eighteen years and embracing some 80 people, undertook to invite another group of people, 18 in number including children, also to live a community life.

The "newcomers" were left to their own development, after practical help of buying and establishing the living space, in an adjacent, had been provided by Fabyc.

These people, widely differing from one another, had previously undergone private and group therapy. It became their wish to abandon their old restricted form of family life and to join the bigger family, Fabyc, which they had observed, admired and envied as a model for a new way of life.

This was a new undertaking for Fabyc too. Previously Fabyc had, on several occasions, taken in individuals or individual families (apart from guests). But to invite such a large group to join was a new and major event.

I now propose to describe the transition from their previous, conventional every-day life to a more unconventional one: and how the old images and doubts from childhood and environmental experiences again raised their fearful heads with fighting spirits against a new, but misconceived, authority.

What were the obstacles to the new way of life? Mainly the problem of authority and its images, in their varied aspects, as applied to situations and people. The images of authority were in all cases double-faced, fought against and yet desired.

One image of authority made itself known as fears of conventional judgments: of what "the others outside" (including blood family, friends and professional contacts) may think about living together in a community—a dreaded word for convention.

Another image presented itself through the eyes of the "others" as loss of financial prestige, space and so-called freedom.

At the same time the other aspect of authority's image was expressed as pride of belonging to the unconventional!

The next image of authority was now put onto Fabyc, "Fabyc the Superior!", which was accredited with all the fear potentials of a false notion of superiority—as usually by parents when the children and adolescent cannot yet distinguish between their wishes and reality.

Suggestions, or even only questions, by Fabyc were felt as obligations or dictation, e. g. sharing Fabyc's kindergarten, common meals, use of the common schools or the furnishing of common space.

---

* Delivered at the 8th International Congress of Psychotherapy, Milan: August 1970.

** Group Psychotherapist, Richmond, United Kingdom

Again the reverse face of the image of authority showed itself by the demand that Fabyc should be the all-providing and permissive mother.

By some newcomers, even Fabyc's legal obligation towards financial and other commitments were denied and were seen and felt only as a means of exerting oppressive authority over them. Any suggestion that Fabyc had made great efforts and had undertaken considerable responsibilities was fought furiously in a battle, consisting solely of intellectual arguments.

A third image of restricting authority appeared in the guise of time. The women of Fabyc, have devised a schedule for easing of common household tasks and the care of children. The newcomers were invited to join this schedule. This proffered gift was also seen as a restricting authority: though factually working time was reduced to one or two hours a day four times a week, it was fightingly felt by the newcomers as being extended and therefore fought: as they said "Cooking my whole life" and "The last advantage is now gone — no time!"

Even the greatly desired "new life together" was also furnished with the image of restricting authority.

The wished-for close contact was felt as oppressive. Failures were now seen, where before they could hide them and the true behaviour within one's family was laid open to view. Previously envy about money, possessions, background and, strangely enough, about talents became apparent: e. g. "being efficient, able to make decisions, to deal with time, to be known seen or heard"—"one has to be important". As one member said "Only when I feel superior to you then I feel equal!"

In the main these were conflicts about "having". It is important perhaps to stress that material possessions, professional status as well as intellectual physical or psychological gifts were evaluated and envied on the same scale. The fight and envy about them were of the same order, and generated guilt and dislike of oneself, dissatisfaction with one's own life situation despite evident advantages, which one had and the others had not.

The image of the oppressive power of the neighbour was overlaid by an idyllic image, that "all front doors should be open for everybody to come in at any time"; expressed by one saying "I feel guilty, when the door is shut!" On the other hand already "cooking smells" damaged this idyll.

It became evident also that while it had been easy to distinguish and say "this is mine" or "this is yours", the longed-for sharing expression "it is ours" was hard to make real.

Another aspect of the oppressive power of the neighbour was the inability to accept something offered—this time out of fear of being obliged to the neighbour. The range of this inability showed itself in the refusal to accept anything from another person whether as great as the trust of a personal disclosure or as trivial as a cup of tea.

During the 18 months of weekly group therapy it was repeatedly necessary to answer the insulting, begging or factual questions concerning Fabyc's role with the reminder, that while Fabyc was ready to help, the newcomers must find their own way.

It could be said here that, while Fabyc was seen as a challenge, it was also seen as a haven. When in a therapeutic group one newcomer in great demanding aggression was asked whether he would not like to reconsider his choice to stay in the house, he felt the mere question as a threat of being thrown out and replied with angry tears: "I wanted to come here in order to learn to live".

## II

So far I have tried to describe the regression and the outburst of hidden fears caused by a new life situation.

Now I would like to show the change in the inner climate of the newcomers: a change that came about chiefly through the medium of group therapy together with some private talks and personal contacts. Slowly, trust and friendship took the place of envy, jealousy and fear. The new house now lives increasingly its own family life as a Grossfamilie in conjunction with its earlier model, the Family by Choice.

As an example of how the change took place in relation to authority, I take the reaction of one newcomer to myself who am of course often seen as the chief authority image and thus an obstacle.

An example from one of the earlier groups showed the depth of the regression in which one group member (an analysand of my colleague) clothed me in the image of his mother. Intellectually he could see what he was doing but emotionally he was bound to the image. My non-fulfilment of this wished-for role was met on his part with violence both in silence and in outburst.

Healing took place to such an extent that the man very shortly afterwards could visit his own mother, whom he had not seen for several years. The ability to meet his mother with a new-found freedom through insight opened his eyes to the existing reality: eyes which were no longer quite clouded by images.

I would like to state briefly how, during the 18 months of weekly group therapy, changes that had come about were expressed.

The previously mentioned, much-fought schedule became for the women a change of life in "quantity and quality". Insight led to the recognition of a change from: "feeling dead-beat" to "an ability to work". A professional woman, not in the schedule, expressed regret at not being able to enjoy participation in the common work. The schedule was now seen as a means of bringing women and children into closer contact. It was also said "all the children have gained by living here".

Through growing understanding and differentiation, the need for intimacy in the midst of common life was now allowed to exist for husbands, wives and children. Marriages grew into deeper friendships and the small bourgeois tendencies, which tended to obscure the chosen aim, lost, to a great extent, their crippling powers. Creativity grew and laughter was not any longer a stranger in the house of intellectual arguments.

In this short paper I have tried to show, from actual experience in a very special group situation, the gap that exists between theoretical acceptance of the chosen authority and the living experience of it. The theoretical acceptance shows itself mainly as a rational event (a wish) with an emotional complement (mainly excitement), while the living experience, with its slower process, brings in its train irrational reactions which are the very opposite of acceptance. The chosen way then becomes the repressive authority.

Is it not interesting perhaps to discover, from this small and special group experience, something which seems to me to be true for all living choices, ranging from the intimate (e. g. family life and friends) through the professional and various forms of social activity to the political and national realms?

The advantage of such a therapy in groups is that the members become free enough to express their varying emotions which in our everyday life remain hidden. Real choice can develop through examining the repressed fearful antinomies.

**Die „Wahlfamilie"**

C. Kuester-Ginsberg

Die Verfasserin beschreibt die Probleme einer 18 Mitglieder starken Gruppe, die in die seit 17 Jahren bestehende „Wahlfamilie" aufgenommen wurde.

Die „Neuen", die in einem Nachbarhaus wohnten, waren verheiratet, hatten teilweise Kinder und waren unterschiedlich hinsichtlich des Lebensalters und des Berufs.

Zuvor hatten sie von dem Versuch des gemeinschaftlichen Zusammenlebens in der „Wahlfamilie" gehört. Kurze Zeit nach ihrer Aufnahme in die „Wahlfamilie" entstanden bei den Gruppenmitgliedern starke Aggressionen gegen die Autorität der „Wahlfamilie", die ihnen diktatorisch und repressiv erschien. Die von der Verfasserin und ihren Mitarbeitern durchgeführte Gruppentherapie konnte die Aggressionen abbauen.

Nach einem Jahr konnten die „Neuen" im großen Maße in die „Wahlfamilie" integriert werden, wenn es auch noch genügend ungelöste Probleme gab.

Authors address:
Mr. C. Kuester-Ginsberg
Esbyc House, Cumberland Road Kew
Richmond upon Thames, U. K.

# Kongreß und andere Nachrichten / Conventions and other news

## V. Weltkongress für Psychiatrie

*28. November — 4. Dezember 1971* *Ciudad de Mexico*

Der V. Kongress für Psychiatrie findet statt in Mexico City vom 28. November bis zum 4. Dezember 1971, in der Unidad de Congresos der Centro Médico Nacional. Der Weltverband für Psychiatrie hat die Organisation einem Komitee der Asociación Psiquiátrica Mexicana und der Sociedad Mexicana de Neurologia y Psiquiatria übergeben.

*Gebühren*

Kongreßgebühren betragen für volle Mitglieder $ 60.00, für individuelle Mitglieder $ 50.00 und für Begleitpersonen $ 40.00, falls sie bis zum 30. Juni 1971 bezahlt sind. Für Anmeldungen zu einem späteren Zeitpunkt wird eine zusätzliche Gebühr von $ 10.00 für volle Mitglieder und $ 5.00 für Begleitpersonen erhoben.

Falls Anmeldungen einen Monat vor der Eröffnung des Kongresses und später zurückgezogen werden, werden 10 % der Gebühren einbehalten.

Die offiziellen Kongreßsprachen sind: Spanisch, Englisch, Französisch und Deutsch. In den Plenarsitzungen wird es Simultanübersetzungen in jede dieser Sprachen geben. Wissenschaftliche Veranstaltungen: Plenarsitzungen, Symposien, freie Kommunikation, wissenschaftliche Filme und Ausstellungen.

*Kongreßordnung*

Mitglieder psychiatrischer Gesellschaften, die mit dem Weltverband für Psychiatrie affiliiert sind und individuelle Mitglieder können Beiträge einreichen. Teilnahme an den Plenarsitzungen und Symposien ist nur mit Einladung möglich.
Schriftliche Arbeiten und wissenschaftliche Filme sollten bis zum 31. Januar vorgelegt werden.

Eine Zusammenfassung der Arbeit, nicht über 250 Worte, soll bis zum 30. April 1971 an das Sekretariat geschickt werden. Das betrifft Arbeiten für die Plenarsitzungen, Symposien und freie Kommunikation.

Arbeiten, die vorgetragen werden sollen, müssen vor dem 31. August 1971 an das Sekretariat geschickt werden.

Alle Arbeiten und Korrespondenz sind an folgende Adresse zu richten:
Secretariado del „V" Congreso Mundial de Psiquiatria, Apartado Postal 20-123/24, Mexico, D. F.

## V. World Congress of Psychiatry

*November 28 to December 4, 1971* *Ciudad de Mexico*

The Fifth Congress of Psychiatry will be held in Mexico City from November 28 to December 4, 1971, in the Unidad de Congresos of the Centro Médico Nacional.

Its Organization has been entrusted by the World Psychiatric Association to the Committee appointed by the Asociación Psiquiátrica Mexicana and the Sociedad Mexicana de Neurologia y Psiquiatria.

*Fees*

Congress fees are $ 60.00 US Cy for full members (50 when they are individual members of the W. P. A.) and $ 40.00 US Cy for accompanying members if registration is paid before June 30 1971. Those registering after that date will be subject to an extra charge of $ 10.00 US Cy for full members and $ 5.00 US Cy for accompanying members.

A deduction of 10 % will be made if cancellation of registration is requested at least one month before the opening date of the Congress.

The official languages of the Congress are: Spanish, English, French and German. There will be simultaneous translation into each of these languages in the plenary sessions.

There will be four types of scientific activities: Plenary sessions, Symposia, Free communications, Scientific films and exhibitions.

*Congress Rules and Regulations*

Members of psychiatric societies affiliated with the World Psychiatric Association and individual members, may present communications. Participation in the plenary sessions and symposia will be on invitation only.

Those desiring to register papers or scientific films should do so before 31 January 1971.

An abstract of the paper not exceeding 250 words should be sent so as to reach the Secretariado before 30 April 1971. This applies to papers for the plenary sessions, symposia and free communications.

Papers accepted for presentation must be sent so as to reach the Secretariado before 31 August 1971.

All papers and correspondence should be adressed to: Secretariado del "V" Congreso Mundial de Psiquiatria, Apartado Postal 20-123/24, Mexico, D. F.

## III. Internationales Symposium über Analytische Gruppentherapie

GRUPPE UND KREATIVITÄT

vom 1.—7. August 1971 in Stelzerreut/Kumreut bei Passau im Bayrischen Wald

*Veranstalter:*

Deutsche Akademie für Psychoanalyse e. V. (DAP) und
Deutsche Gruppenpsychotherapeutische Gesellschaft e. V. (DGG)

| | |
|---|---|
| *Leitung:* | Günter Ammon (DAP/DGG, Berlin) |
| | Mohamed Said El-Safti (DAP/DGG, Berlin) |
| *Organisation:* | Helmut Volger (DGG, Berlin) |
| | Jürgen Krüger (DGG, Berlin) |
| *Büchertisch:* | Gerlinde Rave (Pinel-Publikationen, Berlin) |
| | Elke Regehr (DGG, Berlin) |

VORLÄUFIGES PROGRAMM

Vom 25. Juli bis einschließlich 5. August 1971 finden T-Gruppen (Gruppendynamische Lehr- und Lerngruppen) statt, die vor Beginn des Kongresses täglich zweimal zusammenkommen, während des Kongresses täglich eine Sitzung jeweils haben. Die Höchstzahl der Teilnehmer ist pro Gruppe auf 8 Personen beschränkt.

Leitung: Gislinde Bass (DAP/DGG, Berlin), Béla Buda (DGG, Budapest), Hans-Joachim Hameister (DAP/DGG, Berlin), Berta Haub (DAP/DGG, München), György Hidas (DGG, Budapest), Günter Hillmann (DGG, München), Dietrich v. Kries (DAP/DGG, Berlin), Jan Pohl (DAP/DGG, Berlin), Mohamed Said El-Safti (DAP/DGG, Berlin).

*Sonntag, 1. August*

Vormittags Begrüßung durch den Vorsitzenden der Deutschen Akademie für Psychoanalyse e. V. und der Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft e. V., Günter Ammon

Begrüßung durch den Vertreter der bayerischen Landesbehörden, Landrat Brandl aus dem Landkreis Wolfstein

*György Hidas* (DGG, Budapest) und *Béla Buda* (DGG, Budapest): Umgestaltung des Gruppenprozesses als Form der psychologischen Kreativität. Gesichtspunkte zur allgemeinen Deutung der Kreativität.

*José Luis Gonzales* (a. G., Mexiko City): Psychoanalyse und Kreativität

Chairmen: Mohamed Said El-Safti (DAP/DGG, Berlin)
Martin Kahleyß (DAP/DGG, München)

Nachmittags *Gisela Ammon* (DAP/DGG, Berlin): Kreativität in der Vorlatenzzeit

*Hector Prado Hnante* (a. G., Mexiko City): Falsche Kreativität in der Gruppenpsychoanalyse

Chairmen: Robert Barnes (a. G., San Antonio)
Klaus Rau (DAP/DGG, Berlin)

20.00 Uhr Mammutgruppe zur Kongreßforschung (für alle Teilnehmer)
Leitung: György Hidas/Béla Buda (DGG, Budapest)

*Montag, 2. August*

Vormittags *Gottfried Bloch* (DGG, Los Angeles): Handhabung des NEIN in der Analytischen Gruppentherapie

*Eugenio und Hilda Gaburri* (a. G., Varese): Der kreative Prozeß in der Gruppenpsychoanalyse

Chairmen: Agustin Palacios (a. G., Mexiko City)
Dietrich v. Kries (DAP/DGG, Berlin)

Gonzales

Nachmittags *Hans-Joachim Hameister* (DAP/DGG, Berlin): Kreativität und Gruppenprozesse

*Agustin Palacios* (a. G., Mexiko City): Kreative Aspekte in der Entwicklung eines psychoanalytischen Gruppenprozesses

Chairmen: Joshua Bierer (a. G., London)
Gislinde Bass (DAP/DGG, Berlin)

20.00 Uhr Mammutgruppe zur Kongreßforschung

*Dienstag, 3. August*

Vormittags *Joshua Bierer* (a. G., London):
Die Entwicklung kreativer Potentiale in der experientiellen Psychotherapie
*Frida Zmud* (a. G., Mexiko City):
Sublimation und Kreativität in einer Gruppe Benediktinermönche
Chairmen: ~~Hector P. Huante (a. G., Mexiko City)~~ Krapf-Ebing
~~H.-J. Hameister (DAP/DGG, Berlin)~~

Nachmittags *Mohamed Said El-Safti* (DAP/DGG, Berlin):
Psychoanalyse und Kreativität
~~*Mauricio Knobel* (DGG, Buenos Aires):~~
~~Kreativität und Gruppenprozesse in der Adoleszenz~~
Chairmen: György Hidas (DGG, Budapest)
Gisela Ammon (DAP/DGG, Berlin)

20.00 Uhr Mammutgruppe zur Kongreßforschung

*Mittwoch, 4. August*

Vormittags Diskussion der gehaltenen Vorträge mit kurzen Statements der für die Referenten wesentlichen Ergebnisse ihrer vorgetragenen Arbeiten
Diskussionsleitung: György Hidas (DGG, Budapest)
~~Agustin Palacios (a. G., Mexiko City)~~ Hillmann

Nachmittags Fahrt zum Dreisessel oder Donaufahrt ab Passau

20.00 Uhr Mammutgruppe zur Kongreßforschung

*Donnerstag, 5. August*

Vormittags *Günter Hillmann* (DGG, München):
Kreativität und Trennungsangst im Arbeitsprozeß
*Theodor Dozuskov* (a. G., Prag):
Das Mit-Ich in der Gruppenpsychotherapie
*G. B. Barolin* (a. G., Graz):
Mehrere Therapeuten in einer Gruppe
Chairmen: Gottfried Bloch (DGG, Los Angeles)
Jan Pohl (DAP/DGG, Berlin)

Nachmittags *Günter Ammon* (DAP/DGG, Berlin):
Kreativität und Ich-Struktur
*Catherine K. Ginsberg* (a. G., London):
Die Wahlfamilie
Chairmen: ~~Mauricio Knobel (DGG, Buenos Aires)~~
Giorgio Foresti (DGG, Padua)

20.00 Uhr Empfang in der Tagesklinik für Intensive Gruppenpsychotherapie Stelzerreut/Kumreut

*Freitag, 6. August*

Vormittags ~~*Robert Barnes* (a. G., San Antonio):~~
~~Kreative Prozesse in Community-Gruppen~~
*Dietrich von Kries* (DAP/DGG, Berlin):
Zur Psychologie kreativer Gruppenprozesse
*Djalma Teixeira de Oliveira* (a. G., Minas Gerais)
Objektivierung des Unbewußten als Voraussetzung zum Erkenntnisprozeß
Chairmen: ~~José Luis Gonzales (a. G., Mexiko City)~~ Monday
~~Elisabeth Wieneke (DGG, Berlin)~~

Nachmittags Erste Auswertung der Ergebnisse der Studiengruppe zur Kongreßforschung

19.00 Uhr Mitgliederversammlung der DAP

20.00 Uhr Mitgliederversammlung der DGG

*Samstag, 7. August*

Vormittags Diskussion der gehaltenen Vorträge mit kurzen Statements der für die Referenten wesentlichen Ergebnisse ihrer vorgetragenen Arbeiten

Nachmittags Zweite Auswertung der Ergebnisse der Studiengruppe zur Kongreßforschung

*Anmeldungen:* Dr. med. Günter Ammon, Lehr- und Forschungsinstitut für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik (LFI) -Ausbildungsinstitut für Psychoanalyse, 1 Berlin 15, Wielandstr. 27/28, Tel. 8 83 06 24, 8 83 07 24.

Für die Teilnahme an den T-Gruppen ist eine gesonderte Anmeldung erforderlich.

*Kongreßgebühren:* Für Mitglieder der Deutschen Akademie für Psychoanalyse e. V. und der Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft e. V.:
DM 100,—, Teilnahme an den T-Gruppen kostenlos.

Für Nicht-Mitglieder:
DM 200,–, Teilnahme an den T-Gruppen DM 50,–.

Die Teilnahme an der Mammutgruppe zur Kongreßforschung ist kostenlos, da sie zum allgemeinen Kongreßprogramm gehört.

*Unterkunft:* Die Teilnehmer werden gebeten, sich an das Fremdenverkehrsamt Freyung, 8392 Freyung, zu wenden, da die Organisationsleitung für die Vorbereitung und Durchführung des Kongresses keine Unterkünfte vermittelt.

Vom Fremdenverkehrsamt Freyung können in der Nähe des Kongreßortes gelegene preiswerte und komfortable Hotels und Pensionen vermittelt werden. Auf Wunsch übersendet die Organisationsleitung für den Kongreß Prospekte (Helmut Volger, 1 Berlin 15, Wielandstr. 27/28).

*Anreise:* Bahnverbindung über Passau, Station Röhrnbach.
Autoverbindung über die Bundesstraße B 12, zwischen Passau und Freyung.

## III. International Symposium on Analytic Group Psychotherapy

GROUP AND CREATIVITY

August, 1st – 7th in Stelzerreut/Kumreut, Passau, Bavarian Forest

*organised by*
German Academy for Psychoanalysis (Deutsche Akademie für Psychoanalyse e. V. (DAP)) and
German Group Therapeutic Society (Deutsche Gruppenpsychotherapeutische Gesellschaft e. V. (DGG))

*Direction:* Günter Ammon (DAP/DGG, Berlin)
Mohamed Said El-Safti (DAP/DGG, Berlin)
*Organisation:* Helmut Volger (DGG/Berlin)
Jürgen Krüger (DGG, Berlin)
*Books:* Gerlinde Rave (Pinel-Publ., Berlin)
Elke Regehr (DGG, Berlin)

PROGRAM

From 25th July to 5th August, T-groups will be organised and held twice daily. During the symposium they will meet once a day. Maximum number of participants in a group: Chairmen of T-groups: Gislinde Bass (DAP/DGG, Berlin), Béla Buda (DGG, Budapest), Hans-Joachim Hameister (DAP/DGG, Berlin), Berta Haub (DAP/DGG, München), György Hidas (DGG, Budapest), Günter Hillmann (DGG, München), Dietrich v. Kries (DAP/DGG, Berlin), Jan Pohl (DAP/DGG, Berlin), Mohamed Said El-Safti (DAP/DGG, Berlin).

*Sunday, August 1st*

a. m. Opening speech by the president of the German Academy for Psychoanalysis (DAP) and of the German Group Therapeutic Society (DGG): Günter Ammon

Welcome speech by the representative of the Bavarian local administration: Landrat Brandl

György Hidas (DGG, Budapest) and Béla Buda (DGG, Budapest): Modification of the Group Process as a Form of Psychological Creativity: Viewpoints towards a General Interpretation of Creativity

*José Luis Gonzales* (guest, Mexico City): Psychoanalysis and Creativity

Chairmen: Mohamed Said El-Safti (DAP/DGG, Berlin)
Martin Kahleyß (DAP/DGG, München)

p. m. *Gisela Ammon* (DAP/DGG, Berlin: Creativity in Prelatency

*Hector Prado Huante* (guest, Mexico City): False Creativity in Group Psychoanalysis

Chairmen: Robert Barnes (guest, San Antonio)
Klaus Rau (DAP/DGG, Berlin)

8 p. m. Extended T-Group for all participants for research congress-dynamics
Direction: György Hidas/Béla Buda (DGG, Budapest)

*Monday, August 2nd*

a. m. *Gottfried Bloch* (DGG, Los Angeles): The Management of the NO-Reaction in Analytic Group Therapy

*Eugenio and Gilda Gaburri* (guests, Varese): The Creative Process in Group Psychoanalysis

Chairmen: Agustin Palacios (guest, Mexico City)
Dietrich v. Kries (DAP/DGG, Berlin)

p. m. *Hans-Joachim Hameister* (DAP/DGG, Berlin): Creativity and Group Processes

*Agustin Palacios* (guest, Mexico City): Aspects of Creativity in the Evolution of Psychoanalytic Group Processes

Chairmen: Joshua Bierer (guest, London)
Gislinde Bass (DAP/DGG, Berlin)

8 p. m. Extended T-Group for all participants for research in congress-dynamics

*Tuesday, August 3rd*

a. m. *Joshua Bierer* (guest, London):
The Development of Creative Potentials in Experiental Psychotherapy

*Frida Zmud* (guest, Mexico City):
Sublimation and Creativity in a Group of Benedictine Monks

Chairmen: Hector P. Huante (guest, Mexico City):
H.-J. Hameister (DAP/DGG, Berlin)

p. m. *Mohamed Said El-Safti* (DAP/DGG, Berlin):
Psychoanalysis and Creativity

*Mauricio Knobel* (DGG, Buenos Aires):
Creativity and Group Processes in Adolescency

Chairmen: György Hidas (DGG, Budapest)
Agustin Palacios (guest, Mexico City)

8 p. m. Extended group for all participants for research in congress-dynamics

*Wednesday, August 4th*

a. m. Discussion of the papers presented with short statements on the essentials of the papers by the referents

Chairmen: György Hidas (DGG, Budapest)
Agustin Palacios (guest, Mexico City)

p. m. Excursion into the Bavarian Forest (Czech Border) or
Excursion to Passau, Steamboat on the River Danube

8 p. m. Extended group for all participants for research in congress-dynamics

*Thursday, August 5th*

a. m. *Günter Hillmann* (DGG, München):
Creativity and Separation Anxiety in the Working Process

*Theodor Dozuskov* (guest, Prague):
The Role of Con-Ego in Group Psychotherapy

*G. B. Barolin* (guest, Graz):
Several Therapists in one Group

Chairmen: Gottfried Bloch (DGG, Los Angeles)
Jan Pohl (DAP/DGG, Berlin)

p. m. *Günter Ammon* (DAP/DGG, Berlin):
Creativity and Ego-Structure

*Catherine K. Ginsberg* (guest, London):
The Family of Choice

Chairmen: Mauricio Knobel (DGG, Buenos Aires)
Giorgio Foresti (DGG, Padova)

8 p. m. Reception in the Open Day Hospital for Intensive Group Psychotherapy Stelzerreut/Kumreut

*Friday, August 6th*

a. m. *Robert Barnes* (guest, San Antonio):
Creative Processes in Community Groups

*Dietrich von Kries* (DAP/DGG, Berlin):
On the Psychology of Creative Group Processes

*Djalma Teixeira de Oliveira* (guest, Minais Gerais):
Objectivation of the Unconscious as Preliminary Process to Insight
Chairmen: José Luis Gonzales (guest, Mexico City)
Elisabeth Wieneke (DGG, Berlin)

p. m. First Evaluation of the results of the research-group in congress dynamics

7 p. m. General Member Assembly of the DAP

8 p. m. General Member Assembly of the DGG

*Saturday, August 7th*

a. m. Discussions of the papers presented with short statements on the essentials of the papers by the referents

p. m. Second evaluation of the results of the research-group in congress-dynamics

*Registration:* Dr. med. Günter Ammon, Lehr- und Forschungs-Institut für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik, (LFI), 1 Berlin 15, Wielandstr. 27/28

Phone 8 83 06 24 / 8 83 07 24

Registration for participation in T-groups separately.

*Congress fees:* For members of the German Academy for Psychoanalysis (DAP) and of the German Grouptherapeutic Society (DGG):

Congress DM 100,—, T-groups free

For other participants:

Congress DM 200,–, T-groups DM 50,–

Participation in the extended T-group in congress-dynamics is included in the congress program and therefore free of charges.

*Lodging:* The participants are requested to address to

Fremdenverkehrsamt Freyung
8392 Freyung / Niederbayern

for the reservation of hotels since the Organisational Committee for the Congress does not provide lodging facilities.

On request Mr. Volger (1 Berlin 15, Wielandstr. 27/28) will send prospectus.

*Travelling:* Train via Passau, Station Röhrnbach.

Car: Bundesstraße B 12, Kumreut between Passau and Freyung.

# Mitteilungen der DAP/DGG / Communications of the DAP/DGG

## Bericht über die feierliche Einweihung einer zweiten Etage für das Lehr- und Forschungsinstitut für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik (LFI) — Ausbildungsinstitut für Psychoanalyse –

Am 7. und 8. November 1970 eröffneten im Rahmen eines Festprogramms die Deutsche Akademie für Psychoanalyse e. V. (DAP) und die Deutsche Gruppenpsychotherapeutische Gesellschaft e. V. (DGG) die zweite Etage ihres Lehr- und Forschungsinstituts für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik (LFI), Ausbildungsinstitut für Psychoanalyse, in Berlin 15, Wielandstr. 27/28.

Vorausgegangen war am 6. November eine Pressekonferenz, an der zahlreiche Vertreter von Presse, Funk und Fernsehen teilnahmen. Der Gründer und Leiter des Instituts, Präsident beider Trägergesellschaften, Dr. med. Günter Ammon, erläuterte Ziele und Aufgaben des Instituts und der Gesellschaften und gab einen Überblick über die bisher geleistete Arbeit.

Besonders betonte Ammon die Notwendigkeit, die psychoanalytische Ausbildung zu erweitern, daß sie den durch die Anwendung psychoanalytischer Erkenntnisse in Psychiatrie und Sozialarbeit neu entstandenen Bedürfnissen und Möglichkeiten wirklich entsprechen könne. Er stellte in diesem Zusammenhang das Ausbildungsprogramm des LFI als einen Versuch vor, den wachsenden Anforderungen gerecht zu werden, die heute an die psychoanalytische Ausbildung gestellt werden müssen.

Aus diesem Grunde verbinde das Ausbildungsprogramm des LFI die Ausbildung zum Psychoanalytiker mit einer Ausbildung zum Gruppenpsychotherapeuten und beziehe Kurse in den Fächern Dynamische Psychiatrie, Dynamische Psychologie, Gruppendynamik, Gesellschaftswissenschaften, Kriminologie und die Kindergartenarbeit in den Lehrplan mit ein.

Wie sich an den folgenden Tagen feststellen ließ, hatte das LFI eine gute Presse mit ausführlichen und pointierten Artikeln in der „Zeit", dem „Tagesspiegel", dem „Telegraf", der „Süddeutschen Zeitung", dem „Colloquium" und der „Welt", sowie in mehreren Rundfunksendungen im NDR, WDR, SWDR, SFB und im kanadischen Rundfunk gefunden.

Am Abend des gleichen Tages fanden Mitgliederversammlungen der DAP und der DGG statt. Neue Mitglieder wurden aufgenommen und die Struktur der Gesellschaften weiter gestrafft und gefestigt.

Am Sonnabend, dem 7. und am Sonntag, dem 8. November fand dann die feierliche Eröffnung im Rahmen eines Festprogramms statt, das eine Reihe wissenschaftlicher Vorträge umfaßte. Zahlreiche Gäste aus dem In- und Ausland waren erschienen, Grußbotschaften führender Analytiker und Therapeuten aus aller Welt wurden verlesen, unter anderen von Manfred Bleuler (Schweiz), Robert Barnes (USA), Slavson (USA), Holzkamp (Berlin), Friedemann (Schweiz), Kotkov (USA), Spiegelberg (Stuttgart), Rubins (USA), Hidas/Buda (Ungarn), Knobel (Argentinien), Gonzales (Mexiko), von Renthe-Fink (Deutsches Rotes Kreuz, Berlin) und W. Schulte (Tübingen).

Einen Höhepunkt bildete der Festvortrag von Masud M. Khan (London), der sich mit den Problemen der psychoanalytischen Ausbildung beschäftigte und die psychoanalytische Ausbildung am Lehr- und Forschungsinstitut als vorbildlich darstellte, nämlich die Kombination von einer intensiven Lehranalyse (bei einer Frequenz von 5 Wochenstunden mindestens 600 Stunden) mit eigener gruppentherapeutischer Erfahrung von mindestens 200 Stunden und einem halbjährigen Praktikum im Psychoanalytischen Kindergarten. Er sei tief beeindruckt von dem, was er hier am LFI vorgefunden hätte, nämlich eine glückliche, große Familie.

Dr. Ammons Festvortrag brachte wichtige Ansatzpunkte zu einer neuen psychoanalytischen Theorie der Aggression als einer zentralen und übergeordneten Ich-Funktion. Der Münchener Gruppenanalytiker und Rowohlt-Autor Dr. Günter Hillmann präsentierte einen an konkreten Erfahrungen von Selbsterfahrungsgruppen in Internaten orientierten gruppendynamischen Forschungsbeitrag. Während Lic. Lett. El-Safti, Stellvertretender Leiter des LFI, einen Vortrag über die Arbeit des Instituts hielt, sprach H.-J. Hameister (Berlin), als Vertreter der Studentenschaft des LFI, über das Institut als „befreites Gebiet" und zog Parallelen zu dem Lebenswerk des Fürsten Kropotkin und der frühen Arbeiterbewegung. Das wissenschaftliche Programm wurde abgeschlossen mit dem Vortrag von Gisela Ammon „Auf dem Wege zu einem Psychoanalytischen Kindergarten", am Sonntag, dem 8. November. Masud M. Khan (London), einer der engsten Winnicott-Schüler, trug einen vorbereiteten Diskussionsbeitrag vor und gab Frau Ammon die so lange verwehrte Anerkennung der internationalen Psychoanalyse. Er zog Parallelen von Frau Ammons Werk im Psychoanalytischen Kindergarten zu der engeren Ausbildung zum Psychoanalytiker und zur psychoanalytischen Arbeit im klassischen Sinn, da wie er meinte, jeder Analytiker auch die innere Bereitschaft zum Spiel (play) haben müsse, wobei er auf das prozeßhafte des playing hinwies und den Unterschied von game und roles, die nach vorgegebenen Regeln verlaufen und der Spontaneität des play herausstellte.

Ein weiterer Glanzpunkt war der festliche Empfang am Samstagabend, zu dem die beiden Gesellschaften eingeladen hatten. Unter den mehr als 100 Gästen — darunter psychoanalytische und psychiatrische Prominenz — fielen besonders die jungen Gesichter jener wachsenden Gruppe junger Psychiater, Analytiker, Sozialarbeiter und Psychologen auf, die gemeinsam mit Ammon daran arbeiten, die Schranken zu überwinden, welche die Psychoanalyse in Theorie und Praxis an der Wahrnehmung ihrer gesellschaftlichen Aufgabe hindern. Einige Mitglieder der Deutschen Psychoanalytischen Gesellschaft und der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung kamen ins Gespräch mit Mitgliedern der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) und erörterten die Möglichkeit ihrer Aufnahme in die DAP.

Bei der Besichtigung der neuen Räume des LFI, die von der Gruppe der Ausbildungskandidaten und Dozenten in gemeinsamer Arbeit renoviert worden waren, fand der Psychoanalytische Kindergarten, den Gisela Ammon zusammen mit ihren Mitarbeitern entwickelt hat und den sie leitet, besondere Beachtung.

## Festivities on the Occasion of the Opening of the LFI

From November 7th to 8th, 1970 the German Academy for Psychoanalysis (DAP) and the German Group Therapeutic Society (DGG), celebrated the opening of new rooms of their Institute for Training and Research.

The day before, a press conference had been held, which was visited by numerous members of the press, broadcasting and television. The founder and head of the Institute, Dr. Günter Ammon, president of both societies, presented the aims and tasks of the Institute and the two societies and gave a brief review on the work done so far.

Dr. Ammon stressed the necessity of widening the psychoanalytic training in order to meet the new possibilities which arise from the application of psychoanalytic concepts on psychiatry and social work. The training program of the LFI is a new trial to cope with these demands of present psychoanalytic practice and theory. Therefore, it combines the training for psychoanalysis with the training for group psychotherapy and includes courses in Dynamic Psychiatry, Dynamic Psychology, Group Dynamics, Social Sciences, Criminology and practice in the Kindergarten.

Good articles were published in the course of the following days in German newspapers like the "Zeit", the "Tagesspiegel", the "Telegraf", and the "Welt", in different German broadcasting and television companies and the Canadian Broadcasting Corporation.

On the evening of the same day the general assemblies of the DAP and DGG took place with the admission of 2 new members in the DAP and 13 in the DGG.

On Saturday and Sunday the solemn opening was celebrated with a scientific program, including several lectures. A lot of guests from inland and abroad were present, many cordial messages of well-known analysts and therapists from all over the world were read, among others from Manfred Bleuler (Switzerland), Robert Barnes (USA), Slavson (USA), Holzkamp (Berlin), Friedemann (Switzerland), Kotkov (USA), Spiegelberg (Stuttgart), Rubins (USA), Hidas/Buda (Hungaria), Knobel (Argentinia), Gonzales (Mexico), Stollberg (Erlangen), von Renthe-Fink (German Red Cross, Berlin) und Schulte (Tübingen).

An important contribution to the scientific program was the lecture of M. Masud Khan (London) who dealt with problems of psychoanalytic training referring to the program of the LFI as a model because of its combination of an intensive training analysis (600 hours with a frequency of five hours a week) with experience in group psychotherapy (200 hours) and a half-year practice in the Psychoanalytic Kindergarten. He said he was deeply impressed by the active group who, he said, constitutes a "happy family".

Dr. Ammon's lecture gave an essential contribution to a new psychoanalytic theory of aggression understood as a central ego-function. Dr. Günter Hillmann, group analyst from Munich, spoke about his experiences with sensitivity-groups in internates. While M. Said El-Safti, Assistant Director of the Institute, reported about the work of the Institute in training and research, H. J. Hameister spoke on behalf of the students of the LFI about the Institute being a "liberated area". He paralleled to the work of Kropotkin and the early workers' movement. The scientific program ended with a report of Gisela Ammon on the Psychoanalytic Kindergarten. Masud M. Khan, a close pupil of Winnicot, made a discussion remark and rendered Frau Ammon the so long denied acknowledgement of the international psychoanalysis. He parallelled Mrs. Ammon's work in the Psychoanalytic Kindergarten with classical psychoanalysis, since as he saw it, every analyst has to have the inner readiness for play. Pointing to the creative processes in playing he differentiated between play and game, game consisting of rules and lacking the spontaneity of the play.

On Saturday evening a reception took place on the invitation of both societies. Among more than 100 guests — many of them psychoanalysts and psychiatrists — the young faces of a growing group of young psychiatrists, analysts, social workers, and psychologists were striking, who cooperate with Ammon to overcome the barriers hindering psychoanalysis to become in theory and practice socially relevant. Some of the analysts of the German Psychoanalytic Association (DPV) and the German Psychoanalytic Society (DPG) came in touch with members of the DAP and discussed the possibilities of admission as members into the DAP.

Visiting the new rooms of the LFI which had been restored by the candidates and the lecturers in common, the Psychoanalytic Kindergarten which was developed by Gisela Ammon and her co-workers found special attention.

### Mitgliederversammlung der DAP und der DGG

Am 6. 11. 1970 fanden die 3. ordentliche Mitgliederversammlung der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e. V. und die 8. ordentliche Mitgliederversammlung der Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft e. V. (DGG) statt. Auf der Tagesordnung beider Versammlungen stand die Aufnahme neuer Mitglieder,

Berichte über die wissenschaftlichen Aktivitäten des Lehr- und Forschungsinstitutes für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik (LFI), ein Überblick über den Ausbildungsstand der Ausbildungskandidaten am LFI sowie Finanzberichte. In die DAP wurden zwei neue Mitglieder, in die DGG 13 neue Mitglieder aufgenommen.

### General Assemblee of the DAP and DGG

On the 6th of November 1970 the third general assemblee of the Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP) e. V. and the eighth general assemblee of the Deutsche Gruppenpsychotherapeutische Gesellschaft e. V. (DGG) took place in the rooms of the Lehr- und Forschungsinstitut für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik (LFI) Berlin, Wielandstraße. Among the topics of discussion and resolution were reports about the scientific activities of the Lehr- und Forschungsinstitut, a surview of the training in the Lehr- und Forschungsinstitut, financial reports and the admission of new members. Two new members were admitted to the DAP, thirteen new members to the DGG.

### Erklärung der Deutschen Akademie für Psychoanalyse e. V.

Die Deutsche Akademie für Psychoanalyse e. V. hat mit Betroffenheit den Entwurf eines Zentralregistergesetzes zur Kenntnis genommen, der eine lebenslängliche Zwangsregistrierung psychisch Kranker vorsieht.

Sie erklärt, daß eine solche Vorschrift, durch die psychisch Kranke für generell gemeingefährlich und darüber hinaus für unheilbar erklärt werden, alle Bemühungen um eine dynamische und humane Therapie zur Aussichtslosigkeit verurteilt.

Sie ist darüber befremdet, daß Regierung und Parlament weder die Deutsche Akademie für Psychoanalyse e. V. noch die anderen Fachvereinigungen bei diesem Vorhaben konsultiert haben, das für alle psychotherapeutische Arbeit einschneidende Konsequenzen hat. Sie protestiert mit Nachdruck gegen diesen Versuch, unter dem Vorwand einer technischen Rationalisierung der Verwaltung, unhaltbare Vorurteile gesetzlich zu legitimieren.

Die Deutsche Akademie für Psychoanalyse e. V. fordert daher alle im Bundestag vertretenen Parteien auf, die Verabschiedung dieser menschenfeindlichen Gesetzesvorlage zu verhindern und stattdessen endlich Maßnahmen einzuleiten, die der tatsächlichen Verbesserung der Lage psychisch Kranker in der BRD dienen können.

### Erklärung der Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft e. V.

Mit Entschiedenheit wendet die Deutsche Gruppenpsychotherapeutische Gesellschaft e. V. sich gegen den Entwurf eines Zentralregistergesetzes für die Bundesrepublik, der eine Zwangsregistrierung psychisch Kranker auf Lebenszeit vorsieht.

Sie ist befremdet von der Tatsache, daß Regierung und Parlament es bisher nicht für nötig hielten, in dieser für alle therapeutische Arbeit so schwerwiegenden Frage, die Deutsche Gruppenpsychotherapeutische Gesellschaft e. V. sowie die übrigen Fachgesellschaften zu konsultieren.

Die Deutsche Gruppenpsychotherapeutische Gesellschaft e. V. erklärt, daß die vorgesehene Regelung, welche dem virulenten Vorurteil, daß psychisch Kranke unheilbar und gemeingefährlich seien, die gesetzliche Legitimation verschafft, alle therapeutische Arbeit ernstlich bedroht, wenn nicht unmöglich macht.

Die Deutsche Gruppenpsychotherapeutische Gesellschaft fordert daher die im Bundestag vertretenen Parteien auf, die Verabschiedung dieses menschenfeindlichen Entwurfes zu verhindern und endlich Schritte einzuleiten, welche die katastrophale Situation psychisch Kranker in der Bundesrepublik Deutschland wirksam verbessern können.

## Zur Protestaktion der Pinel-Gesellschaft gegen den Zentralregistergesetz-Entwurf der Bundesregierung

Im September dieses Jahres begann die Pinel-Gesellschaft e. V. mit ihrer Protestaktion gegen das von der Bundesregierung geplante Zentralregistergesetz. Es sieht die Registrierung nicht nur der mit dem Gesetz in Konflikt gekommenen psychisch Kranken vor, sondern darüber hinaus auch aller derjenigen, die allein ihrer Krankheit wegen in eine Heil- und Pflegeanstalt eingewiesen werden. Da das Zentralregister u. a. für die Ausstellung von Führungszeugnissen benutzt werden soll, würde eine Resozialisierung psychisch Kranker praktisch unmöglich.

Gegen diesen Gesetzentwurf wandte sich die Pinel-Gesellschaft in ihrem Flugblatt „Informationen zur Lage der psychisch Kranken in der Bundesrepublik und Westberlin, Nr. 1", das bisher in einer Auflage von 30 000 Exemplaren verteilt bzw. verschickt wurde. Hauptadressaten dieser Kampagne waren die öffentlichen und privaten Ausbildungsstätten für soziale Berufe und Heilberufe, Schulen, Universitäten, Kirchen und Krankenhäuser. Außerdem wurden Briefe mit Protestaufrufen an die Institutionen und Gruppen abgesandt, die mittelbar oder unmittelbar mit der Rehabilitation psychisch Kranker zu tun haben. Ähnliche Protestbriefe erhielten alle Bundestagsabgeordneten. Die Massenmedien wurden von der Protestaktion informiert, Parteien, Gewerkschaften und Kirchen angeschrieben.

Die Aktion löste ein lebhaftes Echo aus. Täglich treffen Unterschriften — bisher ungefähr 2000 — und Geldspenden ein, die sich inzwischen auf ca. 2000,— DM belaufen. Viele der sich mit unserer Aktion Solidarisierenden forderten weiteres Informationsmaterial an oder erboten sich, Flugblätter zu verteilen. Die Bundestagsabgeordneten Tallert (SPD) und Picard (CDU) haben sich mit ihrer Unterschrift unserer entschiedenen Ablehnung des Gesetzentwurfs angeschlossen.

Die Humanistische Union griff unseren Protest auf und wird über 3000 unserer „Informationen Nr. 1" ihrem nächsten Mitteilungsblatt beilegen. Die Evangelische Studentengemeinde in der BRD und in Berlin hat die Verteilung mehrerer Tausend Flugblätter übernommen. Im Sender Freies Berlin wurde Anfang Oktober in der Sendung „Hochschule und Gesellschaft" über den Entwurf und die Protestaktion der Pinel-Gesellschaft gegen die Diskriminierung psychisch Kranker informiert, der Westdeutsche Rundfunk bereitet ebenfalls eine Sendung zu diesem Thema vor.

Außer der Pinel-Gesellschaft haben der Deutsche Ärztetag, die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde, das Diakonische Werk und der Aktionsausschuß für die Hilfe für psychisch Kranke beim Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge gegen den Gesetzentwurf protestiert.

Auf unseren Protest hat der Vorsitzende des Sonderausschusses für die Strafrechtsreform, Dr. Müller-Emmert, im Oktober geantwortet. Seine Argumentation geht dahin, daß die Bemühungen um die Resozialisierung psychisch Kranker durch das „öffentliche Interesse" eingeschränkt werden müsse. Überdies sei der Entwurf so verändert worden, daß nunmehr eine Streichung aus der Kartei nach erfolgreicher Behandlung durch Antrag beim Generalbundesanwalt unter Hinzuziehung eines in der Psychiatrie erfahrenen Arztes erreicht werden könne. Inzwischen hat der Strafrechtssonderausschuß den Entwurf auch dahingehend geändert, daß die Auskunftspflicht über Eintragungen psychisch Kranker in das Zentralregister weitgehend auf Gerichte und Staatsanwaltschaften beschränkt werden soll.

Die Pinel-Gesellschaft steht auf dem Standpunkt, daß mit dieser Modifizierung des Entwurfs noch keine grundlegende Verbesserung erreicht ist. Denn nach wie vor werden psychisch Kranke als potentielle Gesetzesbrecher betrachtet, was sowohl ihre Therapie als auch ihre Resozialisierung nahezu unmöglich macht. Auch bezüglich der Bestimmungen über die Streichung aus dem Zentralregister müssen wir den Entwurf weiterhin

ablehnen: solange die Psychiater, wie das bei uns leider noch der Fall ist, eine ganze Reihe psychischer Krankheiten für unheilbar halten, wird die Löschung aus dem Register häufig unmöglich bleiben.

Die Pinel-Gesellschaft wird ihre Protest-Aktion deshalb fortsetzen; sie wird die Öffentlichkeit weiterhin über das Gesetz informieren und zum Widerstand dagegen aufrufen. Eine Informationsschrift Nr. 2 wird dazu vorbereitet.

### Ammons-Buch, ein wissenschaftlicher Bestseller

Zehn Wochen nach Erscheinen des Buches von Günter Ammon „Gruppendynamik der Aggression" wurden bereits 1200 Exemplare verkauft.

### Wissenschaftliche Vorträge der Mitglieder der DAP

1. Günter Ammon: *Gruppe und Aggression — Eine psychoanalytische Untersuchung zur Aggressionsdynamik der Familiengruppe*
   Vortrag gehalten auf dem 8. Internationalen Kongreß für Psychotherapie in Mailand am 27. 8. 1970

2. *Freizeitgestaltung im Rahmen einer gruppendynamischen Milieutherapie*
   Vortrag gehalten am 2. Oktober 1970 auf dem 3. Symposium über Grundlagen und Fragen der Gesundheitsbildung in Höhenried bei Bernried

3. *Gruppendynamik in Studium und Forschung*
   Vortrag gehalten am 17. Oktober 1970 an der Universität in Dortmund, Abteilung Raumplanung

4. *Die Gruppenpsychotherapie im Rahmen der Sozialpsychiatrie*
   Vortrag gehalten am 25. Oktober 1970 in Bad Nauheim auf dem Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde

5. *Aggression und Ich-Entwicklung in der Gruppe*
   Vortrag gehalten am 4. November 1970 in der Sozialpädagogischen Fortbildungsstätte Berlin

6. H.-J. Hameister: *Ich-Entwicklung und Familie*
   Vortrag gehalten am 27. Mai 1970 vor der Evangelischen Arbeitsgemeinschaft für Familienfragen, Berlin

7. *Die Bedeutung der Gruppe für den Prozeß der psychischen Entwicklung*
   Vortrag gehalten am 26. Oktober 1970 vor Sozialarbeitern in Berlin

8. *Bedingungen der Vorschulerziehung*
   Vortrag gehalten am 26. November 1970 vor der Planungsgruppe für ein Kinderzentrum des Senators für Familie, Jugend und Sport

9. Gisela Ammon: *Beobachtungen im Psychoanalytischen Kindergarten*
   Vortrag gehalten am 23. 1. 1970 vor der Pinel-Gesellschaft im Haus „Ring Politischer Jugend", Berlin

10. Gisela Ammon: *In Problemen der Vorschulpädagogik: Erfahrungen aus dem Psychoanalytischen Kindergarten*
Vortrag gehalten am 18. 6. 1970 vor dem Vorschulpädagogischen Weiterbildungsseminar der Ev. Aktionsgemeinschaft für Familienfragen, Berlin

11. *Handhabung von Aggression und Sexualität im Psychoanalytischen Kindergarten*
Vortrag gehalten am 11. 9. 1970 vor der Pinel-Gesellschaft

12. *Das Problem der Frustrationsregulation aus psychoanalytischer Sicht*
Vortrag gehalten am 24. 9. 1970 vor dem Arbeitskreis Neue Erziehung e. V., Berlin

13. *Vom Kindergarten alten Stils zum psychoanalytischen Kinder-Elterngarten*
Vortrag gehalten am 10. 11. 1970 in Wolfsburg auf Einladung des Kirchenvorstands der Ev. Luth. Stephanus-Kirche

14. Klaus Rau: *Fehlende Freizeitgestaltung im herkömmlichen Krankenhausbetrieb*
Korreferat gehalten am 2. Oktober 1970 auf dem 3. Symposium über Grundlagen und Fragen der Gesundheitsbildung in Höhenried bei Bernried

**Pinel-Publikationen** 1 Berlin 10 – Postfach 514

*zur Zeit noch lieferbar:*

Günter Ammon: *Gruppendynamik der Aggression*
*Beiträge zur psychoanalytischen Theorie*
182 Seiten mit englischen Zusammenfassungen und Register DM 9,80

**Kleine Schriftenreihe der Pinel-Gesellschaft e.V.**

*zur Zeit nur noch erhältlich:*

Günter Ammon: *Von der spätbürgerlichen Psychoanalyse zur Emanzipation in der Gruppe*, DM 2,50

Günter Ammon: *Psychoanalyse und Gruppenpsychotherapie – Anpassung oder Emanzipation?* DM 1,–

Günter Ammon: *Psychoanalytische Gruppentherapie – Indikation und Prozeß*, DM 1,–

Gisela Ammon: *Beobachtungen über einen Psychoanalytischen Kindergarten.* 2. Aufl. DM 1,–

# Dynamische Psychiatrie

Die psychiatrische Fachzeitschrift zur Förderung einer Verbindung zwischen Psychiatrie und Psychoanalyse in internationaler Zusammenarbeit

---

**Für die weiteren Hefte sind folgende Beiträge geplant:**

*Dr. Imre Hermann (Budapest):*
Drei Arten der psychisch-dynamischen Abläufe
Three Kinds of psychic-dynamic processes

*Hans A. Illing, Ph. D. (Berverly Hills) und*
*James E. Miles, M. D. (died in 1968):*
Outpatient Group Psychotherapy with Sex Offenders
Ambulante Gruppenpsychotherapie mit Sexualstraftätern

*M. Masud R. Khan (London):*
Apprenticeship, Instruction and Communication in Psycho-Analytic Pedagogy
Das Lernen, der theoretische Unterricht und die Kommunikation in der psychoanalytischen Pädagogik

*Dr. med. Günter Ammon (Berlin):*
Sozio- und Psychodynamik der schizophrenen Reaktion
Socio- and Psychodynamics of the schizophrenic Reaction

*Robert Seidenberg, M. D. (Syracuse, N. Y.):*
Marriage, Motives and Mixtures
Eheschließung, Ihre Motive und Verwirrungen

*Gisela Ammon (Berlin):*
Auf dem Wege zum Psychoanalytischen Kindergarten
Towards a Psychoanalytic Kindergarden

*Günter Hillmann (München):*
Der institutionelle Rahmen von kurzfristigen Selbsterfahrungsgruppen in Internaten
The Institutional Frame of Short-Term Sensitivity Groups in Internates

*Robert H. Barnes, M. D. (San Antonio):*
"The Tyranny of Words" Revisited
„Die Tyrannei der Worte" Erneut unter der Lupe

*Hilde Bruch, M. D. (Houston):*
Obesity and Orality
Fettsucht und Oralität

*Dr. Dietrich Stollberg (Erlangen):*
Einige Spezifika der psychoanalytischen Gruppenarbeit mit Theologen
Some Specifics about the psychoanalytic group work with theologists

Änderungen vorbehalten / The editor reserves the right to make changes if necessary

---

# Dynamic Psychiatry

The international psychiatric journal for the advancement of the interrelationship between psychiatry and psychoanalysis