ISSN 0012-740X

1 Z 4365 F

Dynamische Psychiatrie / *Dynamic Psychiatry*

Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse

Herausgegeben von Günter Ammon

DYNAMISCHE PSYCHIATRIE IV

Erwin Ringel (Wien)
Das präsuizidale Syndrom und seine Beziehung zur Dynamischen Psychiatrie

Everhard Jungeblodt (Düsseldorf)
Die Psychiatrie im Double-Bind

Zdzislaw Miniewski (Krakau)
Ein Beitrag zur Bedeutung der Dynamischen Psychiatrie für die Reformbewegung in der Psychiatrie Polens

Kurt Theodor Oehler (München)
Ein projektiver Ansatz zur testpsychologischen Erforschung der Ich-Funktion der Abgrenzung

Hilarion Petzold, Angelika Berger (Düsseldorf)
Integrative Bewegungstherapie und Bewegungspädagogik als Behandlungsverfahren für psychiatrische Patienten

Ivan Milaković (Sarajevo)
Die psychosomatische Krankheit als Abwehr gegen depressive Regression

José Luis González (Mexico D. F.)
Co-Therapy in a Group of Lower Class Psychosomatic Patients

Dan G. Hertz (Jerusalem)
The Teaching of Dynamic Psychiatry in Medical Practice

Ferenc Süle (Karcag)
The Organized Field of Psychosocial Forces in the Psychiatric Department

12. Jahrgang 1. Heft 1979

54

PINEL-PUBLIKATIONEN BERLIN

Dynamische Psychiatrie / *Dynamic Psychiatry*

Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse
Organ der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), der
Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft (DGG) und der
Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin (DGPM)
12. Jhg., 1. Heft 1979, Nr. 54

Herausgegeben von Günter Ammon
unter Mitarbeit von
F. Antonelli, Roma – C. Bahnson, Philadelphia – R. Barnes, Phoenix – L. Bellak, New York – G. R. Bloch, Los Angeles – B. Buda, Budapest – R. Ekstein, Los Angeles – A. A. Fischer, Maastricht – Th. Freeman, Antrim – A. Garma, Buenos Aires – K. E. Godfrey, Topeka – J. L. Gonzales, Mexico City – G. H. Graber, Bern – F. Hacker, Wien – F. Hansen, Oslo – G. Hidas, Budapest – H. Illing, Los Angeles – I. Jakob, Belmont – H. W. Janz, Hannover – U. Keller-Husemann, Düsseldorf – M. Khan, London – E. Linnemann, København – G. Murphy, Washington – S. Nacht †, Paris – K. Okonogi, Tokio – L. Miller de Paiva, São Paulo – J. Pohl, München – E. Ringel, Wien – G. J. Rose, Rowayton – E. Rosenblatt, Santiago – H. Searles, Chevy Chase – E. Servadio, Roma – D. Shaskan, Los Angeles – V. Smirnoff, Paris – T. C. Sinha, Calcutta – J. Sutherland, Edinburgh – V. Tähkä, Helsinki – Y. Tokuda, Tokio – E. Weigert, Chevy Chase – W. Th. Winkler, Gütersloh – W. Z. Winnik, Jerusalem – E. D. Wittkower, Montreal.

Erwin Ringel (Wien)
Das präsuizidale Syndrom und seine Beziehung zur Dynamischen Psychiatrie 1
The Pre-suicidal Syndrom and its Relationship to Dynamic Psychiatry 12

Everhard Jungeblodt (Düsseldorf)
Die Psychiatrie in Double-Bind 15
Psychiatry in a Double-Bind Communication System 21

Zdzislaw Miniewski (Krakau)
Ein Beitrag zur Bedeutung der Dynamischen Psychiatrie für die Reformbewegung in der Psychiatrie Polens 23
The Importance of Dynamic Psychiatry for the Reform of Psychiatry in Poland 27

Kurt Theodor Oebler (München)
Ein projektiver Ansatz zur testpsychologischen Erforschung der Ich-Funktion der Abgrenzung 29
A projective Approach to the Testpsychological Research of the Ego-Function of Demarcation 41

Hilarion Petzold, Angelika Berger (Düsseldorf)
Integrative Bewegungstherapie und Bewegungspädagogik als Behandlungsverfahren für psychiatrische Patienten 43
Integrative Locomotional Therapy and Locomotional Pedagogics as a Therapeutic Technique for Psychiatric Patients 59

Ivan Milaković (Sarajewo)
Die psychosomatische Krankheit als Abwehr gegen depressive Regression 62
Psychosomatic Illness as a Defence against Depressive Regression 70

José Luis González (Mexico D. F.)
Co-Therapy in a Group of Lower Class Psychosomatic Patients 73
Co-Therapie in einer Gruppe psychosomatisch reagierender Unterschicht-Patienten 82

Dan G. Hertz (Jerusalem)
The Teaching of Dynamic Psychiatry in Medical Practice 84
Dynamische Psychiatrie innerhalb der medizinischen Ausbildung 91

Ferenc Süle (Karcag)
The Organized Field of Psychosocial Forces in the Psychiatric Department 93
Das organisierte Feld psychosozialer Kräfte in der psychiatrischen Abteilung 103

Nachrichten/News
Index 1978

Das präsuizidale Syndrom und seine Beziehung zur Dynamischen Psychiatrie**

Erwin Ringel*

Der Autor, international anerkannter und verdienstvoller Forscher der Suizidprophylaxe, leistet mit seiner Arbeit einen Beitrag zum psychodynamischen und prozeßhaften Verständnis des immer stärker werdenden Problems der Suizidalität. Der von ihm entwickelte Begriff „präsuizidales Syndrom" bietet die Möglichkeit, aus der Entwicklungsgeschichte und Psychodynamik eines Menschen die Selbstmordgefahr möglichst frühzeitig zu erkennen und zu ihrer Verhütung beizutragen. Das präsuizidale Syndrom besteht aus drei Faktoren. 1. der Einengung (die als situative, dynamische, zwischenmenschliche und Wertwelt-Einengung verstanden wird); 2. der gehemmten und gegen die eigene Person gerichteten Aggression und 3. der zunehmenden Todes- und Selbstmordphantasien. Dabei versteht der Autor das präsuizidale Syndrom nicht als ein eigenes Krankheitsbild, sondern es kann sich vielmehr im Rahmen der verschiedensten psychischen Erkrankungen entwickeln. Besonders im Zusammenhang mit der dynamischen Sichtweise des präsuizidalen Syndroms und der Bedeutung der destruktiven Aggression bezieht sich der Autor auf die Dynamische Psychiatrie Ammons, deren Entwicklung erst die Abkehr von der Psychiatrie als deskriptiver Wissenschaft hin zu einer dynamischen Behandlungswissenschaft im deutschsprachigen Raum möglich machte.
Während über die therapeutische Handhabung in ihren spezifischen konzeptionellen Aspekten in dieser Arbeit wenig ausgeführt wird, beeindruckt das menschliche Verständnis bei der differenzierten Beschreibung präsuizidaler und suizidaler Entwicklungsstörungen.

Im Jahre 1949 habe ich an der Wiener psychiatrischen Klinik 745 Selbstmordversuche untersucht, und dabei ist mir aufgefallen, daß sie alle unmittelbar vor ihrer Selbstmordhandlung eine seelische Verfassung hatten, die in gewissem Sinne auf einen gemeinsamen Nenner zu bringen war: folgerichtig nannte ich jenen Zustand „präsuizidales Syndrom". Ich wollte damit keineswegs der heute weit verbreiteten Unsitte, die man Syndromose oder auch Taufsuchtsyndrom nennen könnte, verfallen, sondern es ging mir einzig und allein darum, einen Beitrag zu leisten, um bestehende Selbstmordgefahr besser zu erkennen; denn wenn die Selbstmordhandlung im wesentlichen auf der Grundlage des präsuizidalen Syndroms zustande kommt, dann offeriert uns dasselbe zwei Möglichkeiten, nämlich: die Selbstmordgefahr rechtzeitig zu bemerken und sie in ihrem Ausmaß beurteilen zu können, je nachdem, in welcher Intensität das präsuizidale Syndrom gegeben ist. Daher möchte ich jetzt sofort dazu übergehen, es in möglichst konzentrierter Form zu beschreiben.

Das Syndrom besteht aus drei Bausteinen:

a) Einengung
b) gehemmte und gegen die eigene Person gerichtete Aggression
c) zunehmende Todes- und Selbstmordphantasien.

* Prof. Dr. med., Ehrenpräsident der Internationalen Vereinigung für Selbstmordprophylaxe, Leiter der Psychosomatischen Abteilung der Psychiatrischen Universitätsklinik Wien

** Vortrag gehalten auf dem IX. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), 10. – 14. Juni 1977, Deutsches Museum München

Zur Einengung, die ich vielleicht als individualpsychologischen Baustein des Syndroms bezeichnen darf, nachdem der Ausdruck von *Alfred Adler* sehr oft gebraucht worden ist: sie hat vier Facetten: Erstens die situative Einengung: der Mensch befindet sich in einer Situation, in der er sich als ohnmächtig, ausgeliefert, hilflos, wie gelähmt und die Umstände als übermächtig empfindet. Es herrscht also eine Diskrepanz zwischen der „Größe" der Situation, der Umstände und der eigenen Kleinheit. Man sieht keinen Ausweg, man glaubt, die Kontrolle verloren zu haben, endgültig, schicksalhaft, Änderungsmöglichkeiten existieren nicht oder werden nicht wahrgehabt. Der Raum, der einem zur Verfügung steht, wird immer enger, die Wände schieben sich zusammen, das Leben wird zur Röhre, die kein Entkommen mehr erlaubt – außer das in den Tod. Es gibt wahrscheinlich keine bessere Schilderung dieses Zustandes der situativen Einengung als die Worte, die *Rilke* für den gefangenen Panther gefunden hat: „Ihm ists, als ob es tausend Stäbe gäbe und hinter tausend Stäben keine Welt." Synonyme dafür wären: Verlust der Weltoffenheit, Gefühl des Gefangenseins, welches stürmisch danach drängt, auszubrechen, sich aus diesem Zwang zu befreien – da aber nur ein Ausweg, nämlich der in den Tod, gesehen wird, entsteht aus der Bekämpfung des Zwanges tragischerweise ein neuer Zwang, die Rückgewinnung der Freiheit findet also nicht statt. Die situative Einengung kann zumindest auf dreifache Weise entstehen – einmal durch Schicksalsschläge: jeder, ohne Ausnahme, kann durch Schicksalsschläge über Nacht in eine trostlose Einengung geraten; ferner durch eine lange „Arbeit" an der eigenen Person (im Sinne von Selbstschädigung), wodurch man Schritt für Schritt den eigenen Käfig errichtet. Hier in Berlin ist es wohl angezeigt, sich an die letzten Tage Hitlers in der Reichskanzlei zu erinnern. Sie waren das konsequente Ende eines Mannes, der im Grunde ein Leben lang daran gearbeitet hatte, um in diese letzte, ausweglose Einengung zu geraten. Die dritte Möglichkeit ist, daß sich ein Mensch in gar keiner eingeengten Situation befindet, aber dennoch eine solche erlebt. Wir müssen somit zur Kenntnis nehmen, daß wir mit den sogenannten objektiven Kriterien dem Problem der Selbstmordtendenz nicht gerecht werden, weil es sehr viele Menschen gibt, die durch tendenziöse Apperzeption (schwarze Brille) die Dinge ganz anders sehen, als sie wirklich sind. Denken wir z.B. an die Krebsfurcht eines Menschen, der überzeugt ist, diese Krankheit zu haben und sich deshalb umbringt: das klassische Beispiel eines tragischen Irrtums, eine tödliche Verkennung der Situation (diese Fälle sind gar nicht so selten!).

Die zweite Form der Einengung ist die dynamische Einengung. Meiner tiefsten Überzeugung nach beruht das Wesen der menschlichen Existenz, solange sie halbwegs frei ist, darauf, daß Gegensätze, auf die der Mensch angelegt ist (vergleiche die Gegensatzphilosophie von *Guardini*), Genüge getan wird. Dabei handelt es sich um einen schwierigen Balanceakt, der viel Ausgeglichenheit und viel Innervierung der verschiedensten Lebensaspekte – und somit Vielseitigkeit – erfordert. Wenn aber die Gegenregulationsmechanis-

men eines Menschen versagen, dann wird er einseitig, und als Ergebnis davon beginnt eine Kraft in ihm überlegen zu werden. Vielleicht hat es einen tiefen Sinn, daß wir in einer pluralistischen Gesellschaft leben und daß wir uns in Toleranz zur Vielfalt von Möglichkeiten, Meinungen und Ideen bekennen. Das mag für uns ein großer Anstoß sein, Einseitigkeiten zu vermeiden, die schon Vorstadien eines präsuizidalen Syndroms sein können. Wo keine Gegenkraft entwickelt wird, erscheint das Gleichgewicht gestört, eine Kraft wird übermächtig, und wenn es sich dabei um Depression, Verzweiflung, Panik handelt, dann vermag sie mit ungeheurer Gewalt den Menschen aus der Anziehungskraft der Selbsterhaltung, die vielleicht sein stärkster Trieb ist, herauszureißen (vergleichbar mit der Schubkraft einer Rakete, die imstande ist, für eine Raumkapsel die Anziehungskraft der Erde zu überwinden). Eine solche ungeheure Schubkraft wird niemals durch bloße geistige Überlegungen hervorgerufen, sondern es handelt sich dabei immer genauso um einen gefühlsmäßigen Antrieb. Mit Recht läßt *Heinrich Heine* den „armen Peter" sagen: „Wenn ich nicht gar so vernünftig wär, ich täte mir was zuleide." Der Dichter hat intuitiv erkannt, daß eben dort, wo Vernunft herrscht, der Selbstmord fern ist, weil es sich um emotionale dynamische Kräfte handelt (daraus ergibt sich auch die Unhaltbarkeit des sogenannten Bilanzselbstmordes: er beinhaltet ja in seiner Definition die nüchterne Überlegung der Tat, die kaum vorkommt, und wenn, dann höchstens eine Rationalisierung emotionaler Faktoren darstellt). Ähnliches gilt für die verstandesmäßigen Überlegungen der Philosophen über den Selbstmord. Eines ist es, über den Selbstmord zu diskutieren, und ein völlig Anderes, ihn durchzuführen. So können sie, wie z.B. *Jean Améry*, wunderbar beweisen, daß der Selbstmord sinnvoll ist, weil er nur dem Scheitern des Menschen zuvorkommt (also besser den Tod durch Selbstmord finden, als sonst kläglich im Leben zugrundezugehen). Das sind theoretische Überlegungen, aber in der Praxis begeht nur derjenige Selbstmord, der in den Zustand der soeben beschriebenen dynamischen Einengung geraten ist. Daher ist meiner tiefsten Überzeugung nach das deutsche Synonym für Selbstmord, „Freitod", völlig fehl am Platz. Mit Freiheit hat der Selbstmord gar nichts zu tun. Einer meiner Patienten schrieb an eine ihm nahestehende Dame folgende Zeilen: „Aber ich muß mir mit wachsendem Grausen eingestehen, daß ich zeitweise eine mir höchst unheimliche Neigung in mir spüre, eine Neigung, die ich als Zwang erlebe, die mir gegen meinen Willen immer wieder den Wunsch nach einem dauernden bewußtlosen Zustand als süße Betäubung für den rasenden Trennungsschmerz, nämlich von dir getrennt zu sein, suggeriert. Ich habe manchmal Angst, daß etwas in mir losbrechen kann, gegen das ich dann machtlos wäre und es mich hinwegfegt wie die ausbrechenden Wassermassen aus einem geborstenen Staudamm. Ich habe Angst, weil ich tagelang von gewissen Gedanken, die mich in die Depression treiben, nicht loskomme. Ja, das alles ist symptomatisch für eine arge Depression. Ich weiß aber auch, daß es Anzeichen einer beginnenden Aggression gegen mich selber sind. Die Angst, ja, die

manchmal wahnsinnige Angst, ich könnte plötzlich etwas tun, was ich gar nicht tun will, das quält mich furchtbar!" Am Tag nach dem Schreiben dieses Briefes ist der Mann beim Umsteigen in einem Bahnhof, unmittelbar bevor der Zug einfuhr, nach vorne auf die Geleise gefallen und konnte nur im allerletzten Moment aus der Gefahr herausgerissen werden. Wir können aus einem solchen Beispiel nicht nur lernen, daß die Leute, die sagen, man müsse den freien Willen des Selbstmörders respektieren, es sich in der Mehrzahl der Fälle zu bequem machen, wenn sie sich dabei auch sehr ,,menschlich" geben, wenn sie auch versichern, daß sie das für die Entfaltung der Würde des Menschen tun wollen. Und mehr noch: Sie wollen einen psychopathologischen Tatbestand einfach nicht erkennen. Denn schon beim ersten Punkt des präsuizidalen Syndroms wird klar: dieses präsuizidale Syndrom entspricht keiner normalen menschlichen Verfassung, sondern eben einer psychopathologischen, was schon aus dem zwanghaft emotionalen Druck, der hier stattfindet, hervorgeht. Viele wehren sich gegen den Begriff ,,pathologisch", weil sie ihn für abwertend, eine Beschimpfung, halten. Welch ein Unfug! Keine Krankheitsbezeichnung darf ein Schimpfwort sein, wir müssen vielmehr lernen, den kranken Menschen als einen Bestandteil dieser Welt zu sehen, als eine Möglichkeit dieser Welt – wir müssen lernen, ihn zu akzeptieren und bereit sein, ihm Beistand zu leisten.

Diese Feststellung leitet hinüber zur dritten Facette der Einengung, zur Einengung der zwischenmenschlichen Beziehungen: sie drückt sich in innerer Einsamkeit, aber auch in äußerer Isolation aus. *Paul Valéry* hat es so gesagt: ,,Für den Selbstmörder bedeutet jeder andere nur Abwesenheit." Damit wird der Selbstmord auch zu einem sozialen und politischen Problem, denn er hängt aufs Engste mit guter oder schlechter mitmenschlicher Kommunikation zusammen.

Eine letzte Unterabteilung der Einengung betrifft die der Wertwelt. Der Selbstmörder hat zuerst einmal fast immer eine reduzierte Beziehung zu sich selber. Mit Nachdruck sei daran erinnert, daß wir das Recht haben, eine positive Beziehung zu uns selbst zu haben. Es gibt eine Erziehungsform, die lehrt, daß jede Selbstliebe krasser Egoismus sei, den man bekämpfen muß. Man kann diesen Unsinn nicht scharf genug verurteilen. Denn eine postive Beziehung zur eigenen Person bleibt eine wesentliche Voraussetzung für jede sinnvolle menschliche Entwicklung. Wo sie fehlt, wo etwa statt dessen die Überzeugung herrscht: ,,Ob ich 18 oder 80 werde, spielt keine Rolle, niemand wird mich vermissen, niemandem werde ich abgehen", oder um es mit dem Dichter *Czokor* sagen: ,,Ob ich vorhanden war oder nicht, wird bald dasselbe bedeuten" – dort ist eine schwere Einbuße der Existenzfähigkeit und der Existenzbereitschaft fast automatisch die Folge. Wo reduziertes Selbstwertgefühl – dort auch reduzierte Beziehung zu den Werten des Lebens. Man ist dadurch ja gehemmt, zieht sich zurück, immer mehr Dinge werden uninteressant, unbedeutend, nichts lockt mehr, nichts ,,zieht mehr nach vorne", nichts ist ein des Lebens würdiges Ziel.

Um diese vierte Komponente, die Einengung der Wertwelt, noch näher zu beschreiben, kann man drei Erscheinungsformen hervorheben:
a) Mangelnde Beziehungen zu Werten, Entwertung vieler Lebensgebiete. Als ein klassisches Beispiel dafür sei die Wertreduktion angeführt, die *Peter Handke* bei seiner Mutter in dem Buch „Wunschloses Unglück" feststellt, welches den Weg dieser Frau bis zum Selbstmord beschreibt. „Sie hatte keine Liebhabereien, kein Steckenpferd; sammelte nichts, tauschte nichts; löste keine Kreuzworträtsel mehr. Schon lange klebte sie auch die Fotos nicht mehr ein, räumte sie nur aus dem Weg." Durch diese mangelhafte Wertbezogenheit kommt es natürlich zu zunehmender Interesselosigkeit, Gleichgültigkeit, „Verdünnung des Lebens", Langeweile.
b) Mangelhafte Wertverwirklichung. Aus der mangelnden Beziehung zu Werten folgt sehr oft die Unfähigkeit, sich für Werte einzusetzen, eigene Kraft in ihre Verwirklichung zu investieren, und aus dem Verwirklichten eine Aufwertung des Selbstwertgefühles zu erfahren. Das geschädigte oder gar zerstörte Selbstwertgefühl aber öffnet der Selbstvernichtung an einem entscheidenden Punkt die Tür.
c) Überhandnehmen subjektiver Wertungen, die mit der Allgemeinheit nicht mehr in Verbindung stehen. Solche Menschen, die ein Wertsystem aufbauen, welches sich von dem in einer bestimmten Gemeinschaft gültigen wesentlich unterscheidet, geraten automatisch in die Position von Außenseitern, die als minderwertig klassifiziert werden; dies ist eine besondere Form der Isolierung, die leicht in den Selbstmord mündet. Ein Beispiel dafür ist *Stefan Zweig*, der, fern von Europa, Selbstmord beging zu einem Zeitpunkt, als die Niederlage des nationalsozialistischen Regimes, welches ihn aus der Heimat vertrieben hatte, sich bereits abzeichnete. Dennoch verzweifelte er, weil er der Überzeugung war, daß die Welt, die er wertmäßig geliebt hatte, für alle Zeiten zerstört bleiben werde, er also aus der wertmäßigen Isolation nicht mehr herausfinden könne (wie der Titel seines letzten Buches „Die Welt von Gestern") beweist.

Und was tun wir mit den Menschen, die sich in dieser soeben beschriebenen Phase der Einengung befinden? Wir beenden das Gespräch, wir drängen sie noch mehr in die Außenseiterrolle, wir verdammen sie, wir werfen sie weg, schieben sie ab in die Position des Schwachen.

Nun zum zweiten Baustein des präsuizidalen Syndroms, der Aggression: ich stimme mit *Ammon* überein, daß wir zwischen einer konstruktiven und einer destruktiven Aggression unterscheiden müssen, ich würde sogar so weit gehen, in die konstruktive Aggression (an etwas Herangehen) auch den Tod als Todestrieb einzubeziehen – insofern, als wahrscheinlich jedes Leben sich danach sehnt, irgendwann einmal in den Zustand der Ruhe einzugehen. Unter pathologischen Bedingungen (vor allem durch Frustrierung) entsteht die destruktive Aggression, die sowohl die Umwelt als auch das eigene Ich zerstört. Durch sie wird der Tod als Fernziel zu einem Tod als Nahziel, man beginnt nun, unbewußt daran zu arbeiten, den eigenen Tod zu beschleunigen. Die

destruktive Aggression entsteht fast immer gegenüber den Eltern, sie ist daher mit Schuldgefühlen besetzt und beschwört damit automatisch eine Selbstbestrafung herauf. Hier liegt zweifellos die gemeinsame Wurzel aller Formen der Selbstbestrafung. Ich erwähne als Beispiel die psychosomatischen Erkrankungen, die Sucht, die Tendenz zu Unfällen. Man sieht sehr oft, wie der Mensch dieser destruktiven Aggression erst Teile als Opfer hinwirft, es herrscht also das ,,pars pro toto" Prinzip. Man opfert Organe, Lebensgebiete, zerstört sich chronisch (man hat zu Recht z.B. die Sucht als einen protrahierten Suizid bezeichnet, bei dem man versucht, das Schlimmste, das Letzte, das Irreversible – also den Tod – zu verzögern). Wenn heute immer mehr Menschen unter solchen destruktiven Aggressionen leiden, so ist das zuerst das Resultat zunehmender Frustration, besonders in der Kindheit. Sodann aber haben wir immer weniger Möglichkeiten, diese Aggressionen in irgendeiner möglichen, d.h. erlaubten, Form abzureagieren; das muß man wohl mit unserer zunehmenden Zivilisation, mit unserer Domestizierung, in Zusammenhang bringen, die irgendwelche Entladungen dieser Aggression immer schwieriger macht. Seit langem steht fest, daß in Kriegszeiten die Selbstmordzahlen sinken. Man hat das immer allzu banal so erklärt: Ist das Leben bedroht, so klammert man sich mehr daran. Es hat sich aber gezeigt, daß der Rückgang der Selbstmordquote vor allem Männer betrifft, und es steht heute fest, daß das mit der veränderten Aggressionsproblematik im Kriege zu tun hat. Krieg ist die Möglichkeit, die Aggressionen plötzlich zu entladen. Durch Bildung eines neuen Kriegs-Über-Ichs (wohl ein Pseudogewissen) ist plötzlich alles erlaubt, was bisher verboten war, die Aggressionsentladung findet statt, und damit wird die Selbstaggression reduziert. Niemand wird aber deswegen auf den Gedanken verfallen, die Provokation von Kriegen sei ein taugliches Selbstmordverhütungsmittel. Da wird man die Phantasie schon mehr und in andere Richtung anstrengen müssen, eingedenk des Wortes von *Freud*, daß die Kanalisation der Aggression das vordringliche Problem der Menschheit sei, wenn sie überleben wolle. Vielleicht in diesem Zusammenhang ein Hinweis: Mein verehrter Freund, der verstorbene Selbstmordforscher *Erwin Stengel*, hat immer gesagt: Ja, auch bei Eheleuten findet man weniger Selbstmordtendenz als bei Nichtverheirateten; vielleicht ist also die Ehe irgendwie einem Kriegszustand zu vergleichen. Über einen solchen ,,Scherz" mag man lächeln, dennoch steht fest: enge zwischenmenschliche Beziehungen geben unter anderem auch die Möglichkeit, aneinander Aggressionen abzureagieren; das darf man nicht übersehen, das ist ein Aspekt, der auch im therapeutischen Bereich sehr ernst genommen werden sollte.

Der dritte Punkt des präsuizidalen Syndroms sind die Todesphantasien. Der selbstmordgefährdete Mensch beginnt immer mehr, in einer Phantasiewelt zu leben, er entfernt sich von der Realität. In ihm wuchert der Tod als Phantasie, die Flucht aus dieser schrecklichen Welt in eine vermeintlich bessere. Sehr oft wird ja dabei das Sterben als Weiterleben erlebt, als könnte man

als Toter die Früchte seines Todes einheimsen. (Jetzt werden „sie" verzweifelt, unglücklich sein, werden weinen und sagen: Hätten wir nur zu Lebzeiten noch all das gemacht, was er gewünscht hat, etc.). Diese Phantasien, erst als Entlastung aktiv intendiert, können sich später selbständig machen, sich aufdrängen unter der Devise: „Die Geister, die ich rief, die werd ich nun nicht mehr los". Je mehr man sich außerdem in die Phantasie flüchtet, je mehr man das Gegenteil von dem, was man zu erleben gezwungen ist, phantasiert, desto unerträglicher wird die Wirklichkeit, desto drängender, zwingender werden jene Gedanken, die dann oft den Menschen in den Tod treiben. Man darf dabei auch nicht vergessen, daß die drei Bausteine des präsuizidalen Syndroms einander im gegenseitigen Aufeinanderwirken enorm verstärken können, bis jener Höhepunkt eintritt, der das Opfer reif macht für die Selbstmordhandlung.

Das präsuizidale Syndrom stellt eine psychische Befindlichkeit dar, es ist jener seelische Zustand, den man als gemeinsamen Nenner für alle jene Erkrankungen, die zum Selbstmord führen, bezeichnen kann. Das präsuizidale Syndrom ist somit nicht mit einer bestimmten psychischen Erkrankung zu identifizieren, es kann sich vielmehr in Rahmen der verschiedensten psychischen Erkrankungen entwickeln. Das wichtigste Wort in diesem Satz scheint mir „Entwickeln" zu sein – damit ist nämlich schon gesagt, daß alle diese psychischen Krankheiten eine Entwicklung, eine Dynamik in sich tragen, – schon das Dynamische weist mit Intensität auf die Verbindung mit *Ammon* und seiner Dynamischen Psychiatrie –; daß sie nicht organische Schicksale darstellen, wie es uns so lange, etwa unter der Devise „Dein Körperbau – Dein Schicksal" von der deutschen Psychiatrie gelehrt wurde. Die neue Betrachtungsweise zeigt, daß sich in den verschiedenen psychischen Erkrankungen eine Dynamik abspielt, und daß diese Dynamik dann eben zu einem ganz bestimmten Zustand, etwa zu dem präsuizidalen Syndrom führen kann (ein gemeinsamer Nenner all dieser Krankheiten, es gibt sicherlich auch viele andere „Verbindungen" zwischen ihnen, wir müssen sie nur suchen – etwa das Shift-Syndrom zwischen Psychose und psychosomatischen Erkrankungen). Darf ich in diesem Zusammenhang noch einmal etwas klarstellen: Ich habe versucht, insbesondere die Entwicklung des präsuizidalen Syndroms im Rahmen der Neurose zu beschreiben und darzustellen. Dies hat zu zwei Irrtümern geführt. Erstens hat man geglaubt, ich sei der Meinung, daß jedes präsuizidale Syndrom auf einer neurotischen Grundlage entsteht. Das ist eine totale Fehlinterpretation, denn diese Fälle machen nur einen bestimmten Prozentsatz aus, aber es geht hier ja nicht um Ziffern. Jedenfalls kann gar keine Rede davon sein, daß ich die klassische neurotische präsuizidale Entwicklung mit der präsuizidalen Entwicklung – als solcher – gleichsetze. Der neurotische Weg zum präsuizidalen Syndrom ist leider nur ein Weg, und es gibt viele andere, um zu diesem Zustand zu gelangen.

Die folgende Tabelle beweist dies und gibt einen Überblick über die diagnostische Aufteilung von Selbstmord und Selbstmordversuch; sie ist nun

schon viele Jahre alt, aber es ist interessant zu sehen, daß sich bei Nachuntersuchungen bei geringen Abweichungen doch immer wieder etwa dieselbe Verteilung ergibt.

Diagnose	Selbstmord	Selbstmordversuch
Melancholie (endogene Depression)	28	15
Schizophrener Formenkreis	6	4
Organische Demenz	2	3
Neurose	26	30
Neurotische Reaktion (Krisenreaktion)	2	30
Altersdepression (mißglückte Altersadaption)	26	5
Psychopathie	10	4
Debilität	0	2

Der zweite Irrtum entstand, weil ich aus der *Adler*schen Schule komme, und *Alfred Adler* zwar ein sehr therapiegewaltiger Mann, aber besonders, gemessen an *Freud*, in seinen schriftlichen Arbeiten nicht so wortgewaltig war und er noch sich selbst das schreckliche Handicap gesetzt hatte, auch die wissenschaftlichen Ausdrücke von *Freud* zu beweisen. Diese *Freud*schen Ausdrücke waren aber nun einmal ausgezeichnet, und sie sind heute trotz aller Widerstände allgemeines Wissensgut geworden. Wenn man nun versucht, wie ich es getan habe, die Dynamik dieser neurotischen Entwicklung zum Selbstmord hin mit *Adler*schen Termini zu beschreiben, so kann leicht der Eindruck entstehen, daß man die Dynamik dieser Entwicklung nicht sieht (wie es etwa *Henseler* vermutet hat). Aber da muß ich ganz entschieden widersprechen und sagen, daß ich wirklich versucht habe, zu zeigen, daß diese präsuizidale neurotische Entwicklung in der frühesten Kindheit beginnt, und daß an der Spitze dieser Entwicklung eine sehr frühzeitige Ich-Verunsicherung (Schädigung des Selbstwertgefühls) steht (man lese nur in meinem ersten Buch „Selbstmord – Ende einer krankhaften psychischen Entwicklung" nach). Hier ist der Moment gegeben, um neuerlich auf die Parallelität meiner Selbstmordforschungen mit den Gedanken von *Ammon* hinzuweisen. Der präsuizidale Weg beginnt, wie gesagt, enorm früh, wohl

mit dem Verlust des Urvertrauens. Die familiäre Situation bietet in diesen Fällen nicht jene Voraussetzungen, unter denen sich normalerweise das Individuum zu einer vital-dynamischen Persönlichkeit entwickelt. Es ist dabei selbst auf Grund zahlreicher Untersuchungen nicht möglich, eine einzige, gleichsam für die Neurose zum Selbstmord hin typische Situation in der Kindheit herauszuarbeiten; es gibt hier vielmehr eine Vielzahl von Möglichkeiten, ihr Typisches liegt vielleicht in der Intensität der Traumatisierung und in ihrer lange anhaltenden Entwicklung. *Erikson*, einer der bedeutendsten Psychoanalytiker der Gegenwart, konnte zeigen, daß in der oralen Phase die Entscheidung fällt zwischen Urvertrauen (bei positiver Entwicklung) und Urmißtrauen (bei negativer Entwicklung), in der analen Phase die zwischen Autonomie und Scham und Zweifel und schließlich in der ödipalen Phase die zwischen Initiative und Hemmung durch Schuldgefühle. Da man nun in der Neurose zum Selbstmord hin immer wieder alle drei hier beschriebenen negativen Verhaltensformen findet, liegt, wenn man dem Konzept *Eriksons* folgt, der Gedanke nahe, daß diese Menschen in allen drei Phasen intensiv traumatisiert und neurotisiert worden sind. Spricht man mit solchen Patienten, gewinnt man den Eindruck, daß es das Schicksal den Opfern dieser Entwicklung gleichsam nicht gönnt, sich in der nächsten Phase von den Schlägen der vorangehenden zu erholen (was ja bis zu einem gewissen Grad prinzipiell möglich ist). Im Gegenteil: neue Traumatisierungen verstärken die bereits eingetretenen negativen Folgen. Typisch ist auch die Tatsache, daß die ersten Symptome der kindlichen Neurotisierung in diesen Fällen einheitlich in die Richtung eines gehemmten und entmutigten Kindes mit unsicher-ängstlichem, oft auch schüchtern-kontaktgestörtem Verhalten weisen. Hier wird also gleichsam die Grundlage gelegt für die zukünftige Lebensverneinung, und es gibt keinen besseren Ausdruck für dieses Stadium als jenen, den *Zwingmann* geprägt hat, wenn er von der Gefahr des „Erstickens der Lebensfreudigkeit" spricht. Nach den Erkenntnissen der Tiefenpsychologie ist Ich-Unsicherheit immer mit verstärkter Egozentrizität gekoppelt – die Selbstbestätigung wird hier, durchaus verständlich, zur absoluten Notwendigkeit, zur Voraussetzung für die Verbesserung des Selbstgefühles; damit aber erscheint jede zwischenmenschliche Beziehung ihrer Natürlichkeit beraubt, da ja der Andere in einem unnatürlichen Ausmaß als Mittel zum Zweck (der Selbstbestätigung) mißbraucht wird – hier droht konsequenterweise bereits in den Ansätzen das Scheitern solcher Beziehungen und, daraus resultierend, die Isolierung.

Selbstverständlich könnte man dies alles auch mit *Ammon*schen Gedanken belegen, mit der Unfähigkeit, sich aus der Urbeziehung zu lösen, der Trennungsangst, der aufrechterhaltenen Ambivalenz, den dominierenden Schuldgefühlen, der Unfähigkeit, die eigene Identität zu finden. Wie wir es auch ausdrücken, jedenfalls resultiert daraus als zweite Stufe Verlust der Expansion, die lustvolle Durchdringung des Lebensraumes bleibt aus, es kommt zur Stagnation, und gleichsam zum „Treten auf der Stelle"; darauf

muß man immer wieder von Neuem hinweisen, weil es noch viel zu wenig bekannt ist. *Jean Améry* sagt: „Scheitern ist unausweichliches menschliches Schicksal" – und wenn man ihn fragt, warum, so antwortet er: „Weil jeder sterben muß". Aber, so darf ich antworten, es darf doch nicht gleichgültig sein, was vor diesem Tode geschieht, nicht, was wir aus diesem Leben machen – und hier hat sogar der große Pessimist *Freud* mit Recht betont: „Dieses Leben ist nicht viel, aber es ist alles, was wir haben." Und deswegen dürfen wir nicht sagen: Leben ist Scheitern. Ich würde betonen: Wenn Sie bei einem Menschen das ständige Scheitern sehen, wenn Sie den Zwang finden, immer wieder dasselbe zu wiederholen, und immer wieder an dieselbe Stelle zurückzukehren (die neurotische Wiederholung der pathogenen Situation), dann bitte hören Sie auf ein solches Symptom! Wachen Sie auf, und erkennen Sie, daß diese Summierung von menschlichem Unglück, von Mißerfolg, von Scheitern doch immer ein Ausdruck eines gestörten, gewöhnlich eines neurotischen Verhaltens ist, daß der Steuermann in diesem Menschen selber verborgen ist und nicht ein imaginäres Schicksal oder Gott oder wer immer dafür verantwortlich erscheint. Es wäre daher möglich, durch eine entsprechende Psychotherapie solche Menschen aus diesem Verhaltensmuster zu befreien. Es gibt zwar unvermeidliches Unglück und Elend, dieses aber wäre zu vermeiden! Ich gebe zu, es handelt sich um einen langwierigen und aufwendigen Prozeß, weil dazu ein ganzer und persönlicher Einsatz nötig ist, aber wir müssen klar erkennen, daß hier eine Möglichkeit – und wohl die einzige besteht, aus dieser Stagnation, dieser Erlebniswiederholung, die unendlich qualvoll erlebt wird, herauszukommen; nur und allein dadurch kann man das dritte Stadium, die Regression, das Verfallen in die Passivität, in bloßes Gehalten-werden-wollen, statt aktiv zu sein – in Verzweiflung, also in jene Phase, wo der Selbstmord unmittelbar bevorsteht, verhindern.

Es muß als ganz besonderes Verdienst von *Ammon* bezeichnet werden, daß er die Einführung psychodynamischer Aspekte auch in die Psychiatrie verlangt und praktisch betrieben hat. Er ist damit einer von denen, die dabei sind, das Bild der deutschen Psychiatrie aus einer deskriptiven Wissenschaft (worin sie zugegebenermaßen unübertrefflich war und bleibt) in eine therapeutische zu verwandeln. Das bedeutet für die Praxis: Nicht die endomorphe, sondern auch die psychodynamische Komponente beim Zustandekommen von Psychosen zu berücksichtigen, natürlich auch hinsichtlich der therapeutischen Maßnahmen. Eindrucksvoll zeigt z.B. das Zustandekommen des präsuizidalen Syndroms bei der Schizophrenie (ein besonders interessantes Problem, dem ich vor kurzem zusammen mit *Sonneck* eine Studie gewidmet habe), daß hier nicht nur spezifisch-schizophrene Symptomkomponenten, sondern oft auch exogene und psychogene Faktoren eine wichtige verursachende Rolle spielen können.

Paradebeispiele für die Bedeutung dynamischer Faktoren sind aber die Entstehungsmodalitäten des präsuizidalen Syndroms bei Altersdepression und sogenannter Psychopathie: auf sie sei daher näher eingegangen.

a) Altersdepression. Man würde es sich allzu leicht machen, als Ursache immer eine endogene Depression in serio oder eine depressive Form der arteriosklerotischen Demenz anzunehmen. In der überwiegenden Mehrzahl handelt es sich vielmehr um ein Mißglücken der an und für sich ja eben nicht leichten Altersadaptation. Man muß zur Kenntnis nehmen, daß fast ein Drittel der Menschen, die heute Selbstmord begehen, über 60 Jahre alt ist, wobei es bezeichnenderweise bei der überwiegenden Mehrzahl der Selbstmordhandlungen von alten Menschen zu einem tödlichen Ausgang kommt. Hier wirken die zunehmende äußere (Vereinsamung) und innere (Gefühl des Nichtverstandenseins von der „neuen jungen Welt") Isolierung, die Angst vor chronischem Leiden und vor Verlust der persönlichen, geistigen und körperlichen Fähigkeiten, die empfundene Einengung der Lebensmöglichkeiten (Sinnentfremdung des Daseins) und natürlich auch der Schwund der psychischen Elastizität und damit die herabgesetzte Anpassungsfähigkeit zusammen, um rein phänomenologisch als Ausdruck der mißglückten Altersadaptation Altersdepression zu erzeugen, in denen die pessimistische Selbstaufgabe schließlich den Selbstmord herbeiführt. Wie sehr die Einstellung der Umwelt hier helfend eingreifen könnte, sei aus der Tatsache nachgewiesen, daß dort, wo alte Menschen eine geachtete Position innehaben und nicht zum bloßen Dahinvegetieren verurteilt sind, der Altersselbstmord eine absolute Seltenheit darstellt.

b) Psychopathie. Ihr Anteil ist sowohl beim Selbstmord als auch beim Selbstmordversuch mit etwa 10 % gar nicht so gering. Zu sagen ist aber dazu: hier handelt es sich um einen speziellen Psychopathiebegriff, nämlich um den, den *Hoff* und ich als „asoziale Psychopathie" bezeichnet haben. Tief unglücklich über die alte Definition des Psychopathen (der Begriff war unklar, unerklärt und außerdem im Volke längst zu einem Schimpfwort geworden) und eingedenk des Wortes *Karl Menningers,* daß dieser Begriff nur in alte Lehrbücher gehöre, haben wir versucht, eine neue Beschreibung zu liefern, die freilich nur für einen bestimmten Teil der früheren „Psychopathen" gültig war. Wir definierten als asoziale Psychopathie einen Persönlichkeitstyp, der durch folgende Punkte gekennzeichnet schien:

1. Unfähigkeit zu echten libidinösen Beziehungen
2. Entwicklung nur eines rudimentären oder mangelhaften Über-Ichs
3. Unfähigkeit, vom Lust- zum Realitätsprinzip zu gelangen
4. Keine Tendenz, sich sozial anzupassen
5. Retardierung der gesamten Persönlichkeitsentwicklung (Unreife)
6. Unfähigkeit, innere Spannungen auszuhalten
7. Fehlen neurotischer Angst, da kein Verdrängungsprozeß stattfindet.

Wir beschrieben damals nicht nur einen bestimmten Typus, sondern – in Anlehnung an *August Aichhorn* – versuchten wir auch sein Zustandekommen neu, nämlich dynamisch zu erklären, eben durch bei ihnen durchweg gegebene frühkindliche Verwahrlosung. Mütter, die unfähig waren, Liebe zu geben, fanden wir ebenso wie das Wandern von Hand zu Hand in der frühen

Kindheit, so daß weder stabile Beziehungen noch Bindungsfähigkeit und intaktes Über-Ich entstehen konnten. Für die damalige Zeit (1952) war diese Begriffsbestimmung ein gewisser Fortschritt, vor allem eröffnete sie neue therapeutische Aspekte, die wir auch praktisch relativ erfolgreich verwirklichten – rückblickend gesehen, haben wir einen großen Fehler begangen; nämlich den Namen Psychopathie beizubehalten. Heute wissen wir, was wir besser hätten sagen müssen: „Borderline-Syndrom" – denn ein Teil dieser Patienten sind in gewissem Sinne mit dem identisch, was wir als asozialen Psychopathen bezeichnet haben, wir haben sozusagen einen Vorläufer davon geschaffen. Wer aber Borderline sagt, der sagt zugleich *Ammon* – und erst seit seinen Forschungen und Formulierungen vermögen wir richtig zu verstehen, warum sich bei diesen Menschen relativ rasch ein präsuizidales Syndrom entwickeln kann.

Bedenkt man die dargestellten Beziehungen zwischen präsuizidalem Syndrom und Dynamischer Psychiatrie, so kommt es einem ganz logisch vor, daß die beiden Männer, die diese Begriffe ins Leben gerufen haben, eines Tages zusammenkommen und sich dann auch gut verstehen, ja, mehr noch, Freunde werden müßten. Lassen Sie mich in diesem Zusammenhang daran erinnern, auf welchem schicksalhaftem Boden Sie hier in Berlin stehen. Die Situation dieser Stadt in ihrer seit dem Kriege bestehenden Einengung und deutlichen Isolierung erinnert in gewissem Sinne an ein präsuizidales Syndrom. Hier aber wurde auch gezeigt, wie man dieses Syndrom therapeutisch überwindet: nämlich durch Zusammenstehen, durch Offen-Bleiben und durch weltweite Solidarität.

So hat sich in Berlin das Wort *Hölderlins* erfüllt: „Wo Gefahr ist, wächst das Rettende auch". Und darum ist es andererseits auch kein Zufall, daß *Ammon* seine beispielhafte und zukunftsweisende Schule hier in Berlin aufgebaut hat: Ich gratuliere Ihnen allen zu ihm.

The Pre-suicidal Syndrome and its Relationship to Dynamic Psychiatry

Erwin Ringel

The pre-suicidal syndrome was developped by the author, when he studied 745 attempts of suicide at the Vienna psychiatric hospital in 1949. He found out that there are common psychodynamical and psychogenetical aspects in the patient group which he called the "pre-suicidal syndrome".

This syndrome consists of three elements:

a) restriction of personality
b) aggression which is hampered and directed against the own person
c) increasing phantasies of death and suicide.

The restriction of personality is based on the individual psychological theory of *Alfred Adler*. It consists of four facets: first the situative restriction, which means the loss of openness, the feeling of being like a prisoner and the urgent desire of breaking out of the prison – but with only one solution: death. Here the author reminds of the last days of *Hitler* in Berlin in the "Reichskanzlei", which he interprets as the consequence of a development into this last restriction without a way out.

The second form of restriction is that of a dynamic restriction, which means in this context that human existence is based upon antagonistic forces (*Guardini et al.*) which must come into a flexible balance. When these forces are one-sided and when there is no energetic counter balance, then there can start the devolopment of a pre-suicidal syndrome if the emotional intensity of depression, panic and suicidality cannot be compensated.

The third facet of restriction means the restriction of human relationships: here we find the inner loneliness and isolation in spite of superficial contacts. Thus suicide becomes a social and political problem which cannot be solved by the individual alone.

The last point of restriction is the way of valuation of the world and of one self. The author points out that sane narcissistic self-confidence is a condition of an openness for the values of life. The suicidal person is always characterized by a reduced self-confidence and a restricted perception of the world. This point is illustrated by the author with literary examples: *Peter Handke*'s "Wunschloses Glück" and *Stefan Zweig*'s "Die Welt von Gestern".

The author regrets that those people who are suffering under an extreme personal restriction in the sense described are normally condemned by others with everybody trying to get rid of them.

The second main element of the pre-suicidal syndrome is aggression. *Ringel* agrees with *Ammon* who differentiates in aggression a constructive and a destructive form, integrating "death-drive" into an originally constructive form of aggression. Only by the pathological development of a person the constructive aggression can be converted into a destructive form, which includes that death will unconsciously be accelerated. The origin of destructive aggression starts in the early family dynamics of a person which – in later life – is producing guilt feelings and therefore the permanent unconscious wish of self-punishment. In this connection the symptoms of psychosomatic illness, drugs and the tendency to accidents must be seen as suicidal symptoms as well.

In addition to that the pre-suicidal syndrome is characterized by suicidal phantasies. More and more the suicidal person withdraws from reality and takes refuge in his phantasies in which death is seen as a flight from a terrible world to a better world combined with the wish to punish those people who should feel guilty of his death.

These elements of the suicidal syndrome are correlated to each other, thus intensifying the danger to fulfil a suicide-act.

The pre-suicidal syndrome is a psychic state of a person which develops in combination with the different psycho-pathological illnesses. The author points out that the pre-suicidal syndrome is not an isolated symptom of illness but can accompany all sorts of psychic pathology.

Literatur beim Verfasser

Adresse des Autors:
Prof. Dr. med. Erwin Ringel
Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien
a-1097 Wien
Lazarettgasse 14

Die Psychiatrie im Double-Bind**

Everhard Jungeblodt*

Der Autor untersucht in der vorliegenden Arbeit die Kommunikationsstruktur verschiedener Gruppierungen in der Psychiatrie. Ausgelöst durch die Enquête zur Lage der Psychiatrie widmet er sich auch der Frage nach den Mechanismen, die die Interaktion von Psychiatrie und Gesellschaft beherrschen und zeigt Beispiele der paradoxen Kommunikation innerhalb der verschiedenen Gruppen in der Psychiatrie auf. Hierbei werden Parallelen zur Kommunikationsstruktur zwischen einer schizophren machenden Mutter und ihrem Kind deutlich. Eine Aufdekkung der gesellschaftlichen Double-Bind-Situation, in der sich die Psychiatrie befindet, kann zu einem besseren Verständnis der Situation führen und ein entsprechendes Handeln möglich machen.
Der Autor geht auf die Möglichkeiten zur Auflösung der bestehenden Kommunikationsstruktur des Double-Bind in der Psychiatrie ein und stellt als Alternative die Realisierung des Konzeptes der Dynamischen Psychiatrie im Sinne der Berliner Schule Günter Ammons vor.

Die vorliegende Arbeit berichtet über eine Struktur menschlicher Kommunikation, die von der Literatur her als Double-Bind bekannt ist. Über die bisher beschriebene Zweierbeziehung in dieser Kommunikation hinausgehend, werde ich aufzeigen, daß der Double-Bind auch in der Beziehung von Gruppen untereinander zu beobachten ist. Durch die Integration des bisher isoliert gesehenen Double-Bind in das Konzept der Dynamischen Psychiatrie wird der entscheidende Gesichtspunkt dieser Kommunikationsstruktur berücksichtigt, nämlich seine stufenweise Auflösung durch eine zentral geleitete und strukturierte Kommunikation der Gruppen untereinander.

Während meiner sozialarbeiterischen Tätigkeit auf der Tuberkulosestation eines Landeskrankenhauses hatte ich Gelegenheit, mit der Gruppe der Patienten, Pfleger, Krankenschwestern, Ärzte, Verwaltungsangestellten und Berufskolleginnen und -kollegen zusammenzuarbeiten. Es fanden auch wöchentliche Teambesprechungen auf den drei TBC-Stationen und der therapeutischen Spezialstation statt. Sowohl in den Gesprächen wie auch in den anderen Kontakt- und Arbeitssituationen erlebte ich bei mir selbst und den Beteiligten immer wieder auftretende Schwierigkeiten und Spannungen im Umgang miteinander. Alle litten offensichtlich unter den damit verbundenen Einschränkungen in ihrer Arbeit. In vielen Sitzungen der Gruppen konnte keine Antwort auf die Frage gefunden werden, warum trotz guten Willens und großen Arbeitseinsatzes der meisten Beteiligten die Arbeit in der Psychiatrie mit den Patienten unbefriedigend blieb.

Mich hat diese Frage immer mehr beschäftigt und zu der Überzeugung gebracht, daß die Ursachen der von mir erlebten und beobachteten gestörten Kommunikation der Gruppen in der Struktur der Kommunikation selbst zu finden sein müssen.

* Psychotherapeut und Mitarbeiter des Düsseldorfer Lehr- und Forschungsinstitutes der DAP
** Vortrag gehalten auf dem IX. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), 10.–.14. Juni 1977, Deutsches Museum München

Bei der Analyse der Beziehungen der verschiedenen Gruppen fällt auf, daß die Kommunikation nicht von Widersprüchen, sondern von unauflösbaren Paradoxien getragen ist. Würde es sich nämlich um auftretende Widersprüche handeln, dann könnten diese in der Regel durch bestimmte Formen der Kommunikation aufgelöst werden. Wie unlösbar paradox jedoch die Kommunikation der verschiedenen Gruppen untereinander abläuft, möchte ich exemplarisch an der Beziehung zwischen der Gruppe der Patienten einerseits und der Gruppe der in der Krankenhausverwaltung Tätigen, den Therapeuten und dem Pflegepersonal andererseits aufzeigen.

Zur Sicherung der verwaltungstechnischen Versorgung wurden vom Krankenhausträger Millionen für die Modernisierung der Verwaltung, einschließlich der Anschaffung eines Computers, ausgegeben. Auf der anderen Seite war diese differenziert ausgestattete Verwaltung nicht in der Lage, den Patienten möglichst rasch nach der Aufnahme zu dem ihnen gesetzlich zustehenden Mindesttaschengeld von monatlich 50,00 DM zu verhelfen. Anstatt den Patienten einen Vorschuß zu gewähren, stritten sich Krankenhausverwaltung und Landesversicherungsanstalt bis zu einem Jahr über die Frage, welche Erkrankung im Vordergrund stehe, die psychiatrische oder die tuberkulöse. Trotz öffentlich deklarierter Patientenfür- und -vorsorge blieb der Patient monatelang völlig mittellos.

Ich erlebte die Fertigstellung eines sechsgeschossigen Normenbettenhochhauses für psychisch Kranke: ein steriler Zweckbau, der von den Kranken als unwohnlich und unpersönlich empfunden wurde. Gleichzeitig wurden kleinere erdgeschossige Häuser mit eigenem Garten abgerissen, in denen sich viele Patienten seit Jahren wohnlich eingerichtet hatten. Hier wird nach außen erheblicher finanzieller Aufwand als Hilfe für die Patienten der Psychiatrie demonstriert, der ihnen keine Hilfe ist.

Die Patienten der TBC-Stationen waren seit Jahren ohne Beschäftigung, weil hergestellte Gegenstände wegen des Fehlens eines UV-Gerätes zur Desinfektion auf dem Verkaufsbasar nicht ausgestellt werden durften. Meine Bemühungen, auf den Stationen mit den Patienten milieutherapeutisch zu arbeiten, wurden mit dem Hinweis unterlaufen, daß Verschönerungsarbeiten in den Zuständigkeitsbereich der hauseigenen Handwerker fielen.

Die Patienten kommen auf die Therapeuten mit der Erwartung zu, daß diese ihre psychische Erkrankung heilen. Diese Hoffnung wird von den Therapeuten ständig vermittelt. Ein Beispiel dafür, daß man diesen Erwartungen der Patienten nicht gerecht wurde, zeigte sich auf den Tuberkulosestationen, wo über 50 % der Patienten länger als fünf Jahre festgehalten wurden, obwohl bekannt ist, daß mit einer Chemotherapie eine TBC-Behandlung in der Regel nach sechs Monaten beendet ist, bzw. im vertrauten alten Milieu ambulant weitergeführt werden kann. Der Begriff „totale Hospitalisierung" spricht hier für sich.

Im therapeutischen Programm findet sich ein Spektrum verschiedenster Kontakttrainings, die als besonders wichtig für die Kontaktgestörtheit von

TBC-Erkrankten angesehen werden. Dem gegenüber stand den Patienten zum Telefonieren kein einziger Apparat auf den Stationen zur Verfügung, Nachrichten wurden lediglich mündlich vom Pflegepersonal übermittelt.

Der auch von anderen Gruppen in der Psychiatrie formulierte Anspruch des partnerschaftlichen Umgangs mit den Patienten und die erlebte Realität spiegelte sich in der Badezimmersituation auf meiner Station folgendermaßen wieder: Die Pfleger benutzten ein eigenes, modernisiertes, gutausgestattetes und gepflegtes Badezimmer. Die Patienten badeten in einer uralten Standfußbadewanne, die sich in einem schlechtbeleuchteten, feuchten Raum befand, wo der Putz von den Wänden fiel, der Steinfußboden kalt und unansehnlich war. Dieser Unterschied blieb den Patienten nicht verborgen.

Wie ist das in den geschilderten Beispielen offenkundig paradoxe Verhalten zu verstehen? Meines Erachtens haben *Bateson* u. a. (1972) mit der Entwicklung des Double-Bind-Konzeptes einen neuen Weg aufgezeigt. Bezeichnungen wie „Doppelbindungen", „Beziehungsfalle", „Zwickmühle", „Verrücktmacher-Interaktion" sollen dabei das charakterisieren, was bei schizophrenen Erkrankungen in der Interaktion zwischen Mutter und Kind abläuft. Folgende Charakteristika sind für ein Double-Bind von Bedeutung:

1. Mindestens zwei Personen, die in einer lebensnotwendigen Beziehung zueinander stehen, sind an der Situation beteiligt.
2. Eine erste Botschaft fordert zu einer Handlung oder einem Verhalten auf, für die Nichtbefolgung wird Bestrafung angedroht.
   Gleichzeitig fordert eine zweite, meist averbale Botschaft dazu auf, genau das zu tun, was im Widerspruch zur ersten Botschaft steht, bzw. deren Handlungsanweisung ausschließt. Auch hier indiziert die Nichtbefolgung die Bestrafung.
3. Für den Empfänger der Botschaften besteht keine Fluchtmöglichkeit durch Entzug aus der paradoxen Situation. Auch ist ihm verboten, die paradoxe Situation metakommunikativ zu thematisieren und damit zu klären.
4. Die Antwort des Empfängers auf die sich widersprechenden Botschaften ist selbst eine paradoxe Reaktion, die wiederum die Doppelbindung reproduziert. Somit begreift der Empfänger in einem Lernprozeß die menschliche Beziehung als eine Doppelbindung und nimmt sein Universum in der Schablone des Double-Bind wahr.

Bateson u. a. (1972) haben zwar die schizophrene Interaktion zwischen Mutter und Kind mit dem Double-Bind charakterisieren und verstehbar machen können, doch wurde schon bald deutlich, daß derartige Kommunikationsstrukturen auch im außerfamilialen Bereich zu beobachten sind. *Vinnay* (1972) sieht ein Double-Bind in der Beziehung des Unterschichtkindes zur Schule sowie in der Beziehung des Arbeiters zu seinem Betrieb. *Peter* (1975) erklärte z. B. paradoxes Führungsverhalten in der Beziehung zwischen Angestellten und Firmenchef mit der Double-Bind-Theorie. *Simon* u. a. (1977) versuchen, die Schwierigkeiten in der therapeutischen Gemeinschaft zwi-

schen Therapeut und Patient mit Double-Bind-Situationen zu begründen. Es handelt sich also um den Versuch, gesellschaftsbezogene Interaktionen paradoxer Natur mit einem Konzept zu erklären, das vom Ansatz her ursprünglich nur den eingeschränkten Aspekt familialer Störungen berücksichtigt.

Ich möchte im folgenden einen Schritt weitergehen und das Double-Bind-Konzept daraufhin überprüfen, ob es sich auch dazu eignet, Interaktionsmechanismen zwischen Gruppen erklärbar zu machen. Mit anderen Worten: Sind die obigen von außen uneinfühlbaren Beziehungen und Interaktionen zwischen den verschiedenen Gruppen in der Psychiatrie als Double-Bind zu charakterisieren?

Am Beispiel der Beziehungen zwischen Krankenhausträgern und Psychiatern lassen sich stellvertretend für die übrigen Gruppen in der Psychiatrie die oben geschilderten Charakteristika des Double-Bind wie folgt übertragen:

1. Der Konflikt besteht zwischen den Krankenhausträgern und den Psychiatern, zwei Gruppen, die in einer lebenswichtigen Beziehung zueinanderstehen. Warum und wie diese Beziehung im einzelnen gewachsen ist, hängt unter anderem mit der sozialgeschichtlichen Entwicklung der Psychiatrie und dem historischen Prozeß der Entwicklung des Berufstandes des Psychiaters zusammen. Ich verweise an dieser Stelle auf die ausführlichen Arbeiten von *Bauer* (1975), *Foucault* (1973), *Dörner* (1972) und *Hochmann* (1973).
2. Die Psychiater haben sich mit widersprechenden, im Falle ihrer Weigerung mit sanktionsandrohenden Botschaften der Träger auseinanderzusetzen, von denen die eine die Heilung der Kranken verlangt, die nonverbale jedoch signalisiert, daß eine Heilung der Kranken in gar keinem Falle erfolgen darf. Denn die psychisch Kranken sollen auch weiterhin die „Sündenbock-Funktion" erfüllen, Gradmesser zu sein für die „Gesundheit der Gesunden". Es ist daher kein Zufall, daß bisher alle Versuche der Psychiater, sich selbst und die psychisch Kranken aus der „Sündenbockrolle" zu befreien, zum Scheitern verurteilt waren, unabhängig davon, ob es sich nun um Gruppierungen aus der Anti-Psychiatrie, Sozialpsychiatrie oder andere Richtungen gehandelt hat.
3. Die Psychiater haben sich bis heute der paradoxen Situation nicht entziehen können. In erster Linie war es ihnen unmöglich, über die paradoxe Situation selbst zu sprechen, sie metakommunikativ zu thematisieren. Noch heute ist es jedem in der Psychiatrie Beschäftigten untersagt, ohne Zustimmung seines Arbeitgebers Berichte über das zu veröffentlichen, was er am Arbeitsplatz erlebt hat. Dieses verfassungswidrige Gebot ist sogar zu unterschreiben und hat bei Verletzung vor allem wirtschaftliche Folgen, die wiederum den ökonomisch gewachsenen Hintergrund der Abhängigkeiten in der Beziehung deutlich machen.

   Wie ernst dieses Verbot der Metakommunikation gemeint ist, wurde erst jüngst deutlich. Bei der Analyse der Ausbildungssituation des Pflegepersonals in der Psychiatrie aufgrund des Enquête-Berichtes in der Presse-

konferenz der Deutschen Akademie für Psychoanalyse in Düsseldorf 1975 wurde die ungenügende Ausbildung kritisiert und damit thematisiert. Die Antwort der institutionellen Psychiatrie sowie ihrer Vertretungen war nun nicht etwa eine Diskussion über die Ausbildungssituation selbst, deren Mängel bzw. Möglichkeiten, diese zu beheben, sondern Angstabwehr in Form von Äußerungen, die keinen unmittelbaren Zusammenhang zum angesprochenen Problem erkennen ließen und geeignet waren, jegliche etwa aufkommende konstruktive Diskussion emotional zu unterbinden.

4. Die Reaktion der Psychiater auf die doppelbödigen Botschaften des Krankenhausträgers ist in sich selbst gespalten, paradox: Den Auftrag zur Gesundmachung der psychisch Kranken beantworten sie einerseits mit einem großen Aufwand an differenzierter Diagnostik und Gutachten, andererseits zeigt sich die Befolgung des Verbots zur Heilung an dem bekannten Syndrom der „Drehtürpsychiatrie" oder der vollständigen Hospitalisierung durch Nichtentlassung, wie ich oben beschrieben habe. Die Beziehung ist daher gekennzeichnet durch ständig sich gegenseitig reproduzierende paradoxe Interaktionen.

Die gruppenbezogenen Interaktionen in der Psychiatrie weisen also die gleichen Mechanismen und Charakteristika auf, wie sie als Double-Bind gekennzeichnet sind in der schizophrenmachenden Beziehung zwischen Mutter und Kind. Zum Verständnis der Psychiatrie trägt es bei, zu sehen, daß diese sich im Double-Bind befindenden Gruppen eine spezielle Strategie entwickeln mußten, damit die unerträgliche Situation in den Beziehungen zueinander ertragen werden konnte. So wie der einzelne im Double-Bind keine Bewegung machen oder unterlassen kann, ohne Widersprüchen oder paradoxen Zwängen ausgeliefert zu sein, sind auch die Bemühungen der verschiedenen Gruppen diesen enormen Belastungen ausgesetzt.

Es kann an dieser Stelle nur die Vermutung geäußert werden, daß eine Double-Bind-Situation nicht nur innerhalb der vorgestellten Gruppen, sondern auch zwischen ihnen und der Gesellschaft besteht, eine These, die meines Erachtens einer näheren soziologischen Untersuchung bedarf.

Jeder Ansatz einer positiven Veränderung der Situation der Psychiatrie muß sich daher an der bestehenden Kommunikationsstruktur des Double-Bind orientieren. Die Analyse dieser Kommunikationsstruktur und deren Charakterisierung als Double-Bind erscheint mir weniger schwierig als deren Auflösung selbst. Die Aufhebung des metakommunikativen Verbots in der Praxis der Psychiatrie führt meines Erachtens diese Auflösung entscheidend herbei: Dabei kommt es darauf an, die Realisierung des Konzeptes der Dynamischen Psychiatrie der Berliner Schule *Günter Ammons* voranzutreiben, da hier in überschaubaren Bereichen ein Leiter, mit Kompetenzen ausgestattet, als „Zentrale Figur" qualifiziert genug ist, Double-Bind-Strukturen zu erkennen, anzusprechen und damit aufzulösen. Diese „Zentrale Figur" stellt sich zur Verfügung, arbeitet in festen Gruppen gruppendynamisch, gruppenpsychotherapeutisch und milieutherapeutisch. Indem sie die konstrukti-

ven Anteile der einzelnen in deren Gruppen erkennt und verstärkend bejaht, sie unterstützt und sich mit ihnen verbündet, werden brauchbare Ansätze genutzt, die mit Sicherheit in allen Gruppen vorhanden sind. Denn jeder noch so gut gemeinte reformerische Ansatz wäre zum Scheitern verurteilt, wenn unter Verleugnung des guten Willens der Beteiligten konstruktive Momente unerkannt und ungenutzt blieben.

Im Rahmen dieser Arbeit mit den konstruktiven Anteilen kommt den berufsspezifischen Selbsterfahrungsgruppen für alle in der Psychiatrie Beschäftigten entscheidende Bedeutung zu. Diese Gruppen bieten die Möglichkeit der Reflexion über sich und die Arbeitssituation, geben Hilfen zur Lösung und Bewältigung von Konflikten und führen durch Ich-Veränderung und Ich-Erweiterung zu einer differenzierten Ich-Identität jedes einzelnen und damit der Gruppen. Dies beinhaltet auch die Möglichkeit einer kritischen Auseinandersetzung mit der Arbeit, Forschung, Theorie und Praxis in der Psychiatrie.

So wie die Auflösung des Kommunikationsmusters des Double-Bind innerhalb dieser Gruppen geschieht, indem der Leiter als die „Zentrale Figur" das metakommunikative Verbot durchbricht und damit auflöst, wird er die Vielzahl der bestehenden Vorurteile als eine Form der Angstabwehr verstehen und akzeptieren, dieser Identitätsangst die Arbeit mit den gesunden Ich-Anteilen entgegensetzen und so Hilfen bereithaben, diese Angst zu verringern und Vorurteile zu beseitigen.

Die Miteinbeziehung von therapeutischem Personal und Patienten in die Schaffung und Gestaltung eines freundlichen Milieus bietet das Konzept der Dynamischen Psychiatrie mit der Milieutherapie. Diese kreativ konstruktive Arbeit stützt und fördert gesunde Ich-Anteile. Hier sind Personal und Patienten in gleichem Maße gefordert, an der Veränderung und Umstrukturierung ihrer Situation und Realitäten innerhalb des psychiatrischen Bereiches mitzuarbeiten. Mit der Schaffung von geeigneten Projekten, in der gemeinsamen körperlichen Arbeit mit den Patienten und dem Personal wird der Leiter zum real Mitarbeitenden und Partner. Auch hier schafft er durch Unterstützung, Anerkennung und Förderung die Möglichkeit erweiterter Kommunikation und Kooperation aller miteinander.

Ein so offen gestaltetes, kommunikationsbereites und kommunikationsfähiges Milieu, das die äußeren Realitäten nicht verleugnet sondern miteinbezieht, stabilisiert nicht nur die Beziehungen der Gruppen untereinander, sondern verhilft den Patienten zu einer neuen Realität bezüglich ihrer psychischen Erkrankungen und den Möglichkeiten ihrer Gesundung.

Psychiatry in a Double-Bind Communication System

Everhard Jungeblodt

The study of the Enquête on the situation of psychiatry in Western Germany, issued in 1975, made the author ask the question, what kind of mechanisms are characteristic of the interaction between psychiatry and society. The point of socio-historical development of psychiatry is stressed. The disconnection between symptomatics and the circumstances of life causing the illness lead to a tension within the interaction between psychiatry and society. This tension is established by a scientific training of psychiatrists in the sense of Kraepelin and Schneider.

The analysis of this communication structure leads to the following results: schizophrenogenic communication between mother and child can be parallelized with the communication between society and psychiatry. The author proves that the double-bind communication in the sense of *Bateson* et.al. (1972) can be transferred from the individualistic point of view to an interaction between groups.

On the basis of double-bind structure observations of different groups in psychiatry are described. Interactions between administration and patients are characterised by an attitude which rather seems to aim at an improvement of the employees working condition than at a fulfillment of the patients needs. The chance of development is pretended by the use of the therapeutic techniques, whereas the real life situation and organisation of the hospital prevents a changement. Thus the author has observed that though within the frame of treatment of patients communicative exercises were practised the in-patients of the hospital had no opportunity to make telephone calls to their friends or relatives. A similar dynamics could be observed between the nursing staff and the patients; on the same ward the patients could experience that the staff whose duty it was to take care of the patients rather preferred to fulfill their own needs than those of the patients.

The relations among the different groups mentioned above are characterised by the same aspects which *Bateson* described as double-bind-communication. According to *Bateson*, double-bind is a kind of schizophrenic mother-child communication. The discovering and the process of solving a double-bind, however, is only possible, if the surrounding group can understand the pathogenic communication in the primary group with view to its own deficits. Summing up, the author points out that psychiatry can cope with its own responsibility only if the double-bind communication in its structure can be solved. This can be realized by a central person as it is conceptualized by *Ammon*. It is a necessity to reduce mutual prejudices and to work with the sane parts in psychiatry and society and thus to solve the double-bind situation.

Literatur

Ammon, G. (1973 a): Dynamische Psychiatrie. Grundlagen und Probleme einer Reform der Psychiatrie (Darmstadt/Neuwied: Luchterhand)
Bateson, G.; Jackson, D. D.; Laing, R. D.; Lidz, Th.; Wynne, C. u.a. (1972): Schizophrenie und Familie (Frankfurt: Suhrkamp)
Bauer, M. (1975): Zur gegenwärtigen Lage der Psychiatrie in der BRD. In: Neue Praxis
Foucault, M. (1973): Wahnsinn und Gesellschaft (Frankfurt: Suhrkamp)
Dörner, K.; Ploog, U. (1972): Sozialpsychiatrie. (Darmstadt Neuwied: Luchterhand)
Hochmann, J. (1973): Thesen zu einer Gemeindepsychiatrie. (Frankfurt: Suhrkamp)
Peter, L. (1975): Paradoxes Führungsverhalten erklärt nach der Double-Bind-Theorie. In: Psychologie Heute (11) 58
Simon, F. B.; Albert, B.; Klein, Ch.; Sehnde (1977): Gefahren paradoxer Kommunikation im Rahmen der „Therapeutischen Gemeinschaft". In: Psychiat. Prax. (1) 38
Vinnay, G. (1972): Sozialpsychologie der Arbeiterklasse (Hamburg: Reinbek)

Adresse des Autors:
Everhard Jungeblodt
Grafenberger Allee 61
4000 Düsseldorf 1

Ein Beitrag zur Bedeutung der Dynamischen Psychiatrie für die Reformbewegung in der Psychiatrie Polens**

Zdzislaw Miniewski*

In seiner Arbeit skizziert der Autor Entwicklungsrichtungen der Psychiatrie in den letzten 30 Jahren in Polen und stellt seine eigenen Bemühungen um ein psychotherapeutisches und ansatzweise auch dynamisch-psychiatrisches Behandlungskonzept in der von ihm geleiteten Abteilung des Psychiatrischen Landeskrankenhauses in Kraków dar.

In Polen übten nach dem zweiten Weltkrieg der Pawlowismus und in den letzten Jahrzehnten die Psychopharmakologie einen entscheidenden Einfluß auf die Ausbildung der Mediziner und Psychiater aus. Nach Meinung des Autors werden psychotherapeutische Behandlungsformen in Polen zwar breit, aber oberflächlich diskutiert, so daß erst eine grundlegende Einstellungsänderung der Ärzte stattfinden müßte, um einer mehr dynamisch-psychiatrischen Sichtweise in der psychotherapeutischen Behandlung der psychisch Kranken den Vorrang vor einer nur biopsychologischen und verhaltensorientierten Reflexologie zu geben.

Der vom Autor entwickelte Ansatz einer von Emotionen getragenen menschlichen Psychotherapie geht zwar von der Triebbestimmtheit des menschlichen Verhaltens aus, berücksichtigt aber zunehmend psychosoziale Determinanten psychischer Erkrankung und interpersonelle Behandlungsaspekte. Demzufolge betrachtet der Autor das Einfühlungsvermögen und die Bereitschaft zur Hingabe und kritischen Selbstreflexion auf seiten des Arztes als unabdingbare Bestandteile des psychotherapeutischen Prozesses. Wesentliche Anregungen für die Erweiterung seines psychiatrischen Handelns und Denkens in Richtung auf eine Dynamische Psychiatrie hat der Autor durch seine wissenschaftlichen und menschlichen Kontakte im Rahmen der Internationalen Symposien der Deutschen Akademie für Psychoanalyse erhalten.

Das herrschende Modell in unserer Psychiatrie basiert auf der biopsychologischen Konzeption der Ätiologie und Pathogenese der „Geisteskrankheiten". Nach dem Ende des Zweiten Weltkrieges übte der Pawlowismus einen großen Einfluß auf die Ausbildung der jungen Ärzte in Polen aus. In dieser Zeit war bei uns die klinische Psychologie noch nicht anerkannt. Das rein medizinische Modell der damaligen Psychiatrie bereicherte uns durch den großen Fortschritt der Psychopharmakologie in den Sechziger Jahren. Diese Art der Behandlung wurde am Anfang ihres Entstehens enthusiastisch begrüßt. Nach langjähriger Erfahrung überzeugten wir uns jedoch davon, daß die Darreichung der Psychopharmaka auf viele Jahre hin notwendig wurde, und daß die Remissionen unserer Kranken nicht von Dauer waren. Auf eine solche Weise konnten wir zwar die akuten Symptome bei den psychotisch Kranken mildern, die Syndrome blieben jedoch bis zur Zeit ihres unerwarteten Aufflammens lediglich larviert, so daß die Kranken aus den Stationen rasch und eher entlassen werden konnten, andererseits aber auch

* Dr. med., Leiter der Alkoholikerabteilung des Psychiatrischen Landeskrankenhauses Kraków

** Vortrag gehalten auf dem IX. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), 10.-14. Juni 1977, Deutsches Museum München

viel häufiger in die Stationen zurückkommen mußten. Demzufolge wandte man sich in Polen der Arbeitstherapie zu.

In vielen größeren Heilanstalten gründete man verschiedenartige Werkstätten, in denen dann die mit Psychopharmaka intensiv behandelten Kranken über die Dauer von vielen Monaten, manchmal auch Jahren, beschäftigt wurden. Dies führte zu einer Automatisierung und geistigen Verstumpfung der Kranken. Ein solches Krankenhaus glich einer Produktionsanstalt, die Waren herstellte, um sie auf dem Markt zu verkaufen. Man war damals der Meinung, daß solche menschlichen „Roboter" ihren Unterhalt selbst verdienen könnten. Die Einkünfte, die von der Arbeit der Patienten stammten, wurden zur Verbesserung der Unterkünfte und Verpflegung der Kranken und für ihre kulturellen Bedürfnisse verwendet. Ein solches Verfahren hatte aber seine Schattenseite, denn die so Behandelten „erstarrten" gleichermaßen in ihrem krankhaften Benehmen. Sie wurden kaum geheilt, sondern änderten ihr Verhalten nur so, daß es für ihre Umwelt weniger belästigend wirkte.

Die negativen Seiten des traditionellen Modells in unserer Psychiatrie wurden im Laufe der Siebziger Jahre erkannt. In den letzten Jahren entwickelte sich immer deutlicher die Einsicht in die Notwendigkeit eines tieferen Verständnisses des Gedankenguts und der Gefühle der sogenannten Geisteskranken. Die ausschließlich psychopharmokologischen und biologischen Behandlungsformen – hier sei besonders die Insulin- und Elektroschocktherapie erwähnt – glichen einem „Pflaster", das man unseren Kranken lediglich anklebte. Hierdurch wurden unsere Kranken nicht geheilt, sondern nur gelähmt. Nach einer derartigen langjährigen Behandlung, wie wir sie aus eigener Anschauung kennen, kommt es zu einer Abstumpfung des Gefühlslebens bei unseren Patienten. Die so Behandelten erinnern uns an Mannequins, die von der sogenannten gesunden Menschheit beliebig manipuliert werden können. Die Jahrtausende währende Kluft zwischen den „Geisteskranken" und den sogenannten Verständigen konnte auf diese Weise nicht überbrückt werden. Die Tiefenpsychologie ging hier weiter, indem sie auf die Bedeutung der prä- und postnatalen Entwicklung und der Eltern-Kind-Beziehung für das Verständnis der Kranken hinwies. Die Dynamische Psychiatrie, die die verhängnisvolle Trennung von Psychiatrie und Psychoanalyse überwand, wurde zum Leitfaden meiner psychotherapeutischen Bemühungen. Obwohl man die Bedeutung der Psychotherapie heutzutage weit und breit diskutiert, wird das Wort Psychotherapie nur oberflächlich verstanden. Infolgedessen wird die psychotherapeutische Behandlung von breiten Schichten der Ärzte als Methode mißbraucht. Allzu gering ist das Verständnis für das, was Psychotherapie im ärztlichen Sinne dieses Wortes bedeutet. Unserer Meinung nach ist die Psychotherapie eine geplante Interaktion, in der durch die Beeinflussung und Hilfe des Arztes die Behebung der Leidenszustände und Verhaltensstörungen der Kranken erzielt werden soll. Eine so verstandene Psychotherapie verlangt von den Ärzten eine gründliche theoretische Vorbereitung und eine lange Praxis und Übung. Die Eigen-

art dieser Wissenschaft verlangt von denen, die sich ihrer Hilfe bedienen, daß sie sich in die krankhaften Gedanken und Gefühle ihrer Patienten einfühlen und hineinversetzen können. Eine solche Hingabe wird aber von keinem anderen ärztlichen Spezialisten in diesem Maße verlangt. Psychotherapie im allgemeinen und um so mehr die Tiefenpsychotherapie zielt sowohl auf das therapeutische wie auch auf das diagnostische Handeln ab.

Die Dynamische Psychiatrie findet einen immer größer werdenden Aufgabenbereich vor. Die menschlichen Triebe, die Urquellen unseres Verhaltens, hängen mehr als je zuvor von den sozialen, ökonomischen, ästhetischen, sittlichen, religiösen und nicht zuletzt auch von den politischen Lebensformen ab. Es ist ein umfangreiches Gebiet, in dem sich der wirklich fortschrittliche Psychotherapeut bewegen können muß. Er muß innerlich fest integriert und geschlossen sein, eine Zersplitterung des eigenen Ichs steht seinen Aufgaben entgegen. Die Rechtschaffenheit unseres Berufes verlangt es, daß wir selbst uns immer wieder überprüfen und analysieren. Die Überprüfung unserer Werte hängt aber eng zusammen mit der Frage nach den Lebensformen, deren Hintergrund philosophische, religiöse und politische Systeme bilden. In einer Zeit, in welcher die Welt dank der großen Erfolge der Informationstechnik unaufhörlich wechselnden Ereignissen ausgesetzt ist, vervielfältigen sich die auf den Menschen einwirkenden Streßfaktoren. Den Beweis hierfür liefern Statistiken, die darauf hinweisen, daß die Zahl der Nervenkranken ständig wächst. Das destruktiv entartete Verhalten fast ganzer Generationen der Menschheit, dessen Zeuge wir von Anfang dieses Jahrhunderts an sind, wäre ein dankbares Ziel für die sozialpsychologische Forschung. Der Wert dieser Forschung würde darin bestehen, zu zeigen, daß der kranke Mensch, und nicht nur das Organ und seine gestörte Einzelfunktion behandelt werden müssen, und daß wir, um das zu erreichen, nicht mehr länger an dem Problem eines umfassenderen Entwurfs unseres Daseins vorbeigehen können. Eine solche Einsicht bahnt den Weg für Reformierungen unserer Heiltätigkeit und unserer psychotherapeutischen Bemühungen im Sinne der Dynamischen Psychiatrie. All das, was dargestellt wurde, fordert eine Umschulung unserer Ärzte. Diesen neuzeitlichen Anforderungen entgegenkommend, begann die psychotherapeutische Abteilung unseres psychoneurologischen Instituts unter der Leitung des Vorsitzenden Dr. *Leder* mit der Ausbildung der sich auf die Psychotherapie spezialisierenden Ärzte.

Die Abteilung, die ich begründete und an der ich fast dreißig Jahre als Chefarzt tätig war, befaßte sich von Anfang an mit den Problemen der Ausarbeitung einer geplanten Psychotherapie- und Behandlungstechnik. Der Anfang vor dreißig Jahren fiel mir sehr schwer. Ich muß heute offen gestehen, daß ich für meine Bemühungen bei meinen Kollegen kein Verständnis fand. Trotz aller Hindernisse richtete ich meine Abteilung ein, ohne dabei auf die übliche Aufteilung der Kranken nach Ätiologie und Dauer ihrer Krankheit Rücksicht zu nehmen.

Damit aber brach ich mit der traditionellen Psychiatrie. Insbesondere wollte ich nicht die sogenannten chronischen Fälle in einer speziell für sie eingerichteten Abteilung einsperren lassen. Ich betrachtete dies als einen groben Fehler, der von unserer Heilkunst Jahrzehnte geübt wurde. Ebenso war ich ein Gegner der Gründung spezieller Abteilungen für alkoholsüchtige Kranke, die dort ihre Entziehungskur in größeren Gruppen durchmachen sollten. Meiner Meinung nach sollte man homogene, zur Ausschweifung neigende Patienten in einer Station in größeren Gruppen nicht zusammenhalten. Es wäre genauso falsch, wollten wir aus Epileptikern oder manisch erkrankten Patienten spezielle Gruppen bilden. Ein solches System würde eher einer Strafanstalt als der Station eines Krankenhauses gleichen. Wie ich schon erwähnt habe, nahm ich in meiner Station neben an Psychosen erkrankten und schwer neurotischen Patienten auch Alkoholsüchtige auf. Ich gestehe offen, daß auf die Mehrheit der Letztgenannten in den ersten Tagen ihres Aufenthaltes in der Station dies schockartig wirkte, mit Ausnahme auf die Deliranten. Aber schon nach einigen Tagen ihres Aufenthaltes wandelte sich ihre Frustration, die aus ihrer familiären und sozialen Umgebung herrührte, in eine Hilfsbereitschaft, mit welcher sie den psychotisch Erkrankten entgegenkamen. Psychotherapeutisch begann ich mit den psychotisch Erkrankten zu arbeiten, als diese aufgrund wachsenden Vertrauens zu einem persönlichen Kontakt fähig waren. Die Gruppenpsychotherapie erfolgte in gesonderten Gruppen von psychotischen und alkoholsüchtigen Patienten. Einmal in der Woche jedoch versammelte ich beide Gruppen im Rahmen einer Resozialisierungs-Gruppentherapie. Zweimal monatlich lud ich die ehemaligen Patienten samt ihrer Familienangehörigen zur Milieutherapie-Versammlung ein. Meinen Erfahrungen nach versagten die Methoden der Aversions-Therapie bei den Alkoholsüchtigen.

In diesem Zusammenhang möchte ich erwähnen, daß bei uns in Polen eine gesetzliche Fürsorge im Kampf gegen den Alkoholismus besteht. Alkoholsüchtige, die sich nicht freiwillig zu einer Entziehungskur bereit erklären, können zivilgerichtlich dazu gezwungen werden. Dies trifft auf alle die Fälle zu, bei denen der Gesundheitszustand des Patienten oder die Sicherheit der Familie gefährdet ist. Die kürzeste Frist einer solchen Kur beträgt mindestens drei Monate in einer geschlossenen Entziehungsanstalt. Darüber hinaus sind solche Patienten zu einer weiteren ambulanten Behandlung über die Dauer von zwei Jahren verpflichtet. Über einen Gesetzesentwurf zum Schutz und zur Fürsorge der psychiatrisch Kranken wird zur Zeit in Polen heftig diskutiert. Ich selbst und der größte Teil der psychiatrischen Ärzte stehen diesem Entwurf kritisch und mit Vorbehalt gegenüber. Ein solches Gesetz würde die gesellschaftliche Diskriminierung unserer Patienten fortsetzen. Diese Diskriminierung aber ist das größte Hindernis, das unseren psychotherapeutischen Bemühungen entgegensteht.

Entscheidende Impulse für meine psychiatrische Tätigkeit und die hier ansatzweise entwickelten Gedanken zu einer Reformierung der polnischen

Psychiatrie in Richtung auf ein psychodynamisches Verständnis von psychischer Erkrankung verdanke ich meinen wissenschaftlichen Kontakten mit der Deutschen Akademie für Psychoanalyse, deren Präsident *Günter Ammon* ich mich in meinen Bestrebungen verpflichtet fühle.

On the Importance of Dynamic Psychiatry for the Reform of Psychiatry in Poland

Zdzislaw Miniewski

The prevailing model of Psychiatry in Poland is based on a bio-psychological etiological and pathological concept of the origin and development of psychic illness. After the end of the second world-war Pavlovism had a great influence on the training of medical students. The introduction of psychopharmacology was enthousiastically welcomed in the sixties. Not before recently, after a long time of different experiences, the success of psychopharmaca has been questioned because of the instability of their remission. As a result, new hope was directed on working-therapy.

Thus in many of the big psychiatric clinics manufacturing shops were built up in order to keep the patients busy. This lead to an automatism and a mental mutilation of the patients. Such a clinic, as the author puts it, was like a manufactory with roboters. Patients were not cured, but adapted, so that they could not annoy their environment. This negative development of traditional Psychiatry in Poland was realized in the seventies. This is the reason why during the last ten years the necessity of realizing the psychic problems and emotions of mentally ill patients has become more urgent. Today there is a wide discussion of psychotherapy, but often the word is understood only superficially, with psychotherapeutic techniques being abused by many physicians: They often misunderstand what psychotherapy really means, as they are not trained to think in emotional and sensitive categories. Psychotherapy with mentally ill patients requires – as the author points out – that physicians achieve an empathetic understanding of the pathological thinking and feeling of the patients.

The necessity of Dynamic Psychiatry and of dynamic psychiatrist become more and more extensive, embracing social, economical, aesthetical and religious conditions of human life. The personality of a progressive psychotherapist must integrate all these conditions without splitting off his own identity. In this sense the author has been building up a psychotherapeutic department for nearly thirty years, trying to work under dynamic-psychiatrical aspects especially with alcohol addicts. In the author's opinion, mentally ill patients and alcohol addicts should not be separated from each other. Above all it is important to get personal contact with the patient in order to build up a

basic confidence, which is a necessary condition for starting individual-therapy and group-psychotherapy.

In the end the author points out that his taking part in International Symposia of the German Academy of Psychoanalysis has furthermore improved his dynamic-psychiatrical thinking and working.

Literatur beim Verfasser

Adresse des Autors:
Dr. med. Z. Miniewski
Budynek 26
30-393 Kraków/Polen

Ein projektiver Ansatz zur testpsychologischen Erforschung der Ich-Funktion der Abgrenzung**

Kurt Theodor Oehler*

Im Ich-Struktur-Modell Günter Ammons spielt die zentrale Ich-Funktion der Abgrenzung eine entscheidende Rolle. Sie steht in engem Zusammenhang mit der Ich-Grenze. Auf dieser Grundlage hat der Autor seinen testpsychologischen Ansatz zur projektiven Erfassung der Ich-Grenze entwickelt. Der Grundgedanke dieses Tests geht von der Hypothese aus, daß die Ich-Grenze wahrgenommen, gefühlt und durch eine zeichnerische Darstellung projektiv abgebildet werden kann. Hiermit versucht der Autor, einen weiteren Ansatz zur testpsychologischen Objektivierung zentraler Ich-Funktionen zu erschließen, wie dies von Ammon und Mitarbeitern bereits im Ich-Struktur-Test angegangen wurde. Mit dem neu entwickelten Testverfahren wird versucht, die Ich-Grenzen und deren Störungen abzubilden und die Beschaffenheit der Grenzen innerhalb verschiedener Krankheitsbilder gegenüberzustellen und damit die Theorie weiter zu befruchten. Anhand von zahlreichen Abbildungen werden erste Einzelbeispiele vorgestellt und im Hinblick auf ihre Aussagemöglichkeit diskutiert. Insbesondere wird die Ausgangshypothese kritisch hinterfragt. Im Hinblick auf die Weiterentwicklung werden Hypothesen erarbeitet. Ein Validierungsversuch anhand einer Gruppe von Heim- bzw. Waisenhauskindern, von Legasthenikern und Schulkindern bringt statistisch signifikante Unterschiede.

1. Einleitung

Jeder Mensch steht bewußt oder unbewußt der Frage gegenüber: Was wünsche ich? Was will ich? und schließlich: Wer bin ich? Die Antworten lassen sich abgrenzen durch die alternative Frage: Wer bin ich nicht? Im Aufbau dieser Grenze und der damit ermöglichten Unterscheidung von Ich und Nicht-Ich versteht *Ammon* (1973) die entscheidende Phase der Ich- und Identitätsentwicklung. Er begreift die Ich-Abgrenzung, neben der Ich-Identität, der Ich-Autonomie, der konstruktiven Aggression, der Kreativität u. a., als eine der zentralen Ich-Funktionen.

Die zentrale Ich-Funktion der Abgrenzung steht in engem Zusammenhang mit der Ich-Grenze. Sie hat einen funktionalen und einen Identitätsaspekt. Der funktionale Aspekt bezieht sich auf die Wahrnehmung von Ich und Nicht-Ich, was einem Abgrenzungsschritt sowohl nach außen als auch nach innen entspricht. Der Identitätsaspekt kennzeichnet die Dimension des Sich-Erlebens als einer von anderen Menschen abgegrenzten und autonomen Person, die ihre Bedürfnisse in eigenem Recht schuldfrei wahrnehmen kann.

Die Entwicklung der zentralen Ich-Funktion der Abgrenzung geschieht primär im Rahmen der Interaktion zwischen Mutter und Kind. In diesem

* Dr. rer. nat., Psychotherapeut und Mitarbeiter am Münchener Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP)

** Vortrag gehalten auf dem IX. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), 10.–14. Juni 1977, Deutsches Museum München

Geschehen beantwortet die Mutter die anfangs undifferenzierten Äußerungen des Kindes auf differenzierte Weise. Sie ermöglicht dem Kind dadurch, seine eigenen Bedürfnisse zu unterscheiden und seine Bedürfnisäußerungen, die sich zunächst in einer reinen Körper- und Organsprache darstellen, zu differenzieren. *Ammon* beschreibt dies folgendermaßen:

Die Entwicklung der grundlegenden Körperfunktionen und Reaktionsformen ist an die Voraussetzung der lebenswichtigen affektiv-körperlichen Interaktion von Mutter und Kind in der frühen Symbiose gebunden. In deren Verlauf introjiziert das Kind die Einstellungen und das Verhalten der Mutter ihm gegenüber und entwickelt damit ein Körper-Ich, das mit Hilfe der frühesten Ich-Grenze, nämlich der Körper-Ich-Grenze, eine erste Unterscheidung von innen und außen erlaubt. Damit entsteht einerseits ein Ich-Gefühl im Sinne der Wahrnehmung der eigenen körperlichen Existenz und andererseits die Voraussetzung für eine aktive und gerichtete Kommunikation, d. h. die Entfaltung und Differenzierung der Ich-Funktion (vgl. *Ammon*, 1974).

Auf dem Boden dieser Erfahrung kann das Kind mit Hilfe der Mutter und der Primärgruppe, die als externe Hilfs-Ichs fungieren, seine Ich-Grenze erweitern. Die umgebende Gruppe muß dabei die Bedürfnisse des Kindes verstehen und artikulieren und ihm somit helfen, eine Ich-Grenze einerseits gegenüber seinen inneren Bedürfnissen aufzubauen und es andererseits aber auch darin unterstützen, die Außenwelt zu erforschen, die Gefahren zu erkennen und sich gegen außen abzugrenzen. In der Weise, wie die Primärgruppe die zunehmende Selbständigkeit unterstützt, internalisiert das Kind das emotionale Interaktionsgeflecht der Primärgruppe als Gruppengrenze. In Abhängigkeit davon kann es allmählich seine eigenen Bedürfnisse und Fähigkeiten wahrnehmen, äußern und befriedigen.

Wächst das Kind in einer erfahrungsunfähigen Gruppe auf, so resultiert daraus eine arretierte Ich-Entwicklung. Ein Großteil der Erfahrungsfähigkeit des Kindes bleibt undifferenziert. In diesen Bereichen kann das Kind seine Bedürfnisse nicht erkennen und realitätsgerecht befriedigen. Es bleibt von diffusen Objekten abhängig und kann sich nicht abgrenzen. Da Erfahrungen in diesen Bereichen nicht gemacht werden können, bleiben sie abgespalten und müssen in der Realität verleugnet werden.

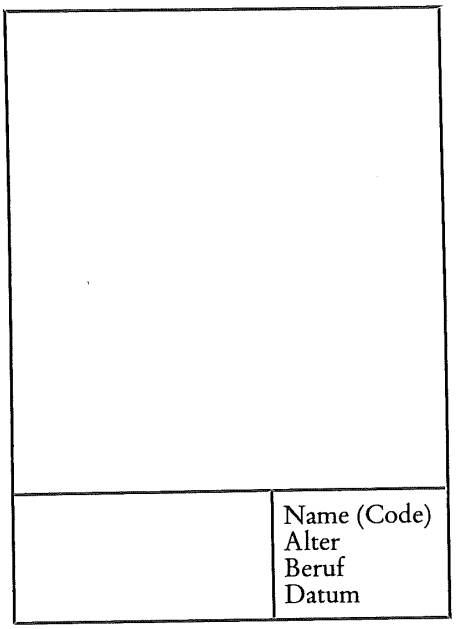
Ziel dieses Referates soll es sein, einen Test vorzustellen, der einen Versuch darstellt, die Struktur der Ich-Grenze und deren Störungen zu erfassen und abzubilden. Falls dies gelingt, besteht die Möglichkeit, weitere Aussagen über die Ich-Struktur selbst zu machen, da die zentrale Ich-Funktion der Abgrenzung nicht als eine isolierte Funktion aufgefaßt werden kann. Da sie in einem dynamisch wechselseitigen Zusammenhang mit den anderen Ich-Funktionen steht, kann die durch diesen Test eventuell erfaßte Störung der Ich-Grenze und damit der zentralen Ich-Funktion der Abgrenzung auf ein umfassenderes strukturelles Ich-Defizit hinweisen.

2. *Testdurchführung*

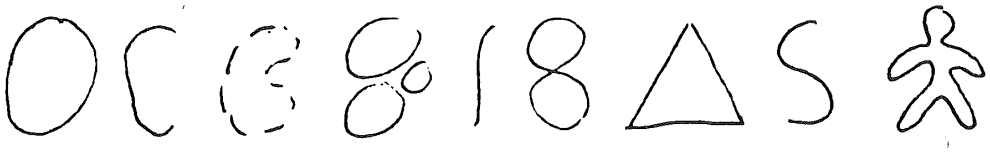
Der Grundgedanke dieses Tests ist die Hypothese, daß die Ich-Grenze durch eine zeichnerische Darstellung abgebildet werden kann.

Die Durchführung des Tests erfolgt in drei Schritten. Die verbalen Anweisungen sind standardisiert und dürfen nicht verändert werden. In der Regel wird der Test im Einzeltest durchgeführt. In besonderen Fällen erweist sich die Durchführung in Gruppen als zweckmäßig.

Die erste Aufgabe wird mit folgenden Worten eingeleitet:



„Das große weiße Feld über dem Strich (Abb. 1) symbolisiert Ihren Lebensraum. Sie haben nun folgende Aufgabe: „Nehmen Sie jetzt bitte den Filzstift und zeichnen Sie in den symbolischen Lebensraum eine Figur hinein, die Ihre Ich-Grenze darstellt. Stellen Sie sich vor, daß Sie selber diese Figur sind. Sie können eine der hier vorgegebenen Figur wählen oder eine Figur zeichnen, die noch besser zu Ihnen paßt" (Abb. 2):



Die zweite Aufgabe besteht darin, 67 Bildsymbole, die Tätigkeiten, Gefühle, Lebensumstände, Interessen, Motive und Bezugspersonen auf verschiedenen Abstraktionsstufen darstellen, der Grenzfigur bzw. dem Lebensraum zuzuordnen. Die Aufgabe wird mit folgender feststehender Instruktion eingeführt:

„Sie sollen nun die vorliegenden Bildsymbole einzeln betrachten und auf das Blatt aufkleben. Sie können die Bildchen entweder in die Figur hinein, auf die Grenzlinie oder auch außerhalb der Figur festkleben. Diejenigen Bilder, mit denen Sie nichts anfangen können oder wollen, lassen Sie auf dem Tisch liegen".

Diejenigen Bildsymbole, die auf dem Tisch liegen bleiben, werden nach Abschluß der Aufgabe von der Testperson selber der Reihe nach unter dem Strich festgeklebt. Nach Abschluß der Klebearbeit wird die Testperson mit folgenden Worten aufgefordert, die Bedeutung aller Symbolbilder anzugeben:

„Sagen Sie mir bitte, was Ihnen zu jedem Bildchen einfällt und welche Bedeutung diese für Sie haben."

Die Reihenfolge der Bildsymbole, die interpretiert werden, kann die Testperson selber wählen. Die verbalen Auskünfte werden entweder schriftlich protokolliert oder auf Tonband aufgenommen.

3. Testergebnisse

Die bereits vorliegenden Ergebnisse stützen sich auf Untersuchungen an ca. 400 Testpersonen. Vor allem wurden Personen aus Volksschulen, Kindergärten, Waisenheimen, Sportschulen, Universitäten und Altenheimen untersucht. Untersuchungsergebnisse aus einer psychiatrischen Klinik liegen leider noch nicht vor, obwohl gerade diese Ergebnisse besonders interessant zu sein versprechen.

Das erste Testergebnis stammt von einem 8-jährigen Schüler (Abb. 3). Hermann zeichnet eine kreisförmige Figur. Ins Innere der Figur klebt er Symbole, die er für sich akzeptiert, z. B. Pflanzen, Tiere und Menschen, die zugleich nützliche als auch liebenswerte Dinge seines Lebens verkörpern. Durch das Flugzeug drückt er einen besonderen Wunsch aus. Er sagt: „Ich bin noch nie mit dem Flugzeug geflogen, ich würde gern einmal damit fliegen." Im Gegensatz dazu klebt Hermann außerhalb der Grenzlinie nur solche Bilder hin, die für ihn negative und abzulehnende Dinge darstellen. Zur „Faust" sagt er: „Ich finde den Krieg nicht schön" und zum „Gefangenen" äußert er sich: „Die Gefangenschaft finde ich nicht schön, denn es ist ungerecht, wenn man einen Unschuldigen einsperrt." Interessant sind besonders die Kommentare, die Hermann zu denjenigen Bildsymbolen abgibt, die er auf die Grenzlinie selber geklebt hat. Zum „Telefon" sagt er: „Das Telefon ist schön, man kann damit mit anderen Menschen sprechen, es ist *aber* unangenehm, wenn man durch das Telefon aus dem Schlaf geweckt wird." Beim „Buch" steht: „Man kann viel Schönes aus Büchern lesen, es ist aber weniger schön, wenn man von Gewalt etwas liest." Auch beim „Seiltänzer" werden mit der Konjunktion „aber" zwei sich widersprechende Sätze miteinander verbunden: „Es ist schön, wenn der übers Seil geht, er kann aber abstürzen." Es scheint also nicht zufällig zu sein, wenn die Testpersonen die Bildsymbole auf die Grenzlinie kleben. Bei den meisten werden zwei Äußerungen abgegeben, die sich gegenseitig ausschließen.

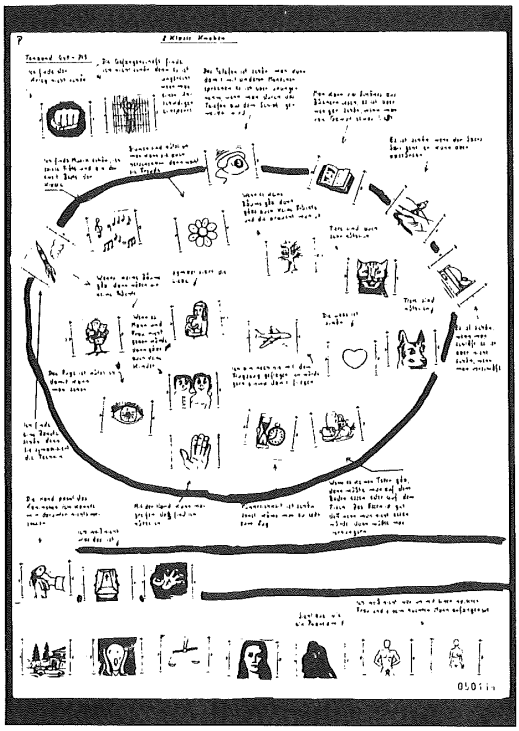


Abb. 3: Hermann, 8 Jahre

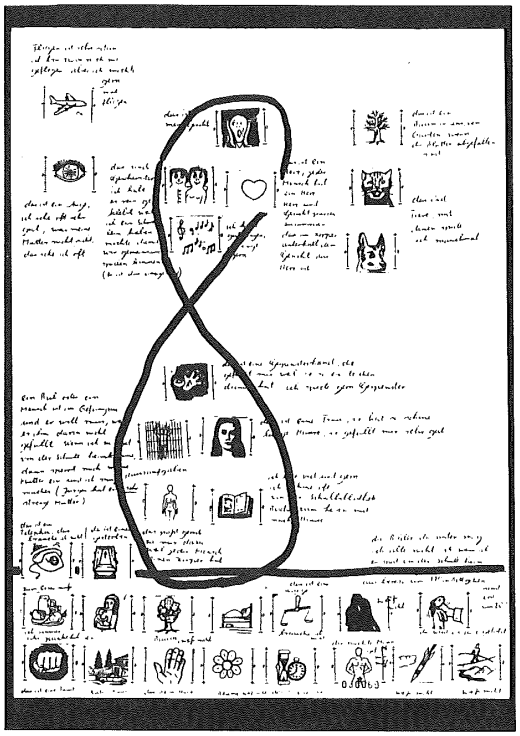


Abb. 4: Jürgen, 8 Jahre

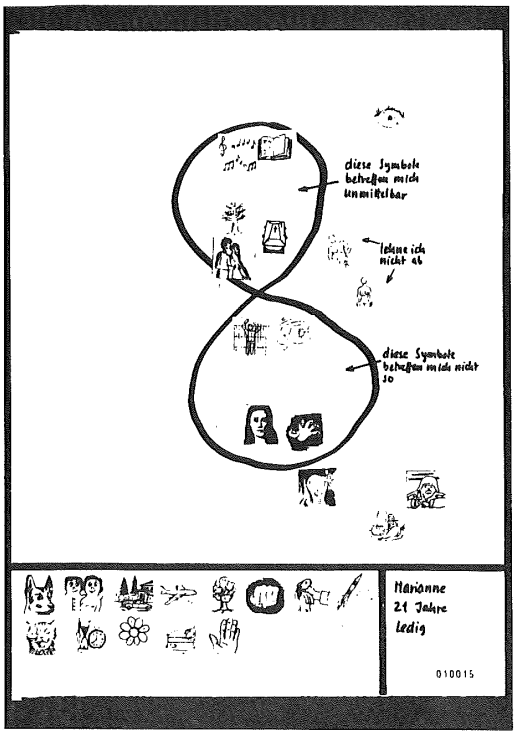


Abb. 5: Marianne, 21 Jahre

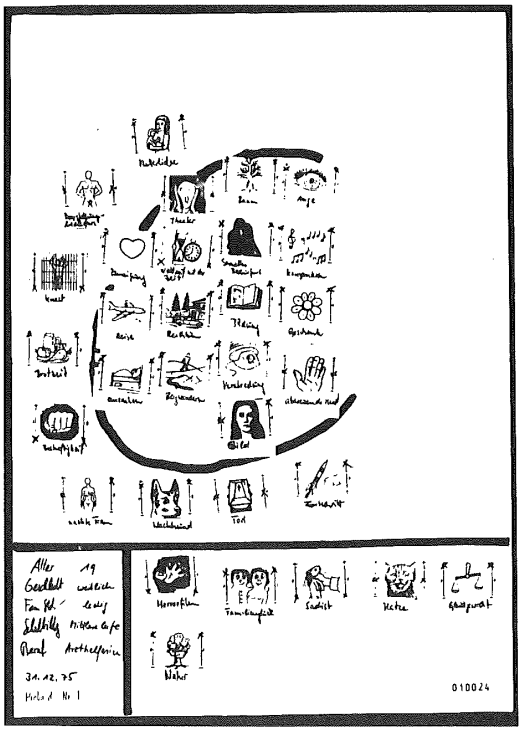


Abb. 6: Arzthelferin, 19 Jahre

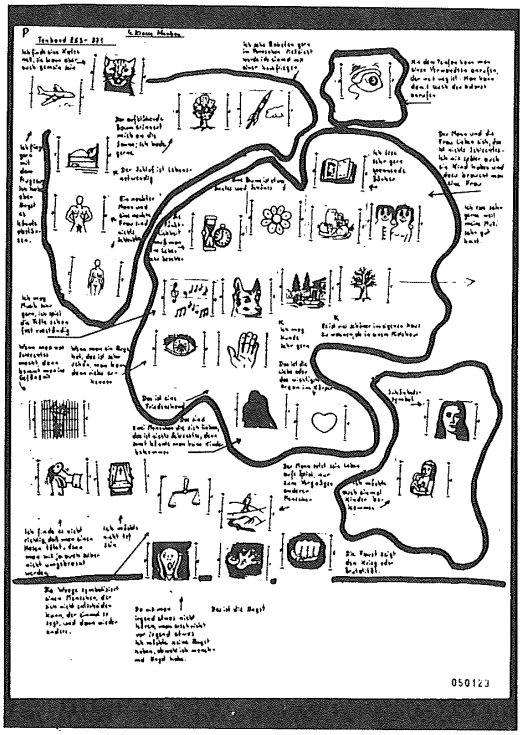


Abb. 7: Bernhard, 10 Jahre

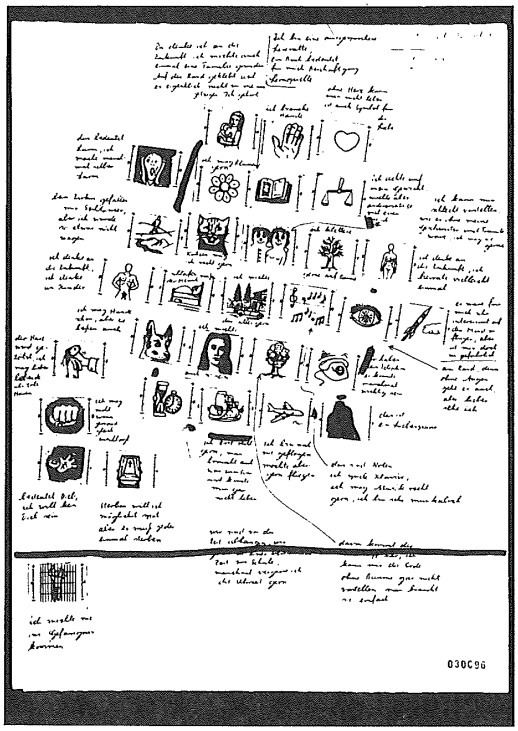


Abb. 8: Gertraud, 12 Jahre, Gymnasium

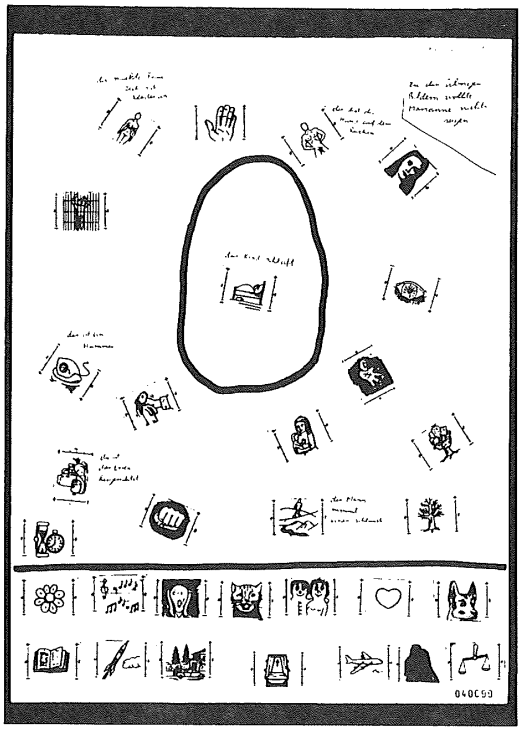


Abb. 9: Marianne, 10 Jahre, Waisenheim, Hilfsschule

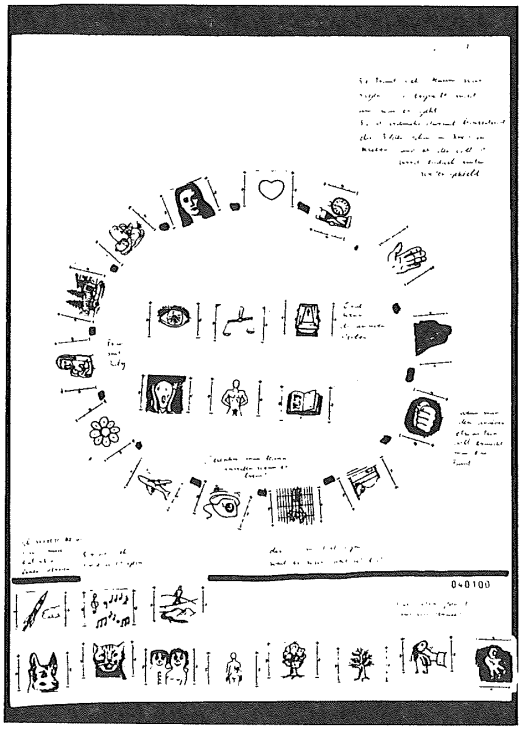


Abb. 10: Bärbel, 11 Jahre, Waisenheim, Hilfsschule

Die Ergebnisse zeigen deutlich, daß Testpersonen, die kreisartige, kohärente Figuren zeichnen, im Inneren der Figur vorzugsweise positiv bewertete Symbole kleben, während Testpersonen, die gespaltete bzw, zersplitterte Figuren zeichnen, im Inneren der Figur neben positiven Bildern auch Symbole anordnen, die Angst, Wut und destruktive Aggressionen ausdrücken (Abb. 4). Die Gruppierung der Bildsymbole läßt auch darauf schließen, daß die Wünsche und Strebungen bei kreisartigen Figuren miteinander in Einklang stehen, während sie sich bei gespaltenen bzw. zersplitterten Figuren widersprechen.

Zum Beispiel ordnet die nach außen recht sicher erscheinende Frau Marianne (Abb. 5) die Symbole „Liebespaar", „Sarg" und „kahler Baum" in einer Gruppierung zusammen. Die Symbole „Mann" und „Frau" hat sie dem nicht akzeptierten Bereich außerhalb der Figur zugeordnet, obwohl sie die ambivalente Einstellung mit den Worten „lehne ich nicht ab" zu verleugnen scheint. Im anschließenden Gespräch ergab sich, daß sie trotz ihres Alters von 21 Jahren noch nie eine Beziehung mit einem Mann eingegangen war.

Neben diesen gespaltenen Figuren finden sich Strukturen, deren Grenze nicht vollständig ausgezeichnet wird (Abb. 6). Dies deutet wahrscheinlich auf eine offene Ich-Struktur hin, die nur durch ein Hilfs-Ich geschlossen werden kann. Tatsächlich lebt diese Testperson, die eine solche offene Grenzlinie gezeichnet hat, mit einem Partner in einer ambivalent-symbiotischen Beziehung zusammen.

Das nächste Bild zeigt eine Struktur, deren Ich-Bereiche wie ein Zusammensetzspiel zusammenpassen (Abb. 7). Die Testperson ist erst 10 Jahre alt, und die Deutung der Bildgruppen läßt leicht vermuten, welche Entwicklungsprobleme die Integration der Ich-Bereiche behindert. Solche mehrkernige Figurationen treten vor allem bei Kindern auf. Die Vermutung liegt nahe, daß deren Ich-Struktur noch wenig integriert und noch unstabil ist.

Im Gegensatz zu unauffälligen Schulkindern (Abb. 8), die ihre Ich-Figur mit vielen Symbolen bekleben und diese phantasievoll deuten, zeigen Waisenkinder aus dem Heim sehr einfache Figurationen, die mit wenig oder gar keinen Bildsymbolen beklebt werden (Abb. 9): Das Lebensgefühl dieses Kindes scheint sich auf die Aussage: „Das Kind schläft" zu reduzieren. Weitere Beispiele aus dem Heim zeigen rigid symmetrische Figurationen bzw. Stereotypien (Abb. 10) oder offene Linien, bei denen der Unterschied zwischen innen und außen völlig verwischt (Abb. 11). Solche offenen Linien wurden vorwiegend bei Testpersonen beobachtet, die als psychotisch reagierend diagnostiziert wurden.

Schließlich gibt es Testpersonen, die einfache, geometrische und starre Figuren zeichnen. Diese zeigen wahrscheinlich die Projektionen fassadärer Abwehrstrukturen, die ein defizitäres Ich kompensieren (Abb. 12). Auf die Frage, warum die Testperson ein Kreuz geklebt habe, antwortet sie: „ – damit nicht alles auf einem Haufen liegt." Die Schutzfunktion des Schemas wird

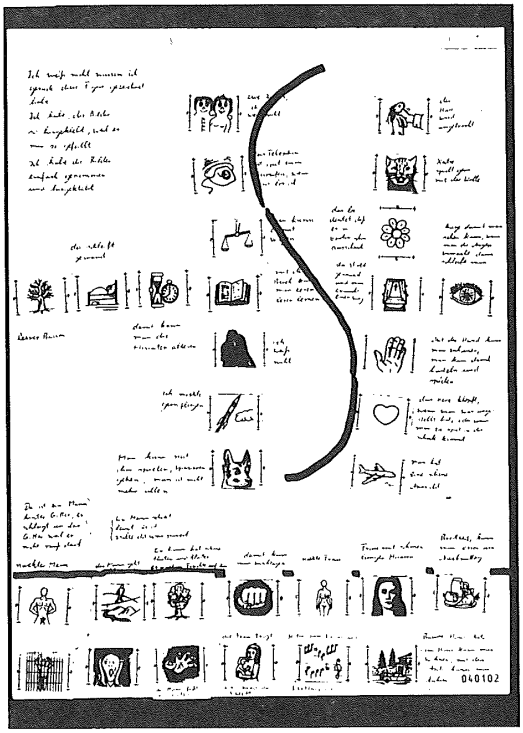


Abb. 11: Resi, 12 Jahre, Waisenheim, Hilfsschule

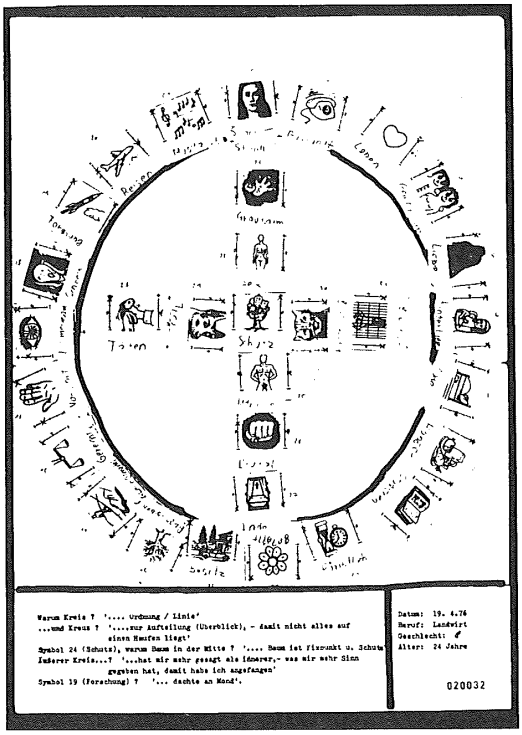


Abb. 12: Landwirt, 24 Jahre

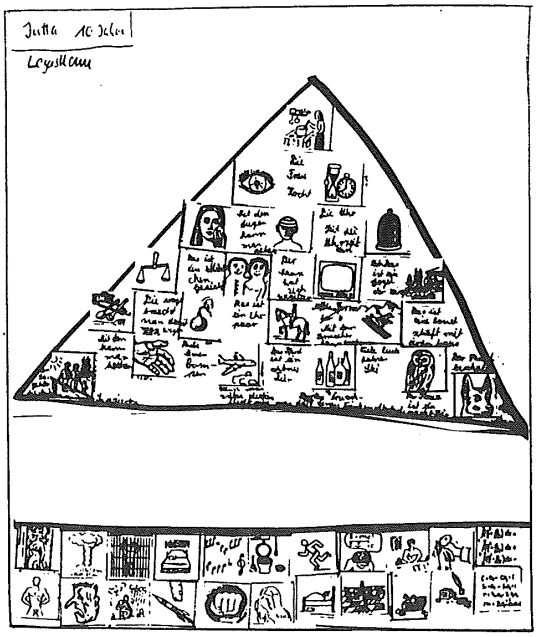


Abb. 13: Jutta, 10 Jahre, Legasthenie

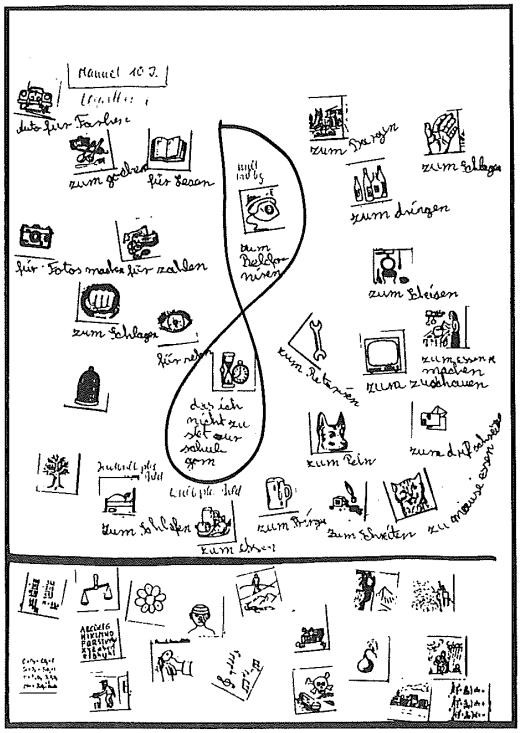


Abb. 14: Manuel, 10 Jahre, Legasthenie

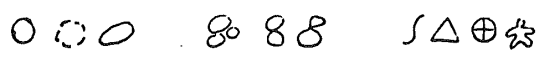
besonders augenscheinlich durch das Symbolbild ,,Baum", das im Zentrum des Kreuzes steht und ,,Schutz" bedeutet.

Die zehnjährige Jutta ist wegen Lese- und Rechtschreibschwäche (Legasthenie) in Behandlung bei einem Psychologen (Abb. 13). Jutta, die ein Dreieck gezeichnet und die Bilder streng systematisch angeordnet hatte, zeigt im Unterricht ein sehr unsicheres und unselbständiges Verhalten. Fehlende Klammerzeichen an der Wandtafel ergänzt sie unaufgefordert, indem sie von ihrem Platz aufsteht und an der Tafel das Zeichen zeichnet. Sie will alles schematisch und exakt haben. Sie fragt den Lehrer um jede Kleinigkeit, z. B. ob man das Zeichenblatt quer oder längs beschreiben soll. Durch dauerndes Fragen sucht sie die Zuwendung des Lehrers und vermeidet es, auch in kleinsten Dingen eine eigene Entscheidung zu treffen.

Neben Jutta zeichnet die Mehrheit der legasthenischen Kinder eine gespaltene Figur (Abb. 14). Ihre Testbilder deuten ausnahmslos auf eine affektiv verarmte Ich-Struktur hin. Bei allen werden die unbefriedigten Ich-Bedürfnisse und Kontaktwünsche durch Essen, Schlafen, Fernsehen und Geld kompensiert. Die entsprechenden Bildsymbole, die ,,Brotzeit", das ,,Bett", der ,,Fernseher" und das ,,Geld" wurden von den legasthenischen Kindern als die wichtigsten bezeichnet.

Einen zusammenfassenden Vergleich von unauffälligen Kindergarten- und Schulkindern mit lernbehinderten, legasthenischen und Waisenkindern zeigt die folgende Tabelle (Abb. 15):

Abb. 15:

	1 kreisartige, kohärente und durchlässige Figuren	2 mehrkernige, gespaltene Figurationen	3 offene Linien, geometrische Figuren und Schemata	n
				
Unauffällige Kinder aus Kindergarten, Volksschulen, Gymnasien	39	34	6	79
Legastheniker, lernbehinderte, rechengestörte und Waisenheimkinder	15	18	49	82
Summe	54	52	55	161

Irrtumswahrscheinlichkeit:

X^2 1,2 = 0,30 IW 1,2 > 50,0 % n.s.
X^2 2,3 = 31,58 IW 2,3 < 0,1 % s.
X^2 1,3 = 42,26 IW 1,3 < 0,1 % s.

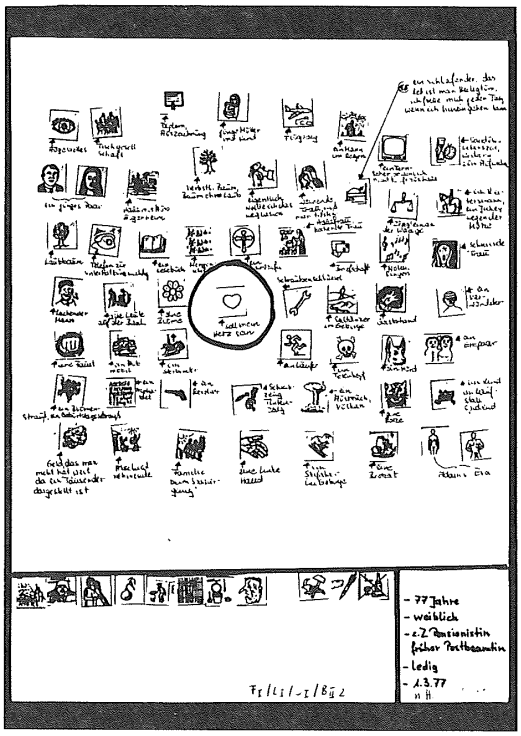


Abb. 16: Pensionärin, 77 Jahre

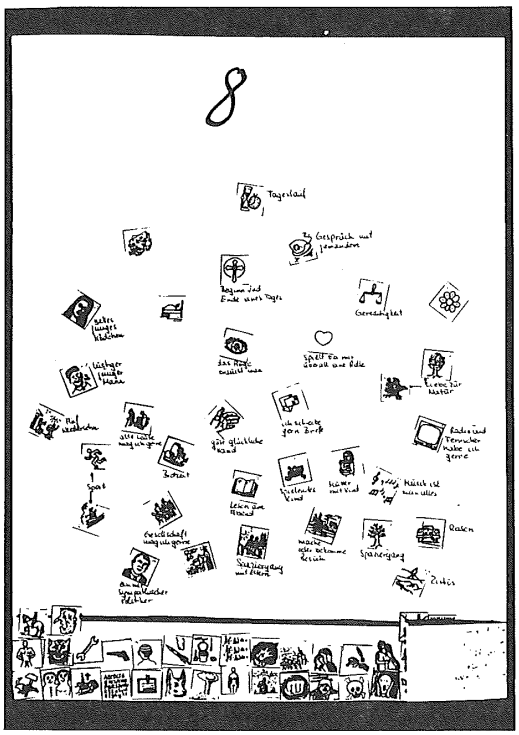


Abb. 17: Hausfrau, 72 Jahre

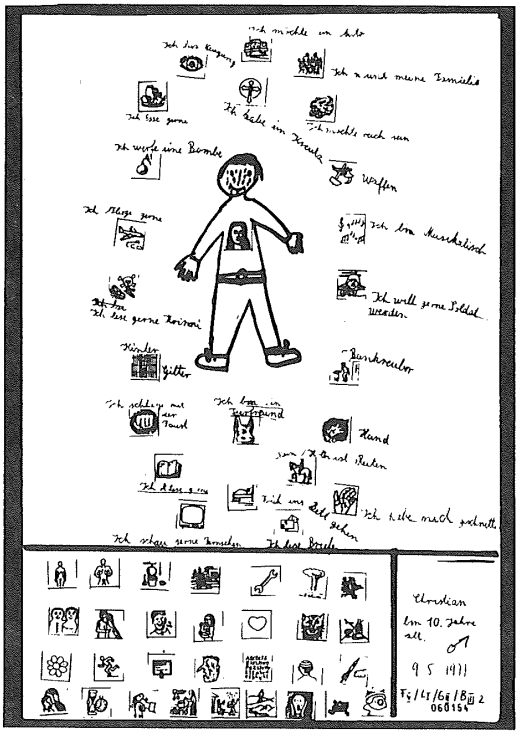


Abb. 18: Christian, 10 Jahre, Rechenstörung

Die Ergebnisse zeigen, daß die unauffälligen Kinder fast ausschließlich kreisartige, kohärente oder mehrkernige Figuren zeichnen, während die lernbehinderten Kinder mehrheitlich offene Linien, rigid geometrische Figuren und Schemata darstellen.

Im Gegensatz zu jüngeren Menschen, die von ihrer Umwelt Besitz nehmen und die relativ große Grenzfiguren zeichnen, scheinen sich viele alte Menschen ganz in sich zurückzuziehen. Sie zeichnen durchweg kleine Figuren (Abb. 16), die teilweise leer oder an den Rand des Testblattes gemalt sind (Abb. 17), sozusagen an den Rand der Gesellschaft gedrängt. Im Gegensatz dazu zeichnen alte Menschen, die in gut geführten Altersheimen wohnen, Grenzfiguren, die sich kaum von denen jüngerer Menschen unterscheiden.

4. Diskussion der Testergebnisse

Es stellt sich nun die Frage, wie die Testergebnisse interpretiert werden können. Stellt die abgebildete Grenzlinie wirklich die Ich-Grenze dar? Bereits *Federn* (1956) hat auf triebdynamischer Grundlage die Ich-Grenze als fühlbar bezeichnet. *Ammon* (1974) bezieht sich in der Beschreibung der Ich-Grenze auf ihn und schreibt: „Die dynamische Einheit des Ichs ist danach von flexiblen Grenzen umgeben, die den Bereich des Ich-Gefühls in wechselnder Ausdehnung umschließen und als eine Art peripheres Wahrnehmungsorgan nach innen und außen dienen". Aus dieser Aussage folgere ich, daß die Gestalt der Grenze, sofern sie wahrgenommen und erfühlt wird, auch projektiv abgebildet werden kann.

Es ist nun interessant, wie die Testpersonen selber ihre Testergebnisse auffassen:

Eine Testperson, die einen geschlossenen Kreis gemalt hatte, kommentiert das mit dem Satz: „Mein Leben ist rundherum in Ordnung."

Eine andere Person, deren Kreisfigur mehrere Lücken aufwies, sagte: „Die Figur hat diese Form, da ich mir mein Leben als eine runde Sache vorstelle, die von einigen Unterbrechungen gekennzeichnet ist."

Zu einer ähnlich unterbrochenen Kreislinie äußerte sich eine Frau differenzierter: „Die Striche bedeuten feste Vorstellungen und Verhaltensweisen in der Persönlichkeit. Offene Stellen stehen für die noch nicht vollendete Entwicklung. Da bin ich zugänglich für Kritik, Ideen und neue Sachen."

Eine in die Länge gezogene Ellipse wurde folgendermaßen kommentiert: „daß ich zu wenig Zeit habe, um mich ausbreiten und voll entwickeln zu können."

Im Gegensatz zu diesen mehr spontanen und flexiblen Figuren zeichnet eine Frau als Schema ein großes Herz und gab folgende Erläuterung: „Das Herz habe ich gezeichnet, um (überhaupt) eine Form auf dem Papier zu haben."

Die Antworten zeigen, daß die Ausformung der Grenzfigur in Wechselwirkung steht mit dem eigenen Ich-Gefühl. Eine Ausnahme zeigt das letzte Beispiel. Solche schematischen Figurationen werden vorwiegend von Testpersonen gezeichnet, die als Lerngestörte, vor allem Rechengestörte diagnostiziert worden waren. Letztere zeichneten zu 50 % schematisch die Körperumrisse eines Menschen (Abb. 17), was daran erinnert, daß die Körper-Ich-Grenze die erste Ich-Grenze in der Kindheit darstellt (*Ammon*, 1974). Dieses Ergebnis läßt vermuten, daß den sogenannten Lernstörungen Körper-Ich-Störungen zugrunde liegen.

Wenn die Testpersonen gefragt wurden, was der Bereich innerhalb der Grenzlinie bedeutet, so gaben sie folgende Antworten:
„Ist mir wichtig", „gehört zu mir", „ist mein ureigenstes inneres Wesen", „die Symbolinhalte bedeuten Dinge, die ich auf mich zukommen lasse", „für mich lebensnotwendig".

Diese Antworten zeigen, daß sich die Testpersonen mit denjenigen Symbolinhalten, die ins Innere der Grenzfigur geklebt werden, irgendwie identifizieren, ohne daß zunächst angegeben werden kann, welche konkrete Beziehung besteht. Es kann sich erstens um Objekte handeln, von denen sich die Testperson nicht abgegrenzt hat und die unterschiedslos in die Figur hereingenommen werden. Oder es kann zweitens bereits eine Auseinandersetzung stattgefunden haben, auf Grund derer die Inhalte ins Ich integriert werden konnten. Drittens kann in der Anordnung auch nur der Wunsch zum Ausdruck kommen, daß die entsprechenden Bereiche zum Ich gehören mögen.

Zur Bedeutung derjenigen Symbolbilder, die außerhalb der Grenzlinie angeordnet wurden, gaben die Testpersonen folgende Kommentare:
„Ist mir nicht so wichtig", „gehört nicht zu mir", „nebensächliche Dinge des Lebens", „der Bereich, der durch die Außenwelt beeinflußt ist", „Dinge, die ich nicht liebe".

Aus diesen Bemerkungen kann geschlossen werden, daß die Testpersonen tatsächlich zwischen einem inneren und einem äußeren Bereich unterscheiden. Es stellt sich aber die Frage, ob denn wirklich, wie vermutet, die Ich-Funktion der Abgrenzung gemessen wird. Die Figur könnte vielmehr nur das Ich-Gefühl der Testperson wiedergeben. Hier muß aber nochmals betont werden, daß das Ich-Gefühl von der Abgrenzungsfähigkeit abhängig ist.

Trotzdem muß die anfangs gestellte Hypothese, daß die Ich-Grenze abgebildet werden kann, hier noch unbeantwortet bleiben. Schließlich befindet sich die Testentwicklung noch in der Anfangsphase. Ich betrachte die Schilderung meiner Ergebnisse als vorläufige Mitteilung, besonders auch deshalb, weil die Erprobung bei Testpersonen, bei denen eine Störung der Ich-Grenze bereits anderweitig diagnostiziert werden konnte, noch aussteht.

Ich möchte deshalb im Hinblick auf die Weiterentwicklung des Tests folgende Arbeitshypothesen formulieren:

1. Der Mensch ist in der Lage, die emotionale Wahrnehmung seiner Ich-Grenze in Form einer Linie bzw. einer Figur abzubilden.
2. Die Anordnung der Symbolbilder steht in Wechselwirkung mit der Grenzfigur. Beide Parameter müssen im Zusammenhang interpretiert werden, wenn möglich unter Zuhilfenahme anderer Testergebnisse und Interviewdaten.
3. a) Eine kreisartige, kohärente und durchlässige Figur mit flexibel angeordneten Bildern deutet auf eine integrierte Ich-Struktur hin.
   b) Offene Linien mit starr angeordneten Bildern und zersplitterte Figuren sind Abbilder von defizitären bzw. pathologischen Formen der Ich-Struktur.
   c) Einfache, geometrische und symmetrische Figurationen sind Projektionen fassadärer Abwehrstrukturen, die die Ich-Defekte kompensieren.

Im Hinblick auf die Anwendung des Tests in der therapeutischen Praxis möchte ich die letzte Hypothese wie folgt formulieren:

4. Die Entwicklung der Ich-Funktion der Abgrenzung im Verlauf des therapeutischen Prozesses läßt sich anhand der Veränderung der Grenzfigur und deren Besetzung mit Symbolbildern kontrollieren.

A Projective Approach to the Testpsychological Research of the Ego-Function of Demarcation

Kurt Theodor Oehler

This newly developed test is based on the hypothesis that it is possible to regard the ego-boundary as a gestalt, to depict it via projection and to interpret it. The test is performed in three steps. First, the subject is asked to draw his ego-boundary in the form of a line on a given sheet of paper which symbolizes his space of life. Second, 67 symbolic pictures which represent persons, motives, emotions, relationships and circumstances of life on various levels of abstraction, are placed in relation to the individual boundary resp. space of life, and thirdly, the meaning of the pictures is expounded in writing. On the whole, more than 300 persons have been subjected to the test. In the evaluation of the test results three aspects are computerized separately. The first aspect represents the internal space which is embraced by the ego-boundary. The second aspect comprises the surrounding field, and the third aspect relates to the spatial remnant beneath the separating line which receives the pictures the subject is unable or unwilling to deal with.

The results show boundary-lines which are either circle-like and unbroken, rigid-geometrical, open or over-concrete and figural. The test-results of

children from orphanages and children with learning disturbances differ in a statistically significant way from those of normal school-children. Children with learning disturbances predominantly draw open lines or rigid patterns, whereas children without learning problems mainly draw circular, split-up and multi-core figures. Old people choose boundary-figures which are either rather small or placed near the edge of the testsheet. Figures depicting the outlines of the human body are typical of children with calculating disturbances. This result suggests that the calculating disturbance is based on a disturbance of the body-ego.

Regarding the further development of the test, the following working hypotheses have been formulated:

1. A person is able to depict the emotional perception of his ego-boundary in the form of a line or figure.
2. The arrangement of the symbolic pictures is interrelated with the boundary-figure. Both parameters have to be interpreted in their relationship, if possible by including other test results and interview data.
3. a) A circular, coherent and permeable figure with a flexible arrangement of the pictures indicates an integrated ego-structure.
   b) Open lines with rigidly arranged pictures and split-up figures are indicative of deficient and pathological forms of the ego-structure.
   c) Simple geometrical and symmetrical figurations are projections of a facade of defense-structures which compensate for ego-defects.

As for the application of the test in the therapeutical practice, the last hypothesis has been formulated as follows:

4. The development of the ego-function of demarcation in the course of the therapeutical process can be observed in the modification of the boundary-figure and the corresponding placement of the symbolic pictures.

Literatur

Ammon, G. (1973): Dynamische Psychiatrie – Grundlagen und Probleme einer Reform der Psychiatrie (Darmstadt/Neuwied: Luchterhand)
— (1974): Psychoanalyse und Psychosomatik (München: Piper)
Federn, P. (1956): Ich-Psychologie und die Psychosen (Bern und Stuttgart: Hans Huber)

Adresse des Autors:
Dr. Kurt Theodor Oehler
Hauzenberger Straße 20
8000 München 21

Integrative Bewegungstherapie und Bewegungspädagogik als Behandlungsverfahren für psychiatrische Patienten

Hilarion Petzold*, Angelika Berger**

Mit ihrem Konzept der integrativen Bewegungstherapie unternehmen die Autoren den Versuch, auf der Grundlage der Gestalttherapie F. Perls und des Psychodramas J. Morenos anthropologische, entwicklungspsychologische und sozialisationstheoretische Erklärungsmodelle psychischer Störungen zu einem einheitlichen, multidimensionalen therapeutischen Ansatz zu integrieren. Das dargestellte Konzept geht davon aus, daß alle Lernerfahrungen durch den Körper aufgenommen werden, der eine Einheit von Leib-Seele-Geist ist. Der Mensch hat keinen Körper, sondern ist der jeweilige Leib.
Demnach werden psychische Erkrankungen als Störungen des Körper-Ichs begriffen, in deren Folge die Wahrnehmungs- und Reaktionsfähigkeit, das Körpererleben und die Funktionen des Körpers eingeschränkt sind. Das therapeutische Vorgehen bezieht sich im wesentlichen auf den Aufbau des Körper-Ichs, wobei das gesunde Verhalten des Patienten gestärkt und mit Hilfe strukturierter Übungsangebote sowie mit an der Verhaltenstherapie orientierten Trainingsverfahren. Der Ansatz der Autoren, das Körper-Ich und die Leib-Seele-Einheit des Menschen zum zentralen Ausgangspunkt eines Krankheitsverständnisses zu machen, ist gerade vor dem Hintergrund einer rigiden orthodoxen Psychoanalyse als Reaktion unmittelbar verständlich. Doch ergibt sich aus der Perspektive der Dynamischen Psychiatrie die Frage, ob ein zu konkretistisch verstandenes Postulat der Leib-Seele-Einheit hier dazu verführt, in der direkten therapeutischen Arbeit den Blick für die Gesamtpersönlichkeit und damit die Identität des Patienten zu verlieren.

Die integrative Bewegungstherapie wurde auf der Grundlage der Gestalttherapie aus dem Improvisationstraining des „Therapeutischen Theaters" (*Iljine,* 1942, 1972 *Petzold,* 1973, 1975) und verschiedenen atemtherapeutischen und bewegungspädagogischen Ansätzen (*Berger* 1971, *Sheleen,* 1974, *Brooks,* 1974) entwickelt (*Petzold* 1970, 1974, *Berger,* 1973). Es handelt sich um ein Verfahren, das einen komplexen therapeutischen Ansatz vertritt und den Menschen in seiner Körperlichkeit, seiner Emotionalität, seinen geistigen Strebungen und seinen sozialen Bezügen zu erreichen sucht. Der anthropologische Ansatz der integrativen Bewegungstherapie betont die Ganzheit des Menschen, seine Körperlichkeit und seinen Umweltbezug. Sie sieht den Menschen als einen Leib–Seele–Geist–Organismus in einem sozialen und physikalischen (ökologischen) Umfeld. Therapie wird nur dann in vollem Maße wirksam, wenn keine dieser Dimensionen vernachlässigt wird. Wie die Mehrzahl der körperorientierten Verfahren der Psychotherapie geht auch die integrative Bewegungstherapie von dem Konzept aus, daß der Mensch keinen Körper hat, sondern daß er der jeweilige Leib ist (vgl. *Dürckheim,* 1974; *Lowen,* 1976). Diese auf die philosophische Unterscheidung zwischen „Sein und Haben" von *Gabriel Marcel* zurückgehende Annahme wird von *Buitendijk* (1956) in seiner „Allgemeinen Theorie der menschlichen Haltung und Bewegung" sowie von *Merleau-Ponty* (1945; 1949) in seiner phänomenolo-

* Prof. Dr. phil. et theol., Leiter des Fritz Perls Instituts, Düsseldorf
** Sozialpädagogin, Bewegungstherapeutin, Düsseldorf

gischen Betrachtung des menschlichen Körpers und seines Verhaltens aufgegriffen. Für den theoretischen Ansatz der integrativen Bewegungstherapie ist die Betonung der existentiellen Einheit von Leib und Person von entscheidender Bedeutung. Der Leib als Grundlage aller Lebensprozesse – auch der kognitiven und emotionalen – wird zum Ausgangspunkt therapeutischen Handelns.

Die theoretische Begründung für diese Position wird aber nicht allein im existentialistisch-phänomenologischen Ansatz der genannten Autoren gesucht, sondern es wird ein entwicklungspsychologisches und sozialisationstheoretisches Erklärungsmodell zugrunde gelegt. Bei diesem wird davon ausgegangen, daß sich die menschliche Persönlichkeit in einem komplexen Prozeß sensomotorischer, emotionaler und kognitiver Sozialisation vollzieht. Grundlage dieses Prozesses ist der wahrnehmungs- und reaktionsfähige Organismus des Kindes, der nach der Geburt in der Mutter-Kind-Dyade zunächst seine Körperlichkeit erlebt und im Verlauf der Entwicklung zu immer differenzierteren Wahrnehmungs- und Handlungsmöglichkeiten gelangt. Das Ich bildet sich zunächst als „Körper-Ich" (*Freud*, 1923; *Schilder*, 1924, 1935; *Federn*, 1956) dadurch, daß sich der Körper des Kindes in Abgrenzung zum Körper der Mutter erlebt (vgl. *Jacobson,* 1958). Alle Lernerfahrungen, die durch Sozialisationsakte gemacht werden, werden über den Körper aufgenommen und von ihm cerebral verarbeitet und gespeichert. So kann man mit *Gabriel Marcel* annehmen, „daß ein Körper eine Geschichte ist, genauer gesagt der Abschluß, die Fixierung einer Geschichte. Das Lebensschicksal der Patienten ist die Geschichte ihres Leibes. Jeder von ihnen ist sein Körper, über den er nicht hinauskommt... Je mehr ich mein Körper bin, desto mehr an Wirklichkeit wird mir verfügbar, existieren die Dinge doch nur, sofern sie mit meinem Körper in Kontakt stehen, von ihm wahrgenommen werden. Hier aber, so scheint mir, liegt das Wesen der seelischen Erkrankung, daß die existentielle Einheit von Selbst und Körper gestört oder verloren gegangen ist. Für den Patienten wird die Welt, die Wirklichkeit unverfügbar, er verliert das Bewußtsein seiner selbst als Existierender, er vermag keinen Kontakt – oder nur einen gestörten – nach außen, zu anderen zu finden" (*Marcel,* 1968).

Den Körper wieder wahrnehmungs-, kontakt- und handlungsfähig zu machen, stellt sich als eines der ersten Ziele der integrativen Bewegungstherapie dar. Nur wenn dies gegeben ist, wird spezifisch psychotherapeutische Arbeit überhaupt erst möglich. Gerade in der Behandlung psychiatrischer Patienten kann man sagen, daß für die Mehrzahl seelischer Erkrankungen, seien sie nun neurotischer oder psychotischer Natur, Störungen im Körpererleben, Einschränkungen der Wahrnehmungs- und Reaktionsfähigkeit sowie Störungen in den Körperfunktionen kennzeichnend sind. Im therapeutischen Ansatz verbindet die integrative Bewegungstherapie verbales und nonverbales Vorgehen, verhaltensorientierte und biographische Arbeit. Dies kommt besonders in den beiden Formen des methodischen Vorgehens zum Ausdruck, die

in der Behandlung parallel zum Einsatz kommen und zwar je nach Indikation unterschiedlich als: übungszentrierter-pädagogischer Ansatz und konfliktzentrierter-psychotherapeutischer Ansatz.

1. Der übungszentrierte-pädagogische Ansatz
ist im Sinn einer funktionalen Therapie zu verstehen. Durch strukturierte Übungsangebote sollen vorhandene Defizite im Verhalten des Patienten kompensiert, nachsozialisiert oder neu entwickelt werden. Es handelt sich um ein komplexes Verhaltenstraining, das sich die Erkenntnisse der Lerntheorie und Verhaltenstherapie zunutze macht, ohne sich von den eingegrenzten Möglichkeiten der Reiz-Reaktions-Theorie beschränken zu lassen. Die integrative Bewegungstherapie hat hier ein reiches Repertoire von Trainingsverfahren entwickelt: Entspannungs-, Sensibilitäts-, Expressivitäts-, Orientierungs-, Flexibilitätstraining usw. (*Petzold, Berger*, 1973, 1974) Durch das übungszentrierte Vorgehen werden neue Erlebnisse und Erfahrungen vermittelt, die das Wahrnehmungs-, Erlebnis- und Verhaltensspektrum des Patienten erweitern können, die seine Verbalisationsfähigkeit, seine Rollenflexibilität, seine Emotionalität und sein sprachliches Ausdrucksvermögen fördern und damit oftmals erst die Grundlage für eine konfliktorientierte Therapie legen.

2. Der konfliktorientierte-psychotherapeutische Ansatz
Konfliktorientierte Therapie ist nur möglich, wenn ein gewisses Potential an Wahrnehmungsfähigkeit, Sensibilität, Beziehungsfähigkeit und Reflexionsvermögen vorhanden ist. Gerade bei Langzeitpatienten aber sind diese Fähigkeiten oftmals sehr eingeschränkt oder verloren gegangen. Ein allmählicher Wiederaufbau durch übungszentriertes Vorgehen muß als Vorbereitung auf konfliktorientierte Arbeit eingesetzt werden. Die integrative Bewegungstherapie nimmt an, daß der Mensch auf der Grundlage einer bestimmten genetisch vorgegebenen Ausstattung durch Prozesse sozialen Lernens zu dem geworden ist, was er ist. Er hat Geschichte. Diese biographische Dimension, die sich als Gesamtheit aller negativen und positiven Erfahrungen darstellt, die ein Mensch im Verlaufe seines Lebens gemacht hat, manifestiert sich nicht nur auf der Ebene von Erinnerungen, Gedanken, Phantasien, sondern findet konkreten Ausdruck im Verhalten eines Menschen. Die Körperhaltung, die Tonusregulation, der Bewegungsablauf psychisch schwer erkrankter Menschen sind deutlich erkennbar verändert. Wenn man das Axiom der psychosomatischen Einheit ernst nimmt, ist eine andere Sichtweise gar nicht möglich. Körperliche Erkrankungen haben immer Rückwirkungen auf den seelischen Bereich und seeliche Erkrankungen immer Rückwirkungen auf den körperlichen Bereich. Es handelt sich jeweils um Erkrankungen des ganzen Menschen.

Im konfliktorientierten Ansatz der integrativen Bewegungstherapie versuchen wir, ausgehend vom offenen beobachtbaren Verhalten, wie es sich in bestimmten Haltungen des Körpers, in Bewegungsabläufen, Spannungs-, Verspannungs- und Erschlaffungszuständen des Körpers zeigt, therapeutische

Ansatzpunkte zu finden. Von gleicher Bedeutung sind die Verhaltensweisen in der sozialen Interaktion, wie sie in der Beziehung zum Therapeuten oder zu den Mitgliedern der Therapiegruppe zum Ausdruck kommen. In jeder der genannten Verhaltensdimensionen zeigt sich ein Stück Lerngeschichte, ein Stück Lebensschicksal des Patienten. Für den therapeutischen Prozeß ist es von großer Wichtigkeit, daß der Patient sein gegenwärtiges Verhalten auf den verschiedenen Ebenen erlebt, daß er es in seinem lebensgeschichtlichen Zusammenhang verstehen lernt und dadurch integrieren kann. Erst durch diesen Prozeß erfolgt eine nachhaltige Entwicklung der Gesamtpersönlichkeit und können die im übungszentrierten Vorgehen erworbenen Fähigkeiten und Fertigkeiten voll zum Tragen kommen. Beim übungszentrierten Vorgehen besteht leicht die Gefahr, daß Verhaltensweisen „ankonditioniert" werden, ohne daß sie vom Patienten organisch in seine Persönlichkeit integriert werden. Aus diesem Grunde ist eine Kombination von konfliktzentriertem und übungszentriertem Vorgehen unbedingt erforderlich.

3. Ziele der therapeutischen und pädagogischen Arbeit

Als Ziele der therapeutischen und pädagogischen Arbeit kann man global die Behebung oder Minderung von Störungen und Defiziten, die Stabilisierung der Persönlichkeit und die Entfaltung der persönlichen Potentiale nennen. In der integrativen Bewegungstherapie und -pädagogik geht es also nicht nur um die Behandlung pathologischer Zustände, sondern in gleicher Weise um die Bewahrung und Stabilisierung gesunden Verhaltens und die Förderung neuer Verhaltensmöglichkeiten. Das Konzept der Therapie wird durch das pädagogische Konzept der Förderung von Potentialen bzw. des Wachstums (growth), wie es die humanistische Psychologie vertritt (*Bühler,* 1974; *Maslow,* 1974; *Perls,* 1976) ergänzt. Für die therapeutische Praxis ist ein solcher Ansatz, der nicht nur die Defizite und Störungen, sondern auch die noch vorhandenen gesunden Bereiche sieht, ja darüber hinaus auch noch die Entwicklungsmöglichkeiten im Auge behält, von entscheidender Bedeutung. Er geht davon aus, daß der Mensch nicht nur von seinen traumatischen Erfahrungen, sondern auch von seinen positiven Erlebnissen geprägt ist, daß Therapie nicht nur Behandlung des kranken, sondern Stärkung und Entwicklung des gesunden Verhaltens bedeutet. Die drei genannten Leitlinien des therapeutischen und pädagogischen Vorgehens: Restitution, Stabilisierung und Förderung sind auf die Realisierung von drei Global- oder Richtzielen ausgerichtet: 1. Förderung der personalen Kompetenz, 2. Förderung der sozialen Kompetenz, 3. Förderung fachlicher Kompetenz. Unter Kompetenz wird „die Gesamtheit der Fähigkeiten und Fertigkeiten verstanden, die zur Erreichung eines bestimmten Zieles notwendig sind". Personale Kompetenz umfaßt alle Fähigkeiten, die der Mensch zur persönlichen Lebensbewältigung benötigt: Selbstwahrnehmung, Selbstregulation, Selbstverwirklichung, d.h. er muß in der Lage sein, seine Bedürfnisse wahrzunehmen, zu steuern und in angemessener Weise zu befriedigen. Unter sozialer Kompetenz werden alle Fähigkeiten und Fertigkeiten verstanden, die ein Mensch im sozialen Zu-

sammenleben braucht: Fremdwahrnehmung, Kooperationsfähigkeit usw. Unter fachlicher Kompetenz werden alle praktischen und theoretischen Kenntnisse und Fertigkeiten zusammengefaßt, die zur Bewältigung von sachbezogenen Aufgaben im beruflichen und familiären Leben erforderlich sind. Es wird deshalb auch von ,,professioneller Kompetenz" gesprochen.

Derartige Globalziele und Leitprinzipien können natürlich durch Grobzielkataloge ergänzt werden. So will integrative Bewegungstherapie und -pädagogik kreatives und spontanes Handeln fördern, Sensibilität, Expressivität, Flexibilität, räumliches, zeitliches und soziales Orientierungsvermögen werden genauso angestrebt wie Förderung der Verbalisationsfähigkeit, der Introspektion, des Konflikt- und Problemlösungsverhaltens, der Kontakt- und Beziehungsfähigkeit. Denn für die therapeutische und pädagogische Arbeit gewinnen derartige Lernzielkataloge erst im konkreten Praxisbezug Relevanz. Therapie- bzw. Lernziele müssen immer anhand der konkreten Situation eines Patienten erarbeitet werden. Dabei kann man folgendes Schema verwenden:

1. Welche Defizite sind vorhanden?
2. Welche heilen Bereiche sind vorhanden?
   a) auf Grund der Selbsteinschätzung des Patienten,
   b) auf Grund der Einschätzung durch den Therapeuten,
   c) auf Grund der Einschätzung durch die Gruppe (sofern man diese in den Prozeß der Verhaltensbeobachtung und -kontrolle einbezieht).
4. Das Verhaltensrepertoire psychiatrischer Patienten

Im folgenden seien Erfahrungen mit Langzeitpatienten mitgeteilt, die wir im Verlauf der vergangenen fünf Jahre in der psychiatrischen Klinik und in einem Übergangsheim mit einem Rehabilitationsprogramm für psychiatrische Patienten sammeln konnten. Wir konnten weiterhin Erfahrungen von Kollegen auswerten, die mit psychiatrischen Langzeitpatienten bewegungstherapeutisch arbeiten und von uns ausgebildet wurden.

In der bewegungstherapeutischen Arbeit mit Langzeitpatienten ist es eines der ersten Anliegen, einen Eindruck vom aktualen Verhaltensrepertoire zu gewinnen, wie es sich im Verhalten auf der Station, in den Freizeitaktivitäten und der Gruppenarbeit beobachten läßt. Besonders in der Anfangsphase der Arbeit nimmt die Verhaltensbeobachtung einen breiten Raum ein. Sie bietet die Grundlage für die therapeutischen Strategien, die einzuschlagen sind. Dabei ist die Aufmerksamkeit nicht nur auf die Defizite zu richten, sondern es gilt, Verhaltensweisen herauszufinden, die ,,intakt" sind, die eine gewisse Konstanz und Prägnanz besitzen und sich bei Patienten in einer gewissen Häufigkeit zeigen. Wir konnten die Beobachtung machen, daß bei Patienten auf chronischen Stationen die Beziehung zum Körper schwerwiegend gestört ist. Dies zeigt sich vor allem in einer starken Vernachlässigung der Körperpflege, einem sehr geringen Bewegungsdrang, der durch sedierende Medikation noch weiter herabgesetzt wird, einer eingeschränkten Motilität bis hin zur Steifheit, einer Reduzierung der Sensibilität im taktilen, akustischen, op-

tischen usw. Bereich. Weiterhin sind erhebliche Defizite im verbalen und nonverbalen Kommunikationsverhalten zu beobachten. So ist es den meisten Patienten nicht möglich, den Therapeuten oder andere Gruppenmitglieder anzusehen, auf andere Menschen direkt zuzugehen, sprachlich prägnant zu artikulieren. Die Bewegungsverläufe beim einfachen Gehen und leichten Lauf sind eckig, vielfach unkoordiniert und arhythmisch. Die Körperhaltung ist bei vielen Patienten schlaff, bei einigen sehr verspannt. Charakteristisch ist auch die geringe körperliche Belastungsfähigkeit und ein allgemeiner Mangel an Vitalität und Spannkraft. Ein großer Teil der hier beschriebenen Defizite ist eindeutig auf die stimulierungsarme Umgebung der Klinik, die mangelnden Möglichkeiten der Bewegung und die Monotonie des Klinikalltags zurückzuführen. Es finden sich charakteristische Hospitalismuseffekte als Folge von sensorischer und perzeptueller Deprivation und homogener Stimulierung (vgl. hierzu die von *Weinstein* 1968 zusammengestellte Literatur). Die Deprivations- und Stimulierungsforschung hat gezeigt, daß bei Reizentzug und/oder homogener Stimulierung schwerwiegende physische und psychische Veränderungen auftreten. Dabei kann man davon ausgehen, daß Funktionen, die nicht gebraucht werden, verkümmern. Die aus der Altersforschung bekannte ,,Disuse-Hypothese" (*Petzold, Bubolz,* 1976) ist auch in vollem Umfang auf langzeitig hospitalisierte psychiatrische Patienten anwendbar. Ein wesentliches Ziel der bewegungstherapeutischen Arbeit muß deshalb sein, der Deprivation entgegenzuwirken und vielfältige Stimulierung anzubieten. Neben den geschilderten Defiziten kann man nur wenige Verhaltensweisen entdecken, die als ,,intakt" anzusehen sind. Oft fanden sich nur Reste kommunikativen Verhaltens zu anderen Patienten und zum Pflegepersonal, gezielte Verhaltensstrategien bei der Beschaffung von Zigaretten, Getränken und Nahrungsmitteln, weiterhin beim Ansteuern kleiner Privilegien, was Ausgang, Zuwendung von den Pflegern, den Ärzten und Psychologen anbetrifft. Im großen und ganzen ist das Gesamtverhalten gedämpft, auf Minimalfunktionen reduziert und von einer generalisierten Apathie gekennzeichnet. Diese nicht gerade ermutigende Bestandsaufnahme bietet die Grundlage für das therapeutische Procedere.

5. Therapeutisches Vorgehen

Auf Grund der starken Behinderungen der Patienten, die wir im voranstehenden kurz geschildert haben und zu denen noch die spezifische Symptomatik, wie z. B. autistische Zurückgezogenheit, Unruhezustände, Haluzinationen, Konzentrationsmangel erschwerend hinzukamen, müßten die Gruppen so zusammengestellt werden, daß die unruhigen Patienten nicht überwiegen, aber auch die zurückgezogenen Patienten für das Klima der Gruppe nicht zu bestimmend werden. In jeder Gruppe müssen einige Patienten vorhanden sein, die in einem etwas besseren Zustand sind und der bewegungstherapeutischen Arbeit ohne allzu große Schwierigkeiten folgen können. Sie sollen für die anderen Gruppenmitglieder als Imitationsmodelle dienen. Die optimale Gruppengröße beträgt zwischen sechs und acht Patienten.

Auch in unserer Arbeit war aufgrund der Situationen der einzelnen Stationen die Altersstreuung relativ breit angesetzt. Wir hatten z.T. in den Gruppen Patienten zwischen 22 und 65 Jahren. Diese großen Altersunterschiede erwiesen sich allerdings nicht als Nachteil. Eine altershomogene Population würde zusätzlich einen ,,sozialen Monotonieeffekt" bewirken. Unter diesen Gesichtspunkten haben wir es auch als einen ausgesprochenen Mangel betrachtet, wenn wir keine weiblichen Gruppenteilnehmer hatten.

Die Dauer der Gruppensitzungen war von der geringen Belastungsfähigkeit der Patienten bestimmt. In der Regel wurde eine Stunde gearbeitet, zuweilen erwies sich schon diese Zeitspanne als zu lang und wir mußten je nach Verlauf der Sitzungen früher schließen. Besonders gegen Ende der Stunde konnten die konzentrationsschwachen Patienten oftmals nicht mehr folgen und störten die anderen Gruppenmitglieder. Es ist daher notwendig, sich an dem oft wechselhaften Zustand der Patienten, wie er sich in der Dynamik der Gruppe zeigt, zu orientieren. Von den Möglichkeiten der Patienten war auch die Wahl der Übungen und der therapeutischen Interventionen bestimmt. In manchen Gruppen, in denen der Anteil an zurückgezogenen oder konzentrationsschwachen Patienten überwog, mußte mit einfachsten Bewegungs- und Koordinationsübungen begonnen werden. Die Erfahrungen aus der bewegungstherapeutischen Arbeit mit Langzeitpatienten haben gezeigt, daß man sehr kleine therapeutische Ziele stecken muß (*Krietsch-Mederer*, 1976, *Fine* et al., 1974). Defekte, die aus dem Zusammenwirken von Krankheitsfolgen, Dauermedikation und Reizentzug als Hospitalisierungseffekte im Verlauf vieler Jahre entstanden sind, können auch nur in langwieriger Kleinarbeit abgeschwächt oder teilweise kompensiert werden. Diese Erfahrung ist für den Bewegungstherapeuten, der vorwiegend mit neurotisch erkrankten Patienten gearbeitet hat oder für den bewegungspädagogisch ausgerichteten Gruppenleiter, der gewohnt ist, mit gesunden Menschen zu arbeiten, schwer zu ertragen. Er muß lernen, kleine Fortschritte als Erfolge anzusehen. Diese Tatsache stellte am Anfang für uns das größte Problem im Umgang mit diesem Klientel dar.

6. Therapeutische Beziehungen

Ein Grundprinzip der integrativen Bewegungstherapie lautet: ,,Der Therapeut ist das wichtigste Instrument der Therapie." Die persönliche Beziehung, die zu den Patienten aufgebaut wird, stellt die Grundlage der therapeutischen Arbeit dar. Sie wird gleichzeitig zum Modell für die Qualität der Beziehung in der Gruppe. Das wichtigste Ziel in der Anfangsphase der Gruppenarbeit ist es, eine Atmosphäre des Vertrauens, der Wärme und des Akzeptierens zu schaffen. Eine freundliche und geduldige Grundhaltung, Klarheit in den verbalen und nonverbalen Interventionen, Eindeutigkeit der ,,Spielregeln" sind hierfür unbedingte Voraussetzung. Vor allen Dingen darf auf den Patienten kein Zwang ausgeübt werden. Die Teilnahme an den Gruppen ist freiwillig. Die Patienten wurden vom Stationspersonal motiviert und an die Gruppenzeiten erinnert. Auf einigen Stationen wurde die Teilnahme durch

Gespräche des Pflegepersonals mit den Patienten gefördert. Aber es gab auch Stationen, wo wenig Verständnis für die Gruppenarbeit vorhanden war. Die Patienten, die in einer besonders schlechten Verfassung waren, wurden auf der Station abgeholt und später vom Gymnastikraum wieder auf die Station gebracht. Die therapeutische Beziehung war damit nicht nur auf die eigentliche Gruppenarbeit begrenzt, sondern wurde durch Besuche und Kontaktgespräche auf den einzelnen Stationen vertieft. Die Zuwendung des Therapeuten muß als einer der wichtigsten motivationalen Faktoren angesehen werden, durch die die Apathie des Langzeitpatienten durchbrochen werden kann. Ist erst einmal ein Einstieg in die praktische Bewegungsarbeit gefunden, so wird diese schon aufgrund der Tatsache, daß sie eine Abwechslung in der Eintönigkeit des Klinikalltags darstellt, von den Patienten positiv eingestuft.

Die Regulierung von Nähe und Distanz in der therapeutischen Beziehung stellt sich als das schwierigste Problem dar. Da die oftmals infantilen, durch die Struktur der Klinik und durch ihre Krankheit regredierten Patienten kaum eine Bezugsperson haben, erhält die Beziehung zum Therapeuten einen hohen Stellenwert. In die Übertragung gehen vielfach auch sexuelle Wünsche an die Therapeutin ein, die zum Teil in naiver, zum Teil aggressiv-obszöner Weise geäußert werden.

Eine klare emotionale Beziehung herzustellen, ist besonders bei den sehr zurückgezogenen psychotischen Patienten schwierig und stellt sich als ein langwieriger Prozeß dar, in dem ein Blick, eine Geste, eine Berührung schon als wichtige Botschaften aufgefaßt werden müssen. Das Übertragungsgeschehen wird besonders intensiviert, wenn ein Co-Therapeut in der Gruppe mitarbeitet und auf diese Weise die Elternfiguren symbolisch repräsentiert sind.

7. Behandlungsmethodik und Technik

Die Behandlungsmethodik mit Langzeitpatienten ist vorwiegend übungszentriert, wenngleich die konfliktorientierte Dimension im Auge behalten werden muß, und womöglich, vorsichtig zum Einsatz kommen soll. Im Hinblick auf die festgestellten Defizite haben wir versucht, durch ein systematisch aufgebautes Trainingsprogramm das Erlebnis- und Verhaltensrepertoire des Patienten zu erweitern. Ausgangspunkt ist dabei ein einfaches Bewegungstraining, das zum Ziel hat, die Patienten an den Gymnastikraum, die veränderte Umgebung und an das „Medium Bewegung" zu gewöhnen. Gehen und Laufen im Raum, Berühren der Wände und Gegenstände, Übungen auf dem Boden stehen am Anfang. Oftmals kann zur Unterstützung eine anregende, allerdings nicht aufdringliche, rhythmische Musik verwendet werden. Mit der Bewegung im Raum verbunden ist ein Training der Orientierungsfähigkeit. Der Raum wird von den Patienten in seinen Dimensionen erfahren. Der Kontakt mit dem physikalischen Umfeld, dem jeweiligen Raum, stellt eine Grundform von Wahrnehmung dar, die für den psychiatrischen Patienten durchaus nicht selbstverständlich ist. Die Wahrnehmung von Ge-

genständen gestaltet sich jedoch für ihn vielfach einfacher als die Wahrnehmung von Personen, in der immer „die Gefahr" tatsächlicher Kontaktaufnahme liegt. Das Problem des Kontaktes der Gruppenmitglieder untereinander bildet in den meisten Gruppen mit chronischen Patienten eine der größten Schwierigkeiten. Kontakt- und Partnerübungen werden vielfach abgewehrt, indem ihre Durchführung gänzlich verweigert oder durch Clownerien und Mangel an Ernstwertung „entschärft" werden. Hier ist es oft erforderlich, durch Bestimmtheit in der Intervention klare Grenzen zu setzen.

Das allgemeine Bewegungstraining zielt auf eine Lockerung der Patienten und den Aufbau von Elastizität und Spannkraft ab. Es werden zu diesem Zweck isometrische und isotonische Übungen eingebaut und Bewegungsfolgen konzipiert, die einen flüssigen Bewegungsablauf fördern (*Smith, Figertakis,* 1970). Im Sinne dieser Zielsetzungen sind die Ballspiele geeignet, die wir zuweilen an den Schluß stellen.

7.1. Bewegungsspiele

Spiele, insbesondere Fußball, Handball, Volleyball und Völkerballspiel können in ihrem Wert für die bewegungstherapeutische Arbeit gar nicht hoch genug veranschlagt werden. Sie mobilisieren nicht nur die Körperlichkeit, indem sie gezielte und koordinierte Bewegungen fördern, Atmung und Herzkreislauftätigkeit anregen, die Muskulatur beanspruchen, sondern sie mobilisieren auch den affektiven und sozialen Bereich. Im Wurf des Balles können aggressive Komponenten Ausdruck finden. Ein gelungenes Tor löst Freude auf der einen und Enttäuschung auf der anderen Seite aus, eine verpatzte Situation Ärger und eine erfolgreiche Genugtuung. Für den apathischen, chronisch erkrankten Patienten sind derartige Gefühlsäußerungen von großer Bedeutung. Die Freude am Spiel bringt eine Dimension in den freudlosen Klinikalltag, deren heilende Wirkung gar nicht genug betont werden kann: Lachen und Spaß. Der Begründer des Psychodramas und der modernen Gruppenpsychotherapie *J. L. Moreno* hat verfügt, daß auf seinem Grabstein folgende Inschrift stehen soll: „Hier ruht der Mann, der das Lachen wieder in die Psychiatrie eingeführt hat" (*Leutz,* 1974). In den psychiatrischen Einrichtungen wird zu wenig gelacht. Oft findet man ein bedrückendes Klima, das der Entwicklung gesunder Verhaltensweisen wenig Raum gibt. Spiele bieten Möglichkeiten, derartige Verhaltensalternativen freizusetzen; sie fördern darüber hinaus Kommunikation und soziale Interaktion. Der Ball muß abgegeben werden; das erfordert, die Aufmerksamkeit auf den anderen zu richten und mit ihm Kontakt aufzunehmen. Anfänglich ist wenig von Zusammenspiel zu beobachten. Das Spiel ist unkoordiniert und chaotisch. Einige sehr zurückgezogene Patienten bleiben am Rand oder auf der Spielfläche stehen, bzw. nehmen nur sporadisch teil. Es kommt allerdings auch zu spontanen Reaktionen bei katatonen Patienten, wenn sie angespielt werden, indem man ihnen den Ball zuwirft. Hier kann der Bewegungstherapeut auf Verhaltensrudimente zurückgreifen: Jeder Junge hat Ballspiele betrieben und die Bewegungs- und Handlungsab-

läufe sind ihm irgendwie vertraut, d.h. sie sind im Verhaltensinventar gespeichert und können in der Spielsituation aktiviert werden. Gruppen, mit denen wir regelmäßig Ballspiele durchgeführt haben, gewannen an Kohäsion und zeigten ein besseres soziales Klima. Außerdem nahm die physische Kondition der Patienten zu.

7.2. Atemschulung

Im Bewegungstraining und in den Ballspielen wird die Atmung angeregt. Darüber hinaus ist aber eine gezielte atemtherapeutische Arbeit notwendig. Fast alle Patienten haben ein gestörtes Atemmuster. Die Atmung ist flach und beschränkt sich vorwiegend auf den Brustraum. Eine gesunde Zwerchfellatmung findet man bei psychisch Kranken selten. Nach dem theoretischen Ansatz der integrativen Bewegungstherapie, der sich in dieser Hinsicht auf Überlegungen von *Wilhelm Reich* (1972) und *Alexander Lowen* (1976) gründet, ist eine eingeschränkte Atmung mit einer Reduzierung der emotionalen Erlebnis- und Ausdrucksmöglichkeit verbunden. Bei allen Emotionen ist die Atmung ganz wesentlich beteiligt: man hält vor Furcht den Atem an, schnaubt vor Wut, prustet vor Lachen, stöhnt vor Lust, seufzt vor Traurigkeit. Die Mobilisierung der Atmung führt oftmals dazu, daß spontan tiefe Gefühle aufkommen. Die Patienten beginnen zu weinen, zu lachen, Zorn zu zeigen. Die Atemarbeit ist nicht forcierend und intendiert keine bewußte Atemkontrolle. Vielmehr werden Körperhaltungen und Bewegungsabläufe vorgegeben, die eine natürliche Tiefatmung möglich machen, ohne daß der Patient steuernd in den Atemrhythmus eingreift. Aus diesem Grunde verwenden wir in der ersten Zeit die Begriffe Atem oder Atemschulung überhaupt nicht.

7.3 Sensibilisierungstraining

Die Störung der Sensibilität hat ihre Ursache in erster Linie in der Abspaltung der Körperwahrnehmung. Die Identität zwischen Körper und Person ist tiefgreifend gestört. Der Patient hat seinen Körper, und aufgrund dieser Haltung tendiert er dazu, seinen Körper „abzulegen", seine Körperwahrnehmungen und Körperreaktionen zu verleugnen. Für diese Patienten kann das Wort von *Iljine* (1965) gelten: „Habe ich meinen Körper verloren, so habe ich mich selbst verloren. Finde ich meinen Körper, so finde ich mich selbst. Bewege ich mich, so lebe ich und bewege die Welt. Ohne diesen Leib bin ich nicht, und als mein Leib bin ich. Nur in der Bewegung erfahre ich mich als meinen Leib, erfährt sich mein Leib, erfahre ich mich. Mein Leib ist die Koinzidenz von Sein und Erkenntnis, von Subjekt und Objekt. Er ist der Ausgangspunkt und das Ende meiner Existenz".

Die Störung der Selbstwahrnehmung zieht immer auch eine Störung der Fremdwahrnehmung nach sich. Aus diesem Grunde ist ein Schwerpunkt unserer Arbeit in der Förderung der „Awareness", in der Bewußtwerdung der Selbstwahrnehmung zu sehen. Wenn Identität im Verlaufe der Entwicklung auf der Grundlage des „Körper-Ich-Erlebens" gewonnen wird, so kann man davon ausgehen, daß bei einem Verlust an Identität, wie er für psychiatrische

Patienten kennzeichnend ist, auch mit dem Aufbau des Körper-Ichs begonnen werden muß (*Ammon*, 1976). Wir beginnen meistens mit sehr einfachen Übungen. Die Patienten werden z.B. aufgefordert, sich auf dem Boden zu rollen. Auf diese Weise nehmen sie, ohne daß besonders darauf hingewiesen wird, ihren Körper wahr. Der harte Boden bringt sie mit ihrem Körper in Konflikt. Weiterhin lassen wir den Körper mit den Händen abklopfen und einzelne Körperteile, besonders die Hände, die Füße und das Gesicht abtasten. So kann der Patient ein neues Gefühl für seinen Körper entwickeln. Die empirischen Untersuchungen von *Maurer-Groeli* (1976; 1976) bei akuten und von *Goertzel* et al. (1965) und *May* et al. (1963) bei schizophrenen Patienten mit einer körperzentrierten Therapie haben gezeigt, daß sie gegenüber Vergleichsgruppen deutliche Besserungen aufwiesen (vgl. auch *Auriol*, 1972). Auch wir konnten die Feststellung machen, daß durch Sensibilisierungsübungen Patienten aktiver und aufnahmebereiter wurden und sich ihre Beziehung zum Körper verbesserte. Dies kam zum Beispiel dadurch zum Ausdruck, daß sie ohne vermehrte pädagogische Maßnahmen die Körperpflege intensivierten, häufiger zum Duschen gingen, sogar von sich aus die Wäsche wechselten. Es ist ja in der Psychiatrie ein altbekanntes Phänomen, daß sich im Zustand des Patienten eine Besserung abzeichnet, wenn er sich der Körperpflege wieder stärker zuwendet. Ein intensives Sportprogramm, in dem besonders das Schwimmen eine wichtige Rolle spielt und eine gute physikalische Therapie können derartige Entwicklungen fördern (*Sivadon*, *Gantheret*, 1973). Das Sensibilisierungstraining bleibt aber nicht auf die Wahrnehmung des Körpers beschränkt, sondern wird auf die Wahrnehmung des Umfeldes ausgedehnt. Die Patienten werden dazu ermuntert, Erfahrungen mit Materialien zu machen, den Boden, die Wände, Gegenstände zu betasten und bewußt wahrzunehmen. Es ist wichtig, daß Übungen einen spielerischen Charakter haben und von den Patienten gerne ausgeführt werden. Übungen zur Wahrnehmung anderer Patienten durch Partnerkonstellationen und Körperkontakt sind anfänglich kaum möglich, am ehesten noch, wenn sie in Spiele eingebaut werden. In praktisch jeder Therapiestunde werden eine Reihe von Übungen des Sensibilisierungstrainings eingesetzt, weil durch sie die Grundlage zu weiteren Verhaltensmöglichkeiten, insbesondere der Expressivität, gelegt wird.

7.4 Expressivitätstraining

Wahrgenommenes muß Ausdruck finden. Die Ausdrucksfähigkeit der Patienten ist weitgehend eingeschränkt. Ihre Mimik und Gestik ist monoton und ohne Aussage, sofern sie nicht von Nervosität, unkontrollierten Reaktionen (z.B. Grimmassieren) bestimmt wird, wie es für manche Krankheitsbilder charakteristisch ist. In jedem Falle ist das Einüben von Ausdrucksverhalten eine wichtige therapeutische Maßnahme. Wir beginnen damit, daß wir die Patienten auf vorhandenes Ausdrucksverhalten aufmerksam machen, wie es sich auf der Station, oder in der Gruppenarbeit, besonders beim Spiel, zeigt, z.B.: ,,Du kannst ja ganz schön zornig sein!" – ,,Mensch kannst du la-

chen!" usw. Durch derartige Zuwendungen wird, im Sinne eines postitiven reinforcements, Verhalten verstärkt, so daß es gehäuft auftreten kann. Eine weitere Möglichkeit ist das Spielen von Emotionen. Wir spielen ,,lustig sein, zornig sein, gelangweilt sein, müde sein". Nach *Scott* (1958) muß sich ein Verhalten erst zeigen, ehe es verstärkt werden kann. Wenn ich also durch Übungen des Ausdruckstrainings expressives Verhalten hervorrufen kann, habe ich auch die Möglichkeit, es positiv zu verstärken.

7.5 Orientierungstraining

Die meisten Patienten haben die Schwierigkeit, sich zeitlich und räumlich zu orientieren. Dies ist nicht nur Kennzeichen für psychotische Erkrankungen, sondern auch eine Folge des Monotonieeffektes der Klinik. Zeitliche und räumliche Orientierung bilden eine Voraussetzung für soziale Orientierung. Durch ein komplexes Training soll die Orientierungsfähigkeit des Patienten wieder entwickelt werden. Wir gehen gemeinsam durch das Klinikgebäude und das Klinikgelände und nehmen die Räumlichkeiten bewußt wahr. Wir zählen die Schritte und erfahren auf diese Weise die Länge der Gänge. Wir durchqueren die Gymnastikhalle in allen Richtungen und bekommen so ein Gefühl für ihre Dimensionen. Durch rhythmische Übungen wird die Zeitstruktur erlebbar. Eine kleine Zeiteinheit durch rhythmische Bewegungen zu strukturieren, bildet die Grundlage für Zeiterleben und die Fähigkeit, Zeit im größeren Rahmen einzuteilen. Im Verlauf dieser Übungen wird versucht, auch das soziale Umfeld bewußter wahrzunehmen. Hier ergeben sich in der Praxis die meisten Schwierigkeiten, und man muß wiederum mit kleinen Schritten anfangen. Durch Suchspiele soll das räumliche und zeitliche Orientierungstraining eine heitere Note bekommen, die Motivation der Patienten für derartige Übungen wird erhöht.

Die hier kurz beschriebenen Trainingsmöglichkeiten stellen eine Auswahl dar. In der Praxis muß der Bewegungstherapeut über ein sehr großes Repertoire an Übungen und Spielen verfügen, um immer wieder neue Angebote machen zu können, weil die Konzentrationsfähigkeit und das Interesse der Patienten sehr schnell abnimmt und ständig neue Anregungen und Angebote verlangt.

8. Verhaltenstherapeutischer Ansatz

In den beschriebenen Übungen geht es darum, daß neue Fähigkeiten und Fertigkeiten gelernt, oder alte reaktiviert werden. Hier wird die Verwendung verhaltenstherapeutischer Prinzipien sinnvoll. Gewünschtes Verhalten, das vom Patienten in der Gruppe gezeigt wird, wird vom Therapeuten positiv durch verbalen Zuspruch oder sogar durch Lob vor der Gruppe verstärkt. Derartige soziale Verstärker haben sich als besonders wirksam erwiesen, wenn eine gute emotionale Beziehung der Gruppenmitglieder zum Therapeuten vorhanden war. Es wird aber nicht nur mit der Verstärkung des operanten, d.h. vom Körper selbst geäußerten Verhaltens gearbeitet, sondern auch mit der Verstärkung respondenter Verhaltensweisen, die durch die Übungen ausgelöst werden. Auf diese Weise ist es möglich, bestimmte Ver-

haltensbereiche systematisch im Sinn des „shaping" aufzubauen (*Kanfer, Philips,* 1975). Es ist weiterhin notwendig, mit dem Extinktionsmodell zu arbeiten. Unerwünschte, störende Verhaltensweisen werden, solange sie die Gruppenarbeit nicht schwerwiegend stören, nicht beachtet. Der Therapeut hält auch die Gruppenmitglieder an, auf derartige Verhaltensweisen nicht einzugehen. Patienten, die versuchen, die Aufmerksamkeit immer durch Clownerien oder Störversuche auf sich zu ziehen, werden auf diese Weise für ihr Verhalten nicht mehr positiv verstärkt. Die Folge ist, daß Patienten vorübergehend derartige Manöver vermehrt zeigen, um den gewohnten Effekt doch noch zu erreichen. Hier ist es notwendig, eine konsequente Haltung einzunehmen. Überschreitet das Störverhalten eine tolerierbare Grenze, so kann durch zeitweiligen Ausschluß von der Gruppenaktivität reagiert werden. Dem Patienten wird klar und bestimmt mitgeteilt, daß er jetzt den Raum zu verlassen habe und erst in der nächsten oder übernächsten Stunde wieder teilnehmen dürfe. Lange Debatten werden gar nicht zugelassen, um einen Verstärkungseffekt zu vermeiden. Tritt dann in der folgenden Sitzung das Störverhalten nicht oder nur geringfügig auf, so wird der Patient für sein positives Verhalten verbal vor der Gruppe gelobt.

Ein weiteres verhaltenstherapeutisches Modell ist für unsere Arbeit von entscheidender Bedeutung: das Imitationslernen (*Bandura,* 1969). Dadurch, daß der Therapeut Bewegungsabläufe und Ausdrucksverhalten vormacht und zeigt, so daß es von den Patienten beobachtet werden kann, ist die Möglichkeit zum imitativen Lernen gegeben. Da der Therapeut einen hohen sozioemotionalen Stellenwert für die Patienten hat, ist er ein besonders geeignetes Imitationsmodell. Der Nachahmungseffekt läßt sich, ohne daß besonders auf ihn hingearbeitet wird, nach einiger Zeit an Kleinigkeiten beobachten. Es empfiehlt sich aber, die Möglichkeiten des Imitationslernens bewußt einzusetzen, indem man der Gruppe Übungen vormacht und die Aufmerksamkeit der Patienten anspricht: „Schaut einmal her, das muß so gemacht werden!" (es folgt dann die Übung). Auch Patienten können als Imitationsmodelle fungieren. Wenn eine Übung besonders gut ausgeführt wird, so wird der Patient aufgefordert, sie noch einmal vor der Gruppe durchzuführen. Er wird damit für sein Verhalten nicht nur positiv verstärkt, sondern ist für die Gruppe ein Imitationsmodell und dient den übrigen Mitgliedern als Anreiz, ihn nachzuahmen. Es werden auf diese Weise auch vikarielle Lernprozesse fruchtbar gemacht.

Die Möglichkeiten, die ein verhaltenstherapeutischer Ansatz in der Bewegungstherapie bietet, sind beträchtlich. Das übungszentrierte Vorgehen kann in seiner Effektivität durch sie wesentlich gesteigert werden.

9. Gruppengespräch

Um die Gruppe zu einem „Feld sozialen Lernens" zu machen, ist es erforderlich, daß die Dichte der Interaktionen und der verbale Austausch gefördert werden. Die Möglichkeiten hierzu sind bei sehr zurückgezogenen Pa-

tienten eingeschränkt. Man fängt deshalb vorwiegend auf der nonverbalen Ebene an, um dann zu einfachen Kommunikationen über die Übungen zu kommen: „Wie waren denn die Übungen heute?", „Hat dir die Übung Spaß gemacht?", „War das schwierig?" usw. Auf diese Weise werden Stellungnahmen in der Bewegungsarbeit angeregt. Es kommt zu kurzen Äußerungen der einzelnen Patienten und zum Austausch der Gruppenmitglieder untereinander. Dies tritt zunächst sporadisch auf und bleibt auf kurze Äußerungen beschränkt. Es fällt vielen Patienten sehr schwer, über sich selbst und insbesondere über ihre Gefühle zu sprechen. Im Verlauf der bewegungstherapeutischen Gruppenarbeit aber nehmen die verbalen Phasen stetig zu. Auf diese Weise wird die sprachliche Ausdrucksfähigkeit gefördert, die Kommunikation aufgebaut und die Grundlage für vorsichtiges konfliktorientiertes Arbeiten gelegt. Wenn ein Patient z.B. etwas über sich erzählt, so wird solchen Äußerungen große Beachtung geschenkt. Insbesondere Hinweise auf Zusammenhänge vor der Hospitalisierung oder Verbindungen zum Außenfeld (Angehörige) werden aufgegriffen. Auf diese Weise können Bezüge zwischen Verhalten in Bewegungsspielen und biographischen Zusammenhängen hergestellt werden. Ist die Vertrauensbasis in der Therapeut-Patient-Beziehung gut, so kann auch von seiten des Therapeuten ein behutsamer Vorstoß unternommen werden, die Lebensgeschichte des Patienten anzusprechen. Die Anamnese, aber mehr noch das Verhalten in der Bewegungstherapie, geben dem Therapeuten ohnehin zahlreiche wichtige Aufschlüsse über das Zusammenwirken von lebensgeschichtlichen Ereignissen für die Genese des Krankheitsbildes. Wird ein biographisches Thema deutlich und vom Patienten in die Gruppe getragen, so kann es durch Bewegungsimprovisationen gestaltet werden. Pantomimisch oder in einer Form von Bewegungs-Psychodrama (*Fine, Dally, Fine,* 1974) werden Geschwister-Konstellationen oder Situationen mit den Eltern durchgespielt. Wenn in einer solchen Form gearbeitet werden kann, beginnen sich intensivere therapeutische Prozesse zu entwickeln. Hier ist es wichtig, den Patienten in seiner Belastbarkeit nicht zu überfordern und auch die Belastungsfähigkeit der Gruppe und einzelner Gruppenmitglieder richtig einzuschätzen. Andernfalls kommt es zu Rückschlägen, die nur in mühsamer Kleinarbeit wieder aufgefangen werden können.

10. Fallbeispiel

Um einen plastischeren Eindruck von unserer Arbeit zu vermitteln, sei ein kurzes Fallbeispiel angeführt. Hans B., 42 Jahre, ist seit sieben Jahren auf einer Langzeitstation für chronisch-schizophrene Patienten. Vor seiner Hospitalisierung war er als Heizungsmonteur tätig gewesen. Unverheiratet lebte er im Hause seiner Eltern, in dem auch noch sein älterer Bruder mit seiner Frau wohnte. Die übrigen Geschwister lebten verheiratet in der Nachbarschaft. Sie waren zum größten Teil als erfolgreiche selbständige Handwerker tätig. Der Patient hatte bei fünf Geschwistern die dritte Geschwisterposition inne. In seiner Kindheit und Jugend war er häufig krank und hatte erhebliche

Schulschwierigkeiten. Bis zu seinem neunten Lebensjahr war er Bettnässer. In seinem beruflichen Leben hatte er wenig Erfolg. Er brach seine Lehre ab und wurde dann in einer Heizungsfirma als Monteur angelernt. Zahlreiche Stellenwechsel kennzeichneten seine berufliche Laufbahn. Von den Geschwistern und den Eltern wurde er abfällig behandelt. Schließlich arbeitete er im Schlossereibetrieb seines ältesten Bruders. Durch ständiges Fehlen und Unzuverlässigkeit in der Arbeit erhielt er durch seinen eigenen Bruder die Kündigung. Nach einem halben Jahr der Arbeitslosigkeit setzte die psychotische Erkrankung mit massiven Halluzinationen paranoider Prägung ein.

Im Verlauf der stationären Behandlung stellte sich keine Besserung ein. Der Patient regredierte zunehmend und wurde immer zurückgezogener. Nach und nach bildeten sich Defekte aus. Als Hans B. in die Bewegungsgruppe kam, war er in einem schlechten physischen Allgemeinzustand, sehr verwahrlost und kaum ansprechbar. Anderen Gruppenmitgliedern gegenüber zeigte er sich verschlossen, zuweilen aggressiv. In den ersten Sitzungen beteiligte er sich am Gruppengeschehen überhaupt nicht. Er stand am Rande und schien in sich versunken. Nach einiger Zeit begann er bei den Ballspielen am Schluß der Stunde zuweilen mitzuspielen. Hier fiel auf, daß er den Ball manchmal mit großer Wucht gegen die Wand schleuderte. Diese Verhaltensweise wurde durch die Therapeutin verstärkt. „Das war ein guter Wurf! Versuchen Sie das noch mal! Feste gegen die Wand!" Die Intervention wurde vom Patienten nicht aufgegriffen, sondern er ging abweisend an den Rand des Spielfeldes zurück. In den folgenden Stunden aber wiederholte er häufiger seinen „Schmetterwurf" gegen die Wand. Die Therapeutin bot ihm nach einer solchen Stunde an, doch noch etwas mit dem Ball an der Wand zu üben. Dieses Angebot wurde aufgenommen und B. entwickelte eine große Heftigkeit. Dieses „Nachspiel" ging über etwa sechs Stunden. Die Therapeutin fragte jedesmal, ob es „Spaß gemacht habe" und bekam ein einsilbiges „Ja" zur Antwort. In der sechsten Stunde sagte B. auf die Frage: „Isch möchte dene alle paar vor de Köpp ballern". Die Therapeutin antwortete darauf: „Ja, dann machen Sie das nur!" und versuchte nicht weiter zu explorieren, um eine Abwehrreaktion und ein erneutes Verschließen zu verhindern. In den folgenden Stunden wurde B. in der Gruppenarbeit aktiver. Er begann mit anderen Gruppenmitgliedern zu sprechen und lachte zuweilen. Eines Tages kam von ihm der Vorschlag, doch einmal ein Fußballspiel mit einer anderen Stationsgruppe zu veranstalten. Diese Äußerung war völlig überraschend und entsprach in keiner Weise seinen üblichen Verhaltensmustern und Vorstellungen. Die Anregung wurde von den übrigen Gruppenmitgliedern nicht aufgegriffen. B. wurde ärgerlich: „Mein Gott, seid ihr lahmarschig". In den folgenden Sitzungen war Patient B. wieder stärker zurückgezogen, wenn auch weniger verschlossen. Er blieb ansprechbar. In den Gesprächsphasen der Arbeit begann er vermehrt von sich zu berichten. Er erzählte, daß seine Schwester ihn jetzt oft besuchen komme. Sie sei die einzige, die er von seiner Familie leiden könne.

Die positive Entwicklung in der Bewegungstherapie wurde durch eine Einzeltherapie aufgegriffen, die dem Patienten angeboten und auch von ihm angenommen wurde. Im Verlauf dieser Therapie konnten nach und nach die Familienbeziehungen angesprochen werden. Es ergab sich eine positive Wechselwirkung zwischen Einzel- und Gruppenarbeit. In den Einzelsitzungen verbalisierte der Patient des öfteren Atembeklemmung, wenn er von seiner Familie sprach. Es wurden aus diesem Grunde entlastende Atemübungen eingeschaltet, die eines Tages zu einem intensiven Gefühlsausbruch führten. B. begann über seine Situation verzweifelt zu weinen. In der Gruppe suchte er in dieser Phase starken Anschluß an die Therapeutin und an einen relativ gut organisierten Mitpatienten. Er wurde von der chronischen Station auf eine mit weniger abgebauten Patienten und einem besseren sozialen Klima verlegt. Seine Teilnahme an einem anspruchsvolleren Programm der Arbeitstherapie konnte ermöglicht werden.

11. Erfolge, Schwierigkeiten und Grenzen

Die übungszentrierte und konfliktorientierte Bewegungstherapie in der Arbeit mit langzeitig hospitalisierten psychiatrischen Patienten bietet zahlreiche Möglichkeiten, vorhandene Defizite zu kompensieren oder abzuschwächen und neues Verhalten aufzubauen. Die Erfolge lassen sich besonders im Hinblick auf die Beziehung des Patienten zum eigenen Körper und sein soziales Verhalten in der Gruppe und auf der Station erkennen. Dabei ist wesentlich, daß diese Erfolge auch vom Patienten selbst erlebt und wahrgenommen werden und damit einen selbstverstärkenden Charakter gewinnen. Der Patient aus dem geschilderten Fallbeispiel konnte den aggressiven Ballwurf als lustvoll erleben. In der spielerischen und permissiven Atmosphäre der Therapiegruppe konnte er es sich leisten, einen aggressiven Impuls zu zeigen, der als verschlüsselter Tötungsimpuls gegen seine Eltern und Geschwister gedeutet werden kann. Er möchte ihnen vor die Köpfe „ballern" (schießen). Auch Übungen, die entspannend wirken oder die Spannung erhöhen, werden von den Patienten in ihrer Wirksamkeit erfahren und stärken das Vertrauen in die Effektivität der Therapie. In der Regel sind die Erfolge nicht spektakulär, wenn man sie mit Ergebnissen aus der Therapie von Neurotikern etwa in der freien Praxis vergleicht. Im Hinblick auf die erheblichen Defizite aber müssen kleine Verhaltensänderungen schon hoch bewertet werden. Die Reaktion der Patienten auf den bewegungstherapeutischen Ansatz ist unterschiedlich. In der Regel wird das nonverbale Verfahren, das keine Anforderungen an die Verbalisationsfähigkeit stellt, gut aufgenommen. Insbesondere die Stimulierung durch Musik bewirkt regelhaft eine gewisse Mobilisierung. Es gibt aber auch Patienten, die auf die Bewegungsarbeit und insbesondere auf die Körperübungen des Sensibilisierungstrainings angstvoll und mit Abwehr reagieren, zum Teil so stark, daß sie sich weigern, weiterhin an der Gruppe teilzunehmen. Derartige Fälle sind die Ausnahme. Im Verlauf der Arbeit kommt es allerdings immer wieder einmal vor, daß Rückschläge dadurch eintreten, daß Erfahrungen als zu intensiv erlebt wer-

den. Meistens handelt es sich dabei um das Miterleben von Verhaltensweisen anderer Patienten. So sind spontane, heftige Aggressionsäußerungen zwar für den Patienten, der sie durchlebt, förderlich, sie können aber in der Gruppe Angst auslösen und verschreckend wirken. Solche Ereignisse müssen durchgearbeitet werden, indem sie angesprochen werden. In der Regel sind Patienten nach einem Emotionsausbruch gelöst und entspannt, die Gruppe wird auf diesen Entspannungszustand hingewiesen, so daß sie an ihm vikariell teilnehmen kann. Die Grenzen der bewegungstherapeutischen Arbeit in der Gruppe werden dann deutlich, wenn intensive konfliktorientierte Prozesse in Gang kommen, die der Belastungsmöglichkeit der übrigen Patienten nicht entsprechen. Hier ist eine flankierende Einzeltherapie angezeigt. In der Kombination von Einzel- und Gruppentherapie können derartige Prozesse für die Behandlung des Patienten fruchtbar gemacht werden. Die größten Schwierigkeiten für bewegungstherapeutisches Arbeiten ergeben sich aus der Struktur der Institution. Das, was in der Gruppe mobilisiert und angeregt wird, kann in der Regel auf den überfüllten oder personell unterbesetzten Stationen nicht aufgegriffen werden. Die Stimulierung, die die Gruppe bietet, wird durch die Monotonie des Tagesablaufes, die stimulierungsarme Umgebung, die tristen Räumlichkeiten und die eingeschränkten sozialen Kontakte wieder reduziert. Die Förderung offenen, selbstbehauptenden Verhaltens wird durch den repressiven Stil überforderter Pfleger häufig zunichte gemacht. Die hohe medikamentöse Sedierung schränkt die Entwicklung der Sensibilität und Expressivität erheblich ein, und bremst die Antriebskraft, die in der Bewegungsarbeit kurzfristig mobilisiert wird und die zur Veränderung von Verhaltensweisen unbedingt erforderlich ist.

Die integrative Bewegungstherapie steht hier in dem Dilemma, in dem sich alle psychotherapeutischen Ansätze in den „totalen Institutionen" befinden. Wenn man sieht, was in den Gruppenstunden möglich ist, und dann beobachtet, wie wenig von diesen Möglichkeiten im Stationsalltag umgesetzt werden kann, so wird man überdeutlich mit der Erkenntnis konfrontiert, daß effektive Therapie mit psychiatrischen Patienten nicht nur in therapeutischen Sitzungen geschieht, sondern durch das gesamte Setting geschehen muß.

Integrative Locomotional Therapy and Locomotional Pedagogics as a Therapeutic Technique for Psychiatric Patients

Hilarion Petzold, Angelika Berger

The presented concept of integrative locomotional therapy is based on *F. Perls'* gestalttherapy and *J. Moreno's* psychodrama. *Petzold* and *Berger* try to combine ideas of anthropology, development psychology and the theory of socialization into a mulitdimensional approach to therapy of psychically cau-

sed disturbances. In this concept man is understood as a unity of body-soul-psyche-organism in correspondence to his physical surroundings. Man does not have a body, he rather is his actual body. Accordingly, psychic diseases are conceived of as disturbances of the body-ego (*Freud*, 1923, *Schilder*, 1924, *Federn*, 1935); the history of a human being's life is mirrored in the history of his body (*Marcel*, 1968). Human experiences are perceived by the body. Consequently, psychically ill persons are restricted in their capacity of perception and reaction, in the relationship to their bodies and the functionning of their bodies.

In their therapeutic work the authors concentrate on the building up of the body-ego and on working with the sane ego-parts of the patients, applying verbal and non-verbal training methods as well as behaviouristic training methods. Seriously ill patients are first being supported in their body-ego with the help of locomotional therapeutic exercises. The exercise-centered pedagogical approach is followed by a conflict-centered psychotherapeutical approach enabling the patient to find cantact to his therapist as the most important instrument of therapy within the group. The authors regard stabilization and restitution of sane and ill ego-parts as aims of their therapeutic work. Thus they intend to develop

1. personal competence,
2. social competence,
3. practical competence.

Reflecting the fact that most of their therapeutic work has to be done in "total institutions" the authors regret that effective therapy with psychiatric patients is often hampered by the setting, with overcrowded wards and unscilled staff reducing positive changes started within the therapeutic sessions.

Literatur

Ammon, G. (1975): Die Rollle des Körpers in der Psychoanalyse. In: Integrat. Ther. (1) 58–76
Auriol, B. (1972): La yogathérapie de groupe. In: Psychothér. Psychosomat. (20) 162–168
Bandura, A. (1965): Principles of Behaviour Modification. (New York: Holt & Rinehart)
Berger, A. (1971): Relaxative Organgymnastik und psychologische Gruppenarbeit im System einer „totalen Gymnastik". In: Atem und Mensch (3) 8–13; (4) 13–19
Bühler, Ch. (1974): Einführung in die humanistische Psychologie (Stuttgart: Klett)
Berger, A. (1973): Integrative Bewegungstherapie. In: Atem und Mensch (2)
– (1974): Integrative Bewegungserziehung. In: *Petzold, H.*, a.a.O.
Buboltz, E. (1976): Bildungsarbeit mit alten Menschen. (Stuttgart: Klett)
Buitendijk, F. F. (1956): Allgemeine Theorie der menschlichen Haltung und Bewegung. (Berlin/Heidelberg: Springer)
Dürckheim, K. (1974): Vom Leib der man ist, in pragmatischer und initiatischer Sicht. In: *Petzold, H.* (1974) a.a.O.
Federn, P. (1956): Ich-Psychologie und die Psychosen. (Bern: Huber)
Fine, R., Dally, D. (1974): Psychotanz als Übungsverfahren und Methode der Psychotherapie. In: *Petzold, H.*, a.a.O.
Goertzel, V., May, P. R., Salkin, J., Schoop, T. (1965): Body-Ego-Technique: An Approach to the Schizophrenic Patient. In: *J. Nerv.* Mental Disease (1) 53–60

Freud, S. (1923): Das Ich und das Es. Ges. W., Bd. X (London: Imago)
Iljine, V. N. (1942): Das therapeutische Theater. (Paris: Sobar)
– (1974): Prolegomena, aus *Petzold, H.*, a.a.O.
Jacobson, E. (1954): The Self an the Object World. In: Psychoanal. Study Child (9)
Kanfer, F., Phillips, I. (1975): Die lerntheoretischen Grundlagen der Verhaltenstherapie. (München: Kindler)
Krietsch-Mederer, S. (1975): Bewegungstherapie mit einer Gruppe von Langzeitpatienten in einem psychiatrischen Krankenhaus. In: Integrat. Ther. (1) 208–219
Leutz, G. A. (1974): Psychodrama, Theorie und Praxis. (Berlin/Heidelberg: Springer)
Lowen, A. (1976): Bioenergetik. (Bern/München: Scherz)
Marcel G. (1968): Prolegomena. In: *Petzold, H.* (1974) a.a.O.
Maslow, A. (1973): Psychologie des Seins. (München: Kindler)
Maurer-Groeli, Y. A. (1976): Libidoökonomische und Ich-psychologische Aspekte der Psychosen. In: Dyn. Psychiat. (9)
– (1975): Die Haut als Medium in der Therapie depressiv schizophrener Kranker. In: Psychosomat. Med. (6) 67–78
– (1975): Gruppentherapie mit Schizophrenen. Zur Einführung und Begründung der körperzentrierten Gruppentherapie mit schizophren Kranken. In: Schw. Arch. Neurochir. Psychiat. (117) 309–332
– (1976): Körperzentrierte Gruppenpsychotherapie bei akut schizophren Erkankten. In: Arch. Nerventher. (221) 259–271
May, P. R. Wexler, M., Salkin, J. Schoop T. (1963): Non-verbal Techniques in the Re-Establishment of Body Image and Self Identity. In: Psychiat. Res. Report (16) 68–82
Merleau-Ponty, M. J. (1949): La structure du comportement. (Paris)
– (1945): Phénomenologie de la perception. (Paris)
Moreno, J. L. (1969): Psychodrame. (Beacon: Beacon House)
Perls, F. S. (1976): Grundlagen der Gestaltherapie. (München: Pfeiffer)
Petzold, H. G. (1970): Thérapie du mouvement, training relaxatif, thymopratique et éducation corporelle comme integration. (Paris: EPH)
– (1972): Angewandtes Psychodrama. (Paderborn: Juntermann)
– (1972): Gestaltherapie und Psychodrama. (Kassel: Nicol)
– (1974): Psychotherapie und Körperdynamik. (Paderborn: Juntermann)
– (1973): Das Therapeutische Theater als Methode dramatischer Therapie.
– (1965): Das therapeutische Theater Wladimir Iljines. In: Gruppendynamik (6)
– (1975): Psychophysische Körper- und Bewegungstherapie – eine Literaturübersicht. In: Integrat. Ther. (1) 156–175
– (1975): Thymopraktik als körperbezogene Arbeit in der Integrativen Therapie. In: Integrat. Ther. (1) 115–145
Reich, W. (1972): Die Funktion des Orgasmus. (Köln: Kiepenheuer & Witsch)
Scott, P. (1958): Behavioral Role-Play. In: Americ. Psychiat. (1) 22–33
Schilder, P. (1924): Das Körperschema. Ein Beitrag zur Lehre vom Bewußtsein des Körpers. (Berlin: Springer)
– (1935): The Image and Appearance of the Human Body. (London: Paul, French, Trubner)
Sivadon, P., Gantheret F. (1973): La reéducation corporelle des fonctions mentales. (Paris: ESF)
Smith, W. C., Figetakis, A. (1970): Some Effects of Isometric Exercises on Muscular Srength, Body Image Perception and Psychiatric Symptomatology in Chronic Schizophrenics. In: Am. Cor. Ther. (24) 100–104
Weinstein, N. et al. (1968): Bibliography of Sensory and Perceptual Deprivation, Isolation an Related Areas. In: Percept. Motor Skills (26) 883–903

Anschrift der Autoren:
Prof. Dr. phil. et theol. Hilarion G. Petzold
Angelika Berger
Fritz-Perls-Institut
Brehmstr. 9
4000 Düsseldorf

Die psychosomatische Krankheit als Abwehr gegen depressive Regression**

Ivan Milaković*

In der vorliegenden Arbeit versucht der Autor, eine biologische Basis für die Regressionsprozesse zu geben, die nach seiner Auffassung psychosomatischen Erkrankungen zugrundeliegen. Der Autor begreift psychosomatische Reaktion als eine variable Form der Abwehr gegen drohende Regression. Auf diese Weise wird eine Beziehung der psychosomatischen Krankheit zur Depression hergestellt, die er als eine Regressionsstufe zwischen neurotischen und psychotischen Erkrankungen betrachtet. Der Autor verbindet jeden Grad der Regression mit Veränderungen in den biologischen Prozessen, die ihrerseits Ausdruck von Stufen und Systemen in der phylogenetischen und ontogenetischen Entwicklung sind. Für den Autor gleicht die Bewegung zwischen Normalität und tiefer Regression bis hin zum Tod einer „Liftbewegung", die zwischen beiden Polen oszilliert. Während hier eine gleitende Skala der Regression formuliert wird, auf der auch die psychosomatische Reaktion angesiedelt wird, handelt es sich im Konzept der Berliner Schule, mit dem der Autor sich ausführlich auseinandersetzt, um ein gleitendes Spektrum verschieden defizitärer Ich-Strukturen.

Gleich zu Beginn möchte ich daran erinnern, daß schon seit langem versucht wird, das depressive Syndrom mit einzelnen Körperreaktionen in Zusammenhang zu bringen. So wurde z. B. bei der sogen. endogenen Depression eine ganze Reihe vegetativer Erscheinungen gefunden bis hin zur bekannten Beschreibung der „vegetativen Depression" *(Lemke)*. Besonderes Interesse erwecken schon fast einhundert Jahre lang typologische Untersuchungen. Der schizophrene und der manisch-depressive Formenkreis sollten mit entsprechenden Konstitutionen verbunden sein. Ältere wie auch neuere Untersuchungen (*Pivnicki,* 1964) beweisen, daß tatsächlich eine gewisse Beziehung zwischen dem pyknomorphen Konstitutionstyp und der Depression nachzuweisen ist. So kann man auf mehreren Ebenen über die Beziehung zwischen Depression und somatischen Faktoren diskutieren.

Nachdem jedoch die psychosomatischen Erkrankungen annähernd definiert waren, und als man zu dem Versuch überging, sie psychoanalytisch zu behandeln, machte man die Erfahrung, daß das Ausbrechen von depressiven Episoden droht, die wegen der Selbstmordgefahr die Anwendung stationärer Behandlungsmethoden erforderten. So empfiehlt *Noyes* (1963) eine oberflächlich psychotherapeutische Behandlung der Ulkuskranken wegen der Gefahr depressiver Zustände. *Saul* (1953) mahnt: „Besser Ulkus als Depression!", und *Orgel* (1961) findet bei den katamnestischen Untersuchungen häufig depressive Episoden bei psychoanalytisch behandelten Ulkuskranken.

Andererseits hat man angefangen, Depressionen als regressives Phänomen zu verstehen. Man spricht von „definitiver Regression" (*Fenichel,* 1961),

* Prim. Dr. sci. med., Sarajevo, Jugoslawien

** Vortrag gehalten auf dem X. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), Kongreßhalle, Berlin, 8.–12. Oktober 1978

man spricht von den Rückkehr in ein Stadium, als noch keine Objektbeziehungen bestanden, usw. Viele ähnliche Systeme sind konstruiert worden, aber ich möchte sofort etwas betonen, was in Zusammenhang mit meinem Thema steht: daß nämlich, wie *Fenichel* schon angenommen hat, eine ,,Abwehr" gegen solche orale Regression bestehen müßte, die sich aus obsessiven, kompulsiven und narkomanischen Tendenzen zusammensetzen würde.

Ein ähnliches ,,Abwehr-Konzept" zieht sich seit *Fenichels* Zeit durch die Erklärungen vieler Analytiker. *Ammon* (1974) spricht über den ,,psychosomatischen Protest": ,,Eine organische Krankheit sichert das prekäre Gleichgewicht der pathogenen Symbiose. Selbstmord wird durch Psychosomatik ausgewichen." Ein Wechsel der Aggression mit resignativen und depressiven Zuständen, die das Ausagieren bedeuten, wo die Psychosomatik als Abwehr gegen das narzißtische Defizit besonders deutlich hervortrat – wird von *Ammon* beobachtet. *Overbeck* (1973) erwähnt den Terminus ,,larvierte Depression", und *Cremerius* (1968), sowie *Richter u. Beckmann* (1969) finden eben solche larvierte depressive Erscheinungsformen bei Neurotikern und Ulkuskranken. Aber andererseits wirken gerade diese Ulkuskranken, oberflächlich betrachtet, alles andere als depressiv, sie sind im Gegenteil extravertiert, neigen zu allen möglichen Übertreibungen, sind superaktiv – wie viele Autoren feststellten (*Milaković* 1967; *Milaković* u. *Ljubimir* 1962; *Bergler* 1944). Solche scheinbar widersprüchlichen Unterschiede zwischen der sich manifestierenden Hyperaktivität und einem depressiven Background konnte man bei allen psychosomatischen Krankheiten finden.

Zahlreiche andere Probleme erschweren das Verständnis der Beziehungen zwischen Psychosomatik und Depression. Was muß als depressives Syndrom angesehen werden? Man macht heute nicht so einen scharfen Unterschied zwischen endogenen und reaktiven Depressionen. Ist das alles ein und dasselbe; ist das alles Teil eines ,,Formenkreises", wo nur die Graduierung der Regression festliegt, ob wir sogen. ,,reaktive" oder sogen. ,,endogene" klinische Bilder bekommen?

Ein ähnliches Dilemma bezieht sich auf die Psychosomatik. Sollen wir neben den schon bekannten psychosomatischen Bildern als Ausdruck der Körperreaktion auf die psychische Problematik auch die Äquivalente der Emotionen in Rechnung stellen, dann die tieferen vegetativen und metabolischen Begleiterscheinungen bei sogen. endogenen Regressionen oder sogar auch die Konstitutionstypen mit ihrer Neigung zu bestimmten Krankheiten, die psychosomatischen Krankheiten gleichen? Handelt es sich wieder um einen ,,Formenkreis" von Krankheiten oder Graduierung der Regression, oder gar um eine allgemeine Tendenz?

Schwierigkeiten treten auch bei der Frage der Regression auf. Handelt es sich bei der Regression um eine akzidentelle, zufällige Erscheinung, die durch eine bestimmte Ursache hervorgerufen ist, oder handelt es sich um eine universelle, also gesetzmäßige Tendenz, eine Gefahr, die jeden Augenblick unter gewissen Voraussetzungen auftreten kann und zu vorher fixierten kli-

nischen Bildern beziehungsweise Krankheitserscheinungen führen kann? Wie tief kann die Regression gleiten? Gibt es auch einen Weg, der zurück in die Genesung führt?

Weiter: Wenn diese Stadien bereits vorgezeichnet sind, dann sind sie durch Phylogenese und Ontogenese bedingt, und wir müßten die tieferen Wurzeln dieser Veränderungen auch dort suchen, wo die regressiven Abläufe dem phylogenetischen Ablauf der Funktionsentwicklung entsprechen müßten. Schließlich, was ist „Normalität"?

Im Rahmen dieses Referats werde ich nur Fragmente meiner theoretischen Ansichten vortragen, möchte aber darauf hinweisen, daß auch zahlreiche andere Autoren solche Fragen gestellt haben. Denn wenn man schon den Begriff der Regression und der Existenz früherer Phasen akzeptiert, dann befindet man sich in unmittelbarer Gefahr, die Ansicht zu proklamieren, daß verschiedene psychotische Bilder in der Tat Regressionen in frühere Entwicklungsphasen des Anpassungsprozesses wären. Damit geht man eigentlich auf das Gebiet des sogen. „Morbus Einheitspsychose" über, den die Autoren selten erwähnen, obwohl sie in seinem Sinne verfahren.

Petrilowitsch (1964) und *Rennert* (1965) geben eine sehr interessante Übersicht der erneuten Wiederbelebung der Konzeption des einheitlichen psychotischen Prozesses. *Petrilowitsch* z. B. weist auf *Jasper*'s Schichtenmodell hin: am tiefsten organische Veränderungen, danach schizophrene, zyklothyme und als oberflächlichste die neurotischen Prozesse. *Petrilowitsch* zeigt, daß man schon längst bemerkt hat, daß unter anderem die zyklothymen Psychosen in die Schizophrenie, protrahierte Asthenien aber in die Depression übergehen können. *Llopis* (1960) konnte dieselbe Reihenfolge konstatieren bei *Pellagra*. Am impressivsten hat *Kielholz* das alles durch sein berühmtes Schema gezeigt.

Demnach träten Psychosen in bestimmter Reihenfolge auf, die durch die Regressionstiefe vorher bestimmt wäre: auf neurotische Erscheinungen würden depressive und dann schizophrene Erscheinungen folgen. Auf demselben Wege zöge sich die Regression auch zurück. Es stellen sich zwei Fragen:

1. Läßt sich eine solche Skala auch für die Regression der somatischen Vorgänge und der Konstitution konstruieren?
2. Was hemmt denn überhaupt den Ausbruch der Regression und was verhindert, daß sie gewisse Linien überschreitet?

Die Konstitutionslehre ist schon lange nicht mehr „in", sondern „out", aber man könnte doch viel Dynamisches in diesem Konzept finden. Aber vorher sollte man die Konstitutionstypen nicht als Erbanlage betrachten, sondern als Überreste der phylogenetischen und ontogenetischen Entwicklungsphasen; natürlich können wir nur vermuten, welche Phasen das sein sollten. Darum sind die rein ausgeprägten Typen so selten, obwohl alle statistischen Bemühungen mit der Behauptung enden, daß „es etwas darin gibt". Aber es ist evident, daß einige Züge aus diesen archaischen phylogenetischen und ontogenetischen Entwicklungsstadien ihre Meldungen sowohl im Kör-

perbau als auch im sogen. Charakter, wie *Kretschmer* die Reaktionsweise genannt hatte, prägen.

Diesen Reminiszenzen kann man durch die Ontogenese folgen. *Conrad* (1963) hat viele Beweise über diesen Einfluß geliefert, aber wieder auf einer genetischen Basis. Die leptomorphen Einflüsse sollten am archaischsten sein – die pyknomorphen sollten aus etwas neueren Entwicklungsstadien stammen.

Wenn man das statische Konzept der Erbanlage der Konstitution und Psychosen völlig vermeiden will, sollte man eine (genuine) integrierende Tendenz voraussetzen, die teilweise genetisch, aber teilweise auch biozönotisch bedingt sein sollte; die „Normalität" oder Eurysomie wäre dann ein Ziel, das alle Menschenwesen in ihrer Entwicklung erreichen sollten. Störungen aller Art, entweder genetisch-enzymatischer Natur oder ganz exogener, d.h. durch psychische Einflüsse bedingt, werden zu einer Deformation, besser gesagt zum Nichterreichen dieser idealen Normalität führen, und dann würden wir den „typischen" konstitutionellen Typus bekommen. In einem Individuum z.B. von pyknischer Konstitution ist manches im Organismus integriert, aber einige Züge der Struktur, des Metabolismus, des Reagierens verraten sich als aus archaischen Schichten stammend. Sie verursachen die Neigung zu gewissen Krankheiten somatischer und psychischer Natur und machen die Statistik signifikant. So ist der Konstitutionstypus keine genetische Einheit, doch genetisch stark beeinflußt und bedingt.

Manche Schwierigkeiten in der Deutung der somato-psychischen Vorgänge werden behoben, wenn man „progressive" und „regressive" Tendenzen in Betracht zieht. Die Regression würde den Übergang auf eine niedrigere Stufe des Reagierens bedeuten – immer dann, wenn sich die aktuelle metabolisch-neurale Organisation wegen der verhinderten Befriedigung der Triebe (d.h. Frustration) oder wegen der überstarken Reize (d.h. körperliche und psychische Traumata) als ungenügend zeigt. Heute ist man immer mehr zur Auffassung gekommen, daß mit der psychischen Regression auch die neuralen und metabolischen Regressionen parallel gehen, oder – besser gesagt, alle regressiven Erscheinungen seien unzertrennlich verbunden, auf allen Niveaus der psychischen und somatischen Struktur.

Stern (1953) bringt das Trauma mit der Streß-Situation in Beziehung und sieht in dieser den Anlaß zur Regression. Bei schwerem Streß, aber auch in den alltäglichen emotionellen Schwankungen – sieht er zwei Auswege für den Organismus:

- das Erstarken der Motilität mit Massenbewegungen, Schreien und vegetativen Erscheinungen;
- bei den schwersten Traumen und Frustrationen kommt es zur Agitation oder zu katatonoiden Reaktionen, die die letzte Abwehr vor dem Schock und dem Tod wären.

Stern glaubt, daß diese Mechanismen das ganze Leben hindurch wirken und daß sie sich bei jedem Trauma, und in kleinerem Maße bei jedem emotio-

nellen Erlebnis wiederholen. Damit wäre eine solide Basis zur Deutung sowohl der Regression, wie auch des Parallelismus, besser gesagt: der Einheitlichkeit neuraler und somatischer (metabolischer) Antworten auf das Trauma geschaffen.

Nun zum Phänomen augenscheinlicher Polarität zweier Arten der Reaktionen auf das Trauma (Frustration), eine Beobachtung die schon zahlreiche Autoren auf verschiedenste Weise schilderten. Nämlich: Regression ist immer verbunden mit der Herabsetzung der Reaktibilität, mit der Verminderung des Stoffwechselniveaus und mit der Einschränkung der Bewegungen, während die Abwehr der Regression vollkommen entgegengesetzte Phänomene zeigt.

So findet z. B. *Margolin Sidney* (1953) zwei Reaktionsmöglichkeiten beim postnatalen Streß des Säuglings: den sogenannten „crying point" und die Bedrohung der Reversibilität des lebendigen Prozesses. Sie weist eigentlich auf zwei Wege: einen motorischen Versuch zur Beherrschung der Umgebung – und einen regressiven Ausgang, der in die niedrigere metabolische Etage führt und das Leben des Individuums bedroht.

Einige Autoren wie *Graber* (1953) setzen ganze triebmäßige Einrichtungen voraus, die verantwortlich für solch eine Polarisation der Reaktionen wären. Ein „Urtrieb" würde geteilt in den „Aggressionsinstinkt" – der gegen die Quellen der Unannehmlichkeiten gerichtet ist – und den „Regressionsinstinkt" – der eine Rückkehr in den Uterus anstrebt, zur Unifizierung des Lebens in einer vorgeburtlichen narzißtischen Organisation. Auch andere Autoren, gleich ob sie versuchen, die Erklärungen durch die Metapsychologie zu finden, oder ob sie auf rein psychologischem Terrain bleiben, – finden Mechanismen des Ausgangs aus der Streß-Situation in der Aggressivität, in der Motorik und einer extravertierten Position, bis sie die Mechanismen der Regression im Autismus und eine Rückkehr in die vorgeburtliche Lebensweise – mit begleitenden metabolischen Erscheinungen – festzustellen versuchen.

Bei allen Autoren wiederholt sich zwar das gleiche: sie erkennen einen basischen Prozeß im Organismus – den Kampf für Anabiose, die Verteidigung gegen Regression, Einleitung in die counter-shock-phase und die Restitution des Organismus auf dem höchsten metabolischen Niveau; andererseits, im Falle des Mißerfolges, springt der Lebensprozeß über in eine niedrigere Ebene des Reagierens, des Metabolismus, und das könnte in den irreversiblen Schock und in den Tod führen.

In der Tat ist die Motorik mit Energieerzeugung und gleichzeitig mit deren Verschwendung verbunden, andererseits führt die Regression zur Minderung dieses Brandes der Energie. Den wahren Sinn dieser Polarität der Tendenzen zeigen uns erst die Theorien der Information und der Systeme. Der wahre Grund des Lebens sollten nämlich die antientropischen Tendenzen und das Formieren der Systeme sein. Die durchfließenden Systeme verbreiten um sich die Entropie und opfern dabei die Energie der Umgebung, aber sie erhalten die Stabilität des eigenen Systems. Von den niedrigsten Formen

des Lebens hat sich durch Evolution dieser Prozeß in unzähligen Varianten kompliziert, aber die Lösung des entropischen Problems bleibt doch das Hauptthema des Lebens. Lebende Wesen lösen auf allen Stufen ihrer Entwicklung dieses Problem durch das Streben zur Erhaltung der eigenen höchsten Leistung der Energetik.

Den tieferen Sinn und das Wesentliche der Übergangsphasen finden wir in den ,,basimetrischen" Erläuterungen (Basimetrie ist eine Disziplin der Rhythmuslehre). Die Systeme, die aus ihrem Leistungsniveau hinausgeworfen sind, entwickeln auf neuem Niveau eine Abwehr vor der Rückkehr zum Anfangswert. Oszillationen und Rhythmen sind erlaubt, aber jede Rückkehr auf ein früheres Niveau würde die Zerstörung der neuen Organisation, das heißt den Tod verursachen.

Ein klarer Fall des Überspringens in das neue Niveau ist in der Phylogenesis der Übergang von der Poikilothermie zur Homoiothermie, während es in der Ontogenesis die Geburt mit ungeheuren Perturbationen im Metabolismus und der vegetativen Regulation ist. Nach der Geburt ist der Mensch sozusagen verurteilt zu Aktivität, Aggression und Objektbesetzung, – sonst gleitet er in die Regression.

Es ist kein Wunder, daß auch die sogen. Konstitutionstypen und die Psychosenkreise ähnlich polarisierte, entgegengesetzte Tendenzen in ihre klinischen Bilder eingeschlossen haben: z. B. Manie und Depression bei pyknomorpher Konstitution, Katatonie und Raptus bei leptosomer Konstitution und Schizophrenie; weiter – Bewegungssturm und Totstellreflex, sowie alle oben erwähnten Erscheinungen beim Streß des normalen Menschen; immer, auf allen Stufen der Entwicklung und in allen regressiven Zuständen finden wir eine solche Einteilung der Reaktionen in progressive und regressive.

Man bekommt den Eindruck, als ob die psychischen Prozesse mit einem ,,Lift" hinunter in die Regression, in die Phylogenesis gleiten würden und sich danach wieder mit dem progressiven ,,Lift" in die ,,Normalität" erheben. Parallel mit dem Sinken und Erheben des Psychischen sinkt auch das Niveau der begleitenden vegetativen und metabolischen Reaktionen. Die somatische Struktur begleitet mit einem Plus oder Minus im zeitlichen Abstand die Regression viel öfter mit einer Latenz.

Der Auslösefaktor für das Abgleiten in Regression sind Traumen, schwere Frustrationen und andere Oszillationen. Die Rückkehr in die Normalität, d. h. in die Genesung geschieht, wenn die progressiven Tendenzen ein Übergewicht gewinnen. Das kann auch spontan auftreten; so wird jedes längere Aufhalten in Regression progressive Reaktionen auslösen, d. h. die Rückkehr auf das höhere Niveau einleiten, wie das die basimetrischen Gesetze bedingen. Das kann abrupt geschehen, als eine manische, psychomotorische oder hyperaktive Phase. Man kann das auch durch Therapie (z. B. Elektroschock) auslösen. Sehr oft ist durch die Psychosomatik eine Abwehrlinie geschaffen worden.

In Bezug auf die depressive Regression könnte man ein Modell aufstellen:
- Eine aktuelle frustrative Situation weckt den latenten regressiven Prozeß, der nach einigen Schwankungen startet;
- es kommt zu mannigfaltigen Versuchen der Aufhaltung der Regression durch Hyperaktivität der einzelnen Systeme: hyperaktives Verhalten, Aggressivität, vegetative Exaltationen usw.;
- wenn es nicht gelingt, die Regression auf diese Weise zu hemmen (vielleicht neue Frustrationen), kommt es nach gewisser Latenz zu pränataler Resignation und zur Sublimation dieser Tendenzen im Sinne der suizidalen Phantasien (*Milaković*, 1967);
- die Abwehr gleitet ins psychosomatische Gebiet ab, es kommt zum Versuch, die fortschreitende Regression mit Hyperaktivieren der mannigfaltigen Systeme zu stoppen;
- wenn das nicht gelingt, kann die Regression fortschreiten. Besonders wenn es durch die Störungen während der Ontogenesis zu Veränderungen des Konstitutionstypus kommt und damit die nächste Abwehrlinie vorbestimmt wird, gleitet die Regression ab, manchmal heimtückisch und latent, und sie führt dann zu Erscheinungen auf dieser Ebene: Depression, vegetative Depression oder Manie;
- wenn auch diese Abwehrlinie durchbrochen wird, dann kann es zu Erscheinungen aus dem tieferen Formenkreis kommen.

Aufgrund des gezeigten hypothetischen Abwicklungsmodells des regressiven Prozesses und der These, daß Traumen und Frustrationen als Aktivatoren des regressiven Herabsteigens betrachtet werden sollten, wird besonders die Bedeutung jener ersten Abwehr betont, der Abwehr gegen jene Regression, die wegen Mißerfolges in der Anpassung an die Umgebung stattfindet. So könnten die neurotischen Prozesse in eine tiefere Regression gleiten.

Doch die Abwehrlinien sind ziemlich stark und sichern die Stabilität des Systems, bieten gar die Möglichkeit für Oszillationen dar. Jede Oszillation kann jedoch zur Regression führen, ohne daß die folgliche Tiefe vorauszusehen ist. Die Stärke des Traumas, die Dauer seiner Auswirkung, aber auch die Tiefe der Ebene, auf welcher die konstitutionell bedingte Barriere steht, können auch die Tiefe der Regression beeinflussen.

Viele Autoren haben Situationen und Faktoren, die zur Auslösung eines regressiven Verlaufs führen können, gesucht und gefunden, wie auch einzelne traumatisierende Auslöser identifiziert, die zum regressiven Ablauf führen.

Manchmal ist es Schmerz. *Ammon* (1974) erwähnt die *Federn*sche Auffassung, daß ,,durch ein primäres Versagen des Ichs, welches dadurch unfähig bleibt, das mit dem Schmerz verbundene Leid zu tolerieren, zu akzeptieren und im Rahmen eines die Ich-Grenzen differenzierenden Prozesses zu verarbeiten. Der unbearbeitete Schmerz akkumuliert sich, um endlich in Form einer Depression, einer Manie oder einer Sucht dem schwachen Ich die abgewehrte Schmerzerfahrung gleichsam aufzuzwingen. Alles das könnte zur

Desintegration der Person führen." *Ammon* beschreibt dieses strukturell-narzißtische Defizit als ,,Loch im Ich", im Sinne eines Defektes in der Ich-Abgrenzung, und das könnte für die strukturelle Basis der psychosomatischen Erkrankungen, aber auch für die Genese und Dynamik der psychotischen Erkrankungen des schizophrenen, wie auch des manisch-depressiven Formenkreises verantwortlich sein.

Ein Mangel an Kommunikation (Informationsdefizit?) kann auch nach *K. Ammon* (1973), *Renggli* (1974) und *Burger-Piaget* (1947) in der Kindheit zu Suizidtendenzen führen, und dann ist die Psychosomatik ein Ersatzmittel zum Wiedererreichen der Kommunikationsmöglichkeit, eine Abwehr gegen die Suizidgefahr.

Demnach kommt es in der frühkindlichen Periode zu ernsthaften Stabilitätsschwankungen der Psyche, was auch verständlich ist, da das Leben auf der neuen Ebene erst im Begriff ist, sich zu festigen und die Bindung an die vorgeburtliche Organisation noch stark ist.

Gisela Ammon (1973) beschreibt zahlreiche Abwehrmechanismen, die etwas wie eine Barriere aufbauen und das zu tiefe Herabsinken beim postnatalen Streß verhindern. Das wären: Desomatisierung, Verbalisierung, Übergang auf sekundäres Denken, Bewältigung – das heißt Neutralisierung der ,,Triebenergie" bis zum Ego-Defekt (nach *Ammon*). Das alles sind Puffer gegen die Tendenzen zur Rückkehr ins Pränatale.

Obwohl pränatale Tendenzen nicht jene tiefen Regressionen darstellen, die auch konstitutionelle Faktoren mit ins Spiel bringen, sind sie im kleinen schon ein Modell der Regression überhaupt, und können – wenn stark ausgeprägt – auch tiefer hinabziehen, wenn die Voraussetzungen erfüllt sind. Nach *Overbeck* (1973) wäre das der Objektverlust, während *Alexander* (1935) und *Garma* (1957) sie in der inneren Versagung von Liebes- und Abhängigkeitswünschen, d.h. einem inneren Entzug von Liebe sehen.

Ammon (1974) und *Bruch* (1971) sind der Ansicht, daß das psychosomatische Symptom ein Versuch sei, die Situation des Mangels zu kompensieren; das Kind versucht durch Reaktion am eigenen Körper, durch die Sprache psychosomatischer Erkrankung, eine Kommunikation mit der Mutter herzustellen. Jedoch nach *Zilboorg* (1936) und *Burger-Piaget* (1947) entsteht unmittelbar nach dem eventuellen Mißerfolg ein Streben nach der Wiedererrichtung des pränatalen Zustands, was mit einem Rückzug aus dem Leben und, nach einigen Autoren, mit Selbstmordtendenzen verbunden ist. Nach *Ammon* (1974) entfaltet im weiteren Leben die durch psychosomatisches Symptomverhalten manifestierte und abgewehrte Ich-Spaltung eine Dynamik, die seines Erachtens als eine Mischform zwischen der schizoiden und der depressiven Abwehrreaktion angesehen werden kann.

Pohl (1972), wie manche andere Autoren, vermutet eine ,,gleitende Skala". Allerdings schon durch die *Freud*sche Erklärung (1894) über die Möglichkeit, ,,jenen Sprung aus dem Seelischen in die somatische Innervation" zu machen, ist die Lifthypothese vermutet, aber *Pohl* führt aus, daß psychische

Erkrankungen mit organischer Symptomatik sich vielmehr auf einer gleitenden Skala zwischen dem leichtesten aktualneurotischen Symptom und der schwersten psychosomatischen Reaktion bewegen.

Bei diesem theoretischen Überblick entsteht der Eindruck, daß sich ein Teil der Abwehr gegen die Regression im Bereich der Oszillationen abspielt, die in den Sektor der Anpassung an das extrauterine Leben, an die Gesellschaft, an den Prozeß der Humanisierung und Sozialisierung der Persönlichkeit fallen.

Meine Ausführungen scheinen auf den ersten Blick nicht viel mit Psychotherapie zu tun zu haben. Ich hatte jedoch die Absicht, die mögliche biologische Basis einiger Vorgänge, insbesondere der Regression und der psychosomatischen Prozesse zu erforschen. Ich habe einige ältere Konzeptionen erwähnt, und man kann diese Konzeptionen doch in Einklang mit der generellen Linie der Entwicklung der modernen Psychotherapie bringen.

Natürlich finden die Regressionen nicht so simplifiziert wie in meinem Schema statt, aber wenn es richtig ist, daß der sogenannte Normalzustand aus labiler Homöostasis des Input und Output der Reize und Informationen zusammengesetzt ist, wo die basimetrischen Gesetze nur das höchste Niveau als stabil gestatten, dann sollten wir versuchen, das alles in unsere Konzeptionen zu integrieren. Das könnte auch zu einer Grundlage der Diskussion über die Indikationen für klassische Couch- und moderne aktive Psychotherapie beitragen.

Psychosomatic Illnesses as a Defence against Depressive Regression

Ivan Milaković

In this paper the author studies the relation between psychosomatic diseases and depression. He gives a survey of some authors who consider psychosomatic illness as a defensive reaction against deeper regressions and desintegrations. Regression is to be seen in its different phases and its different forms as on a scale going from the neurotic phenomena passing by depression and ending with psychosis and death. This passage from one step of regression to another is determined by several factors. First the constitutional type, whereby the author considers regression dynamically, not as a static hereditary disposition, but as traces of the stages of phylogenetic and ontogenic development and their corresponding systems. The author states other factors of regression: traumatism and frustration. He tries to give a biological basis for the degree of regression which leads to psychosomatic affections. Biologically speaking there are determined organic processes which accompany regression, e. g. changes in metabolism. The author maintains that psychosomatic diseases are defence processes which tend to stop continued regression.

This movement is characterised by the oscillation between several levels or stages of progressive and regressive systems, either to higher or to lower ones. He compares this oscillation to a "lift" movement which glides between normality and deepest regressions. The author's intention is to forward a biological basis of psychosomatic illness and describes adequate forms of psychotherapy.

The "trigger" for this gliding into regression may be serious traumata, frustrations or other oscillations. The way back into normality and health starts, when progressive tendencies become predominant. This may occur spontaneously or abruptly, but also by therapy.

The author puts up a model for the gliding into deepest regression: An actual frustrating situation arouses latent regressive tendencies by hyperactivating aggression, vegetative exaltations et cetera. If it is impossible to stop regression by these activities, then there starts a prenatal resignation in the sense of suicidal phantasies. The next step according to the author, is a gliding into psychosomatic symptoms in order to stop further regression. Otherwise regression goes on to sometimes deepest depression and even desintegration of the individual.

The author then mentions *G. Ammon* and his concept of psychosomatic disease, the base of which is a narcissistic deficit in the ego-structure in the sense of a deficitary ego-demarcation which is responsible for all the other psychic diseases, too, with the psychosomatic symptom being an effort of the child to come into contact with his mother.

Summing up, the author admits that in this paper he does not consider any therapeutic aspects but rather his theoretical standpoint of the biological basis of psychosomatic diseases.

Literatur

Alexander, F. (1935): Über den Einfluß psychischer Faktoren auf gastrointestinale Störungen: Allgemeine Grundsätze, Ziele und vorläufige Ergebnisse. In: Int. Z. Psychoanal. (21) 189

Ammon, Gisela (1973): Vorstufen psychosomatischer Erkrankungen. In: Dyn. Psychiat. (6)11-32

Ammon, Günter (1974): Psychoanalyse und Psychosomatik (München: Piper)

Ammon, K. (1973): Die gestörte Mutter-Kind Beziehung als Ursache psychosomatischer Erkrankungen aus sozial-psychologischer und psychoanalytischer Sicht. In: Dyn. Psychiat. (6) 98-110

— (1975): Zur Psychodynamik von Suizidalität und psychosomatischer Erkrankung. In: Dyn. Psychiat. (8) 394-403

Bergler, E. (1944): Personality Traits of Alcoholic Addicts. In: Quart. J. Stud. Alc. (5) 434-449

Bruch, H. (1971): Obesity and Orality. In: Dyn. Psychiat. (4) 241-257

Burger-Piaget, M. (1947): Klinische Beobachtungen über fötale Regressionen. In: *Graber G.H.* (Hrsg.): Pränatale Psychologie (München: Kindler)

Conrad, K. (1963): Der Konstitutionstypus (Berlin: Springer)

Cremerius, J. (1968): Die Prognose funktioneller Syndrome (Stuttgart: Enke)

Fenichel, O. (1961): Psihoanalitička teorija neuroza (Zagreb: Med.knj.)

Garma, A. (1957): Oral-digestive Superego Aggressions and Actual Conflicts in Peptic Ulcer Patients. In: Int. J. Psychoanal. (27) 38-73
Graber, G. H. (1953): Entwurf zu einem Ausbau der Trieblehre *Freud's.* In: Psyche (7)365-379
Llopis, B. (1960): Das allen Psychosen gemeinsame Axialsyndrom. In: Fortschr. Neuro. Psychiat. (28) 106
Margolin, S.G. (1953): Genetic and Dynamic-Psychophysiological Determinants of Pathophysiological Processes. In: *Deutsch F.:* The Psychosomatic Concept in Psychoanalysis (New York: Int. Univers. Press)
Milaković, I., Ljubimir, I. (1962): Na tragu psihogeneze kod kroničnih gastričkih slučajeva (Auf der Spur der Psychogenese der chronischen gastritischen Erkrankungen). In: Neuropsihijatrija (10) 64
Milaković, I. (1967): The Hypothesis of a Deglutitive (Prenatal) Stage in Libidinal Development. In: Int.J.Psychoanal. (48) 76 (1976): Ispitivanje frekvencija antropometrijskih i psiholoških vrijednosti alkoholičara s duodenalnim ulkusom (Das Korrelieren der anthropometrischen und psychologischen Meßergebnisse bei ulkuskranken Alkoholikern). Dissertation (Zagreb: Univers.)
Noyes, H., Kolb, L.C. (1963): Modern Clinical Psychiatry (Philadelphia: Saunders)
Orgel, S. (1961): Régressions orales au cours de la psychanalyse des malades atteints d'ulcère. In: Rev. Franc. Psychanal. (25) 803
Overbeck, G. (1973): Über Gemeinsamkeiten von Ulkuskranken und Herzneurotikern im klinischen psychotherapeutischen Bild und in der Testpsychologie. In: Dyn. Psychiat. (6) 283
Petrilowitsch, N. (1964): Zyklothymie – endogene Psychosen von depressivem und manischem Typ. In: Fortschr. Psychiat. Neurol. (32) 11
Pivnicki, D. (1964): A Consideration of Constitutional Concepts. In: Psych. Quart. (38) 679–689
Pohl, J. (1972): Konversion und psychosomatische Symptombildung. In: Dyn. Psychiat. (5) 277–289
Renggli, F. (1974): Angst und Geborgenheit. Die soziokulturellen Folgen der Mutter-Kind Beziehung im ersten Lebensjahr (Reinbek: Rowohlt)
Rennert, H. (1965): Die Universalgenese der endogenen Psychosen. In: Fortschr. Neurol. Psychiat. (35) 251–271
Richter, H.E.; Beckmann, D. (1969): Herzneurose (Stuttgart: Thieme)
Saul, L.J. (1953): Psychosomatic Aspects of Peptic Ulcer. In: Samiksa (7) 255
Stern, M. (1953): Trauma and Symptom Formation. In: Int. J. Psychoanal. (34) 202–218
Zilboorg, G. (1936): Suicide among Civilized and Primitive Races. In: Am. J. Psychiat. (92)

Adresse des Autors:
Dr. Ivan Milaković
Lenjinova 9/p
7100 Sarajevo, Jugoslawien

Co-Therapy in a Group of Lower Class Psychosomatic Patients****

José Luis Gonzáles Ch.*, Rosa Doring**, Celia Diaz de Mathmann***

In der vorliegenden Arbeit berichten die Autoren über ihre Erfahrung mit analytischer Gruppentherapie im Rahmen der Mexican Association of Group Analytical Psychotherapy. Gruppenarbeit mit Co-Therapeuten hat mehrere Funktionen: sie überwindet die Einsamkeit des Therapeuten und entmystifiziert seine Omnipotenzphantasien; sie erlaubt die gegenseitige Diskussion der Gegenübertragung und dient als Instrument der Supervision.
Die Patienten der Therapiegruppe weisen überwiegend psychosomatische Symptome auf. Entsprechend der Kleinianischen Richtung der Autoren wird das Symptom als sadomasochistische Rechtfertigung aufgefaßt, die ein böses Objekt ersetzt, welches Lusterlebnisse und Gratifikationen von realen Objekten verbietet. Die Verschiebung des bösen Objektes auf den Körper und seine Organe bildet den Hauptmechanismus. Damit wird das verfolgende Objekt lokalisiert und eingegrenzt, die Bemühung, die Gesundheit wiederzuerlangen, auf den Arzt projiziert.
Interaktion und Kommunikation in der Gruppe intendieren die Erhellung und Durcharbeitung der pathologischen Mechanismen. Neben der analytisch-deutenden Arbeit wenden die Autoren eine psychodramatische Methode an. Die Patienten werden aufgefordert, ihre Symptome zu personifizieren, sie als Mitglieder der Gruppe in der Gruppe darzustellen und sprechen zu lassen. Dieses Spiel wird aufgefaßt als der Konflikt zwischen den im Symptom gebundenen destruktiven Tendenzen und den libidinösen Impulsen, die, bei den Patienten gehemmt, durch die Therapeuten wieder in Gang gebracht werden können.
Zu würdigen ist die von den Autoren hervorgehobene besondere Rolle der Co-Therapie in der Gruppe. Die psychodramatische Aktion dient nicht nur dem Individuum, sie hat darüber hinaus integrative Funktion: die Gruppe kann als ein Körper erlebt werden. Zu fragen ist jedoch, ob die Autoren nicht – auf der Basis des Triebkonzeptes – die Pathologie zu sehr in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit rücken, während den gesunden Anteilen des Patienten zu wenig Beachtung und Unterstützung geschenkt wird.

The Mexican Association of Group Analytical Psychotherapy has been working without interruptions for fifteen years. Two years ago we created a clinic to serve the community; it is located in a populous zone of Mexico City and the neighborhood belongs to the middle and working class.

In this building we perform the tasks of the Association: psychotherapists formation, training, research, group treatment, couples and family treatments and occasionally individual treatment for short terms. The clinic does not give free services; patients pay according to their economic possibilities, from one dollar to twelve dollars per session.

When students enter the institute they already have a Ph. D. in clinic psychology or psychiatry and they have a minimum of two years in group analytical treatment, which we consider to be a good warranty in terms of a sound formation. The members of the Association and the students work at the cli-

* Professor, M. D., President of the Mexican Group Psychotherapeutic Association, Mexico D. F., Mexico
** Mitarbeiterin von Professor González, Mexico
*** Mitarbeiterin von Professor González, Mexico
**** Vortrag gehalten auf dem X. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), 8.–12. Oktober 1978, Kongreßhalle Berlin.

nic. Generally we work in co-therapy: one experienced therapist and one or two students. We think that co-therapy diminishes the loneliness of the therapist and demythifies the omnipotent and idealized image of the lone therapist. After the sessions, the therapists draw up a short note about the dynamics of the session and they discuss the countertransference between themselves and with the patients. Even though this interclinic dialogue has also a cross supervision function, the advanced student has also a group clinical supervision.

The group we are going to talk about was started ten months ago. At the first session we had two patients, and now we have an average of twelve patients in which the most relevant symptomatology is psychosomatic. It is an open and mixed group, even though there are more women. The age of the patients ranges from twenty to fifty years, and there is a cultural level higher than the average. We are a male therapist and two females. We have a two hours session every week. Our patients have cardiac neurosis, serious paroxystic tachycardia with hypertension, ulcer, dermathitis, osteophorosis of the spine, hypertiroidism, epilepsy, headaches and gynecological disorders. We have also an alcoholic homosexual. The psychosomatic symptom is multidetermined, and it is "called on" as a sadomasochist justification that substitutes a bad object that prohibits pleasure gratifications given by life and real objects. It serves as a displacement of this object on the body and its location is in the ill organ. The painful symptoms serve to permanently mantain a state of alertness from which the ego gains some psychic relief. Thus the persecutor is located and controlled. In this way, the patient has the illusion of defending himself or can project on to the doctor or medicine the efforts to gain health. Discharging the psychic tension, the economy side of the symptom they avoid a life with intolerable psychotic type states. At other times they go through psychotic states and somatization as an escape from those situations, projecting on to the body or the organ or the organic system such conflicts. All the patients suffered severe affection deprivations in their childhood and that is why they dealt so well with their precarious solutions.

The session of August 6, 1978.

Dr. Chávez, group patient, communicates: ,,I've been aware that when I am in stress I feel feverish. I made a lot of studies on myself and I thought it was an illness, but now I realize that it only happens when I'm worried".

Cata, a patient coming for the first time: "I came here because a week ago I got angry with my sister and then I began to cry and scream like mad and my hands became crisped, which is something serious because I'm a pianist."

Rosalba, 23, student at the university, whose twin sister died at birth: "I have all my neck and my tongue numb since yesterday, and I was thinking of visiting a neurologist because it has happened several times".

Gildardo, 20, coming from a peasant family and now a linotypist "What happens to me is that if someone comes near me, for instance in a bathroom in a movie theater, I can't urinate and then I feel a pain in my bladder." Silence. One therapist to the rest of the group: "And the rest of you? What happens? What is hurting you?."

Lola, a very beautiful patient with a masochist relation with her mate, who occasionally beats her: "I have a headache, I'm dizzy and I want to vomit."

Mireya, a young girl who has accomplished a lot of changes after missing for three weeks: "I am very well. In Italy I could talk with all my family and for the first time we told each other some important and serious things about ourselves. All this I owe to the group. I missed you a lot."

Javier, who has a cardiac neurosis which makes him stay in bed all day and usually arrives at the session with an adult, who takes care of him: "I have a lot of pain in my heart. I have sharp pains and now I think it's almost for sure I'm going to have a heart attack. I feel very anguished and I can't stand it any more."

Psychologist Juan José, patient: "I have amoebas and my stomach hurts so much that sometimes I think it is an ulcer".

Miguel, homosexual and alcoholic patient: "I haven't drunk anything all this weekend and today I have a terrible headache. I was all the time waiting for a phone call which never came..." One patient to Miguel: "So now you have a hangover for free".

Gabriela, who has a lot of trouble forming a relationship: "All my body hurts, I finally moved to my new home and I'm exhausted".

A therapist: "I think that if we gather together everything which the group is saying, something unspecific and monstruous is going to be formed. If we gather everything together we could create some sort of Frankenstein...".

The therapists look at each other, agree to make a game and they propose it to the group: "Now you are going to sit in the center of the room forming a circle facing outside. Each of you is going to talk from your organ or from your symptom. Let's see if that can help us to understand what is happening here. Javier, because you have more anxiety and yours is the main organ, the heart, you are going to be in the center, first, and the others around you".

Verbalizations during the game

Javier-heart: "I'm very ill, I can't stand it any more... I'm a heart, but I can't stand Javier. He blames everything on me. Live your life, Javier, and don't bother me with your things: I have a lot of work to do. Therapy is not going to be of any use to you. Javier, change your symptom. I's better for you to have an ulcer and leave me alone. Stupid therapists, they think they can cure you! They can't, neither you nor anyone else. Enough, Javier, mind something, do something and don't think I'm going to fail. Sleep forever, lay down! (Sleeping and drinking we feel much better)...".

Javier begins to cry a lot. Dr. Chávez-low fever: "I am the fever symptom and almost an illness; I can make anyone feel very bad, but I am nothing. I am inside this man to make him feel sick. Better yet, he calls me when he is feeling sick, and in that way I can exist. Maybe he is going to change me for another symptom and in that way he isn't going to need me any more".

Rosalba-numb portion of the brain: "They are divided parts that one wishes were dead, but you have to make an effort for them not to sleep too much, because if not you might remain divided and that could be very dangerous".

Gabriela-body-ache: "Gabriela forces me too much, without considering my limitations. I'm going to recover gradually...my tiredness is also going to be good for Gabriela's independence".

Miguel-headache: "I'm a headache and other pains in the body, like gas in the intestine, and I bother you, Miguel, for all the time that you spend thinking of finding someone to share your life. I bother you for the great efforts you make to stay off alcohol and pills; to work, to disguise your homosexuality; to keep yourself active. I am going to continue bothering you as long as you make so much effort to do everything".

Lola-headache: "I am a headache and I bother Lola because she always wants to run away. When I arrive, she sleeps in a cold place with no doors. Today I am bothering her even more because she is questioning her life – she doesn't know what she is going to do, where she is or who she is".

Cata-nerves: "I am the nerves that invade all the body and concentrate in her hands because I know they can do a lot of things. In that way I do not permit her to express herself playing the piano. I don't want her to be herself in front of others. I am itching her hands, so they can become stiff. I insist in staying here; she wants to throw me out...I want to destroy. I am her nerves and each day we are growing stronger".

Mireya-swollen heart for generations: "I don't want to be like this because I am good, healthy and strong. I know that you, Mireya, will break the chain and I will be uninflamed again. I do believe in therapy and I don't want to stay here with another sick heart".

Dr. Chávez-fever: "I'm the fever and I don't agree with the last organs that spoke. They use us and they call us, they use us as an excuse; I wouldn't intrude, but this guy keeps calling me. And you, nerves, you, headache, all of you are being used to solve their problems better still, this guy needs us to protect himself and not solve anything".

Gildardo-bladder: "I'm very important. If I don't let the urine out, I piss you off. One of these days I'm going to make you urinate in public, so you can feel very bad! You have been two years without intercourse and that is a problem you make for me!".

Juan José-amoeba: "Look, Juan José, when you are not getting along well, you call me. I'm always within you, but when you are feeling dead, you call on me. You seem to fail, you are angry and you take it out on me. To get rid of

me, you have to get rid of your angers and troubles, but you prefer to stay like this".

Heriberto, foreigner who came in late to the session: "I am anxiety, pain or nerves. I always have trouble to decide what to do; we have to make decisions and I think that what is important is to see that in the world there are lots of things not well done and they are everyone's afflictions. Why can't we channel all that energy in some other way so that there wouldn't be sick bodies? Every time you have a personal achievement, you feel guilty; you feel fine, but the others, how are they? And the greatest anxiety is the fear of being consistent with our thinking, because the psychic and mental reprisal can be too strong. It seems that we have to decide on which side we have to stay".

Total silence. One therapist: "Each one can return to his place, because I think you are very uncomfortable".

Another therapist: "I think they should not move because they are going to go out of their character-organ".

The group stands. Some of them smoke, everybody moves and they begin to look at and talk to each other.

A third therapist: "Well, the circle has been dissolved, but now it is interesting to see why you were so uncomfortable".

One patient: "I was willing to touch the others, but I was afraid.

Another patient: "I was about to scream when X spoke, but I thought I had to resist and I felt very bad".

A third patient: "I felt very uncomfortable because I felt that if we continue so close to each other we could become infected with the symptoms of the others".

One therapist: "You are saying that you were deprived of skin contact, which is something that you desire and repudiate at the same time. The important thing is that when you were so close you felt fear of going mad".

Mireya: "How am I going to live with my heart un-swollen? That's what I am trying to do, but it is sad to be different from my parents".

Lola: "I don't want to die of cancer, all 'split up' like the rest in my family".

Miguel: "When one of you spoke, I also felt my hands going numb."

A therapist: "Yes, when the different organs began to speak, there was a regression which could be entangled with death".

Gabriela: "I didn't want to lean on Javier, because he was inviting us to death".

Gildardo: "I didn't know why, if I was speaking from my bladder, the seminal cells appeared...".

A therapist: "It was a non-conforming body, no one could lean on the others nor establish a dialogue with the rest. In everybody there was a muscular tiredness which could have been produced by fever, nerves or anguish. Half of the numb brain-dead twin sister – is the group division sensation, in which everyone feels split up. In everyone there was present a repression to expressing what you really felt – desires to touch each others, to scream, etc. – but I

think it all has to do with things that we can't share here. That's why we're still sick. For instance, Juan José, you have the amoeba almost as your friend; it serves you not to pull out of your problems. The amoeba and you are symbiotized. All of you use the headache and other symtoms to not solve some vital situations".

Some patients make associations, along the lines of this last interpretation, and a common denominator amerges: in order not to piss off on someone else, I piss off on myself.

A therapist: "There is a dissociation of the organs. What is going on here are the repressed things – screaming and crying. You are trying to behave nice for the therapists, you are hiding a lot of things. It is a sulky-boy group saying that we don't take care of them as we should. If you continued speaking from the painful organs, it would be like the image of a mother giving birth to you again, but this time healthy".

Lola: "Well, I know something that makes me furious; that therapist X is pregnant".

Some patients speak about their transferences with the three therapists (ambivalence, symbiosis, anger and some affection). Then they speak about their mothers, about the time in which they had little siblings, etc.

Javier: "I would like to crush all pregnant women to burst them like cockroaches".

Miguel to the pregnant therapist: "I have a feeling, I think you are not going to be able to work good any more, you are not going to care for us".

Gabriela: "Besides telling you that I have already left my home I want to tell, you that next month I'm going to start studying X career and I can't be here with you any more. I am going to ask for a change of group, because of the hour".

A therapist to Gabriela: "It hurts you so, but you can't put into words, so you pass it all to your muscles".

Javier, crying a lot: "I think that my symptoms exist so I won't fall into a psychosis. I don't want to go back to the asylum, but I don't want so feel this anguish either. I want the male therapist who is the real mate of the pregnant therapist to give me some injection to be sleeping all day".

Miguel to Javier: "I used to say, also, that with alcohol I was very calmed down, but that is not really living".

Heriberto: "Nobody pays attention to me. The male therapist scarcely said something about me".

One therapist: "Cata, being new, was able to make herself audible in this place we breast feed those who yell".

Javier cries a lot, he defies the group and announces that this is the last session; he only wants the injection prescribed by the male therapist to keep him "sleeping all day".

One male therapist to Javier: "I see you identify with the new baby; you would like to be inside this cockroach, find shelter there and then be born again, so your story could be different".

Several patients remind Javier of his fantasy to be reborn, as a son of very important parents, on a higher economical level, and above all, with a white skin. The group remains thinking, silent, and we end the session, which surely we will have to elaborate on with more details very soon.

Psychodynamics

At the session we just described, all the patients referred to some sort of corporal trouble, and that is why we proposed the psychodramatic game. The group as a whole worked without resistences, because in previous sessions we used mobilization techniques in which even we therapists took part, sometimes interpreting or playing the role of one of the characters. Sometimes, when one of us feels that the countertransference is too strong, he begins a dialogue with the other therapists, doing the interclinic dialogue in front of the group. This serves to show the affective reactions, mainly of anxiety, with which the patients invade us projectively and which one of the three therapists perceives with special acuteness. The patients tend to project in massive form their good and bad objects, intolerable aspects of their passivity or elations as a maniac defense to avoid the unbearable depression that sometimes they feel. Such projections are loaded with death instinct and, among other things, they have the purpose of dissociating and making the therapist feel ridiculous and impotent, attacking violently his thinking, so he becomes confused. Those are moments of great increase of anxiety caused by persecutory figures introjected in the patients and which are related to somatic conversions perceived as very menacing. The therapist's dialogue, in front of the group, surprises the patients and they listen to it with great attention. Thus, it becomes a deep interpretation of their unonscious motivations – desperate and useless efforts to free themselves projectively from a traumatic inner situation, trying to avoid the painful elaboration process. The somatic complaints with which the session begins show a destructive and dissociative moment in the group, in each self occupied with his symptom, can't perform an optimum group work. We know that the task implies the active participation of communications, interchange of opinions, feelings, dreams permanently related by the patients among themselves and from them to the therapists. These are the libidinal circumstances in which appear the best moments of group cohesion.

The session described followed another session in which we noted: "The group was aggressive and resistant; everybody spoke of conscious missions. A fantasy of contamination prevailed; the problems of the other patients can hurt them instead of helping them. They project their bad objects, to which

they are subjected, to the therapists, whom they feel sadistic and powerful. – They can be exterminated by them – that is why they defend themselves, missing communications and planning to escape from the group". All this, together with the presence of a new patient, gave as a result to this session, a dissociative modality. Besides, there was the group's "unconscious knowledge" of the pregnancy of a therapist, married to the male therapist, and that is why the group fears she is going to abandon them.

We proposed a "symbolic dramatization" to unite them in a common task, showing, in addition, that the dissociative moment creates a "group-monster" who, as Frankenstein, is capable of having noble feelings, but in whom predominates his origins: lack of loving affection disintegration, etc. and who hates vengefully, as the only recourse that would justify his existence in this world that has shown itself to him so hostile since his creation. The patients integrated and creatively undertook the task. The first dissociative impulse found in the dramatization, the first attempt for cohesion was when they spoke naturally and orderly as dissociated and scattered organs belonging to a body which is monstruous because there is no coordination in its functions. At the beginning there was a body-group demoniacally possessed by beings which attack it from the inside and threaten it with destruction and total anihilation. The therapists, together with the libidinal impulse, participate in the exorcism and thus the session begins; the organs speak, laugh and make fun of their owners and the therapists. Each of the patients begins a struggle between the life and death instincts; primitive anxieties dealt with paranoid defenses which, because of the insight, carries them to depressing situations which will be elaborated on later and will integrate a group-body less somaticizing. The group represents the division between body and mind, in which the organs are beings who dialogue from the inside.

Javier starts the dialogue, as a representative of a vital organ and depositary of the persecutory anxieties of the group. His heart speaks with the body showing the way in which his introjected objects threaten him with death, destruction and inertia; like a demoniac scoffering object that sometimes joins with the life impulse and tries to rescue the body, which is the battlefield of the life and death pulsations. Apparently begging, it asks for a truce and invites all the rest of the organs to join in the destruction, seducing Javier to "sleep forever" like he did with his mother in his symbiotizing situation. Javier, heart of the group, begins to become discouraged and tries to impose the death impulse, nullifying the task of the therapists. The life pulse makes it self present when the tries to displace the libido deposited in the organ to an activity: "That's enough, Javier, take over, do something" and ends in a restoring depressive position: "Javier cries a lot". Then the fever speaks like another object called up by Dr. Chávez when he is anguished, evoking old fevers in his primitive object relationships, and comes to an end with a hope for life: "change of symptom, or no symptom at all, because he doesn't need them any more", since the therapeutic treatment is being successful.

The brain warns the symptom not to be there very long because it could be dangerous. It is necessary to make the rupture and work on the mourning. The muscles offer, also, a way out "changing home and recovering gradually", which will lead Gabriela to her independence. Headach torments Miguel and neutralizes his efforts to free himself from homosexuality, which is a defence that protects him against other gastrointestinal somatizations. To the headache of Miguel is added Lola's cephalalgia, which keeps her in a state of confusion preventing her from freeing herself from the masochism with her mate. The conversive symptom of the new patient is the beginning of what the group is living at this moment. It is still avoiding destruction through the hysterical paralysis, but the symptom predicts an acquisition of more strength in order to hurt the body even more.

Mireya, integrating herself in the body-group obtains an organ identity and she doesn't speak from the body of a woman who comes back grateful and full of life, but from a swollen heart, which being precariously rescued is invaded by the destructive impulse and from there mantains the desire of freeing itself from its persecutor: "I'm going to get better, I do believe in therapy".

Dr. Chávez, the fever, who insists on saying that the symptom is in turn a victim, is called in to mediate in this struggle. Gildardo shows how the symptom, placed in the bladder, covers a narcissistic desire, even more feared by the patient: a desire to exhibit his penis, thus denying his fears of castration and homosexual submission to a distant and desired father. With his intervention, Gildardo confirms what Dr. Chávez said: "the symptom is used to cover some more painful situations".

Juan José, in his relationship with the amoeba, lives a symbiotic idyl with a fantasied and idealized object, because he was an abandoned child and orphan of his adoptive parents.

Heriberto, from his objective anguish tries to unify this group of organs and seeks some other solution, but he is afraid, and doesn't know on which side to be. At this moment the group dissociates; the fear of being invaded totally by the great body-group and the fact of establishing contact with their inner persecutors was like going mad, leading them to phobic behaviors of contact and a longing for integration to give support to those divided parts. There is fear of being born again, from a hated mother who symbiotizes them and stops their growth, converting them into a demanding and whimsical baby-group, who rejects the therapeutic work for pure retaliation. The game allowed them to abreviate the verbalization of the unconscious fantasy of each of them. It gave a total image of a group which somatizes and which shows in one session the mechanisms that are present during life to maintain an adaptation in which a weak self makes a transaction with the symptom in order not to be anihilated by the punitive superego, representative and depositary of the original couple.

When they were together without contact they felt uncomfortable. There were two emergents: Javier, who identified himself with the foetus and wanted to take its place in order to be born again with a different psychic structure, stronger. The second emergent was Lola, who because of her symptoms, identified with a pregnant mother, at the same time rejecting deeply her creative condition and her destiny as a woman. At the end there was the unconscious knowledge – which today was made conscious – of the pregnancy of one of the therapists who was the organizer of this and the previous sessions. The patients live with hate, rivalry and jealousy, the creative capacity of the pregnant therapist and, just like their own past, they fear the forlorness, the displacement and the sorrow of being overthrown and thus feeling deeply alone, with all their problems transformed into symptoms.

In the session that followed the one described here, we noted: "The group was integrated, they were relaxed, they made contact with each other, they talked about their intimacies, they spoke about pregenital sexual matters, telling dreams and communicating with the therapists in a relationship in which the persecutor anxiety was notably diminished". Generally, the symptoms range from a totally hysterical behavior, to alarming manifestations of ego dissociation with fears of madness, of autodestructive contents, very intense, of the predominance of the death instinct, giving a hope of healing as a general evaluation, thus qualifying more the group as neurotic than as psychotic. The common subject is that the symptom is "called on" and that the sick personality uses it for different purposes. In fact it is an inversion, the symptom is the equivalent of an inner prohibition of pleasure, life and creativeness. It is an internalized bad object which prohibits satisfaction and blocks genitality. We agree that the symptom serves as a justification for their failures. Here they also invert: the symptom makes them fail and substitutes the infantile prohibitions of independence and freedom.

Co-Therapie in einer Gruppe psychosomatisch reagierender Unterschicht Patienten

José Luis Gonzáles Ch., Rosa Doring, Celia Diaz de Mathmann

In der vorliegenden Arbeit stellt der Autor die analytische gruppenpsychotherapeutische Arbeit vor, wie sie im Rahmen der seit zwei Jahren bestehenden Klinik in Mexiko-City durchgeführt wird. In der Klinik wird entsprechend dem Konzept der Mexikanischen Association of Group Analytical Psychotherapy die Ausbildung von Gruppenpsychotherapeuten mit der praktischen Behandlung von Patienten verbunden. Die Klinik bietet den Patienten neben Gruppenpsychotherapie auch Partner-, Familientherapie sowie Einzeltherapie an. Voraussetzung für die Ausbildung zum Psychotherapeuten ist die abgeschlossene Ausbildung zum klinischen Psychologen oder

Psychiater und eine zweijährige Teilnahme an einer analytischen Gruppentherapie.

Ein erfahrener Psychoanalytiker arbeitet mit einem Ausbildungsteilnehmer zusammen in einer Therapiegruppe. Auf diese Weise wird sowohl die Einsamkeit des Therapeuten verringert als auch die Gefahr vermindert, daß der Therapeut als omnipotent erlebt und idealisiert wird. Die in der Zusammenarbeit gemachten Erfahrungen können darüber hinaus in einer Supervisionsgruppe der Therapeuten bearbeitet werden, wodurch eine weitere Ausbildungs- und Lernsituation für die Co-Therapeuten gegeben ist. Der Autor berichtet ausführlich anhand von Auszügen aus Gruppenprotokollen über den Verlauf einer Gruppe von zwölf Patienten, die alle psychosomatische Symptome haben, darunter z.B. Herzneurose, Ulcus, Epilepsie, Kopfschmerzen, gynäkologische Beschwerden, und außerdem befindet sich in der Gruppe ein alkoholabhängiger Homosexueller. Die Patienten kommunizieren zunächst hauptsächlich über ihre Symptome und verschaffen sich so psychische Erleichterung mit der Illusion, am Symptom vom Therapeuten Hilfe zu bekommen. Die Patienten sind zwischen zwanzig und fünfzig Jahre alt. Sie haben alle in ihrer Kindheit viel Leid erfahren und können psychotischen Lebenssituationen durch ihre schweren psychosomatischen Symptome ausweichen.

Im Verlauf der Gruppensitzung schlagen die Therapeuten den Patienten vor, psychodramatisch in der Rolle ihres jeweiligen Symptoms zu sprechen, wobei dem Patienten mit der Herzneurose die zentrale Position zugewiesen wird. Es gelingt den Patienten in dieser Sitzung, eine verschlüsselte Auseinandersetzung zu beginnen, über die sie sich in der darauf folgenden Gruppensitzung freier und offener äußern können, als das vorher möglich war. Die Therapeuten stellen sich mit ihren eigenen Gefühlen aktiv und direkt der Auseinandersetzung. Durch diese direkte Beteiligung der Therapeuten kann sich die Gruppe schließen und konstruktiv zusammenarbeiten. Die Versuche der Patienten, die verschiedenen Therapeuten gegeneinander auszuspielen, können aufgefangen werden dadurch, daß mehrere Therapeuten mehr wahrnehmen können und sowohl in der Gruppe mit den Patienten diese Versuche aufdecken als auch in den gemeinsamen Supervisionsgesprächen bearbeiten können. Die Arbeit schließt mit der Darstellung der Entwicklung des therapeutischen Prozesses dieser Gruppe ab.

Literatur bei den Autoren

Adresse der Autoren:
Professor José Luis González, M. D.
Rosa Doring
Celia Diaz de Mathmann
Amsterdam 721-401
Mexico D. F.
Mexico

The Teaching of Dynamic Psychiatry in Medical Practice
Expectations, Pitfalls and Contradictions in Teaching Dynamic Psychiatry**

Dan G. Hertz*

Der Autor setzt sich in der vorliegenden Arbeit mit der Einführung der Dynamischen Psychiatrie als Unterrichtsfach innerhalb der medizinischen Ausbildung auseinander und vertritt die Auffassung, daß diese nicht nur als eine spezielle Disziplin gelehrt werden kann, sondern einen integrierten Ansatz zum Verständnis menschlicher Krankheiten darstellt.
Dabei stellt sich dem Autor die Frage, ob Dynamische Psychiatrie allein auf kognitivem Weg zu vermitteln ist oder ob nicht immer auch eine emotionale Erfahrung damit verbunden sein muß. Er erhebt innerhalb eines universitären Studiums die Forderung, daß Dynamische Psychiatrie nicht auf die Vermittlung von psychoanalytischer Theorie und psychologischen Fakten reduziert werden kann, da es um die Frage nach der Identität des Arztes geht.

During the past twenty-five years medicine and medical teaching have developed into many different spheres which previously would not have been considered areas of the medical profession.

Contemporary medicine, with its manifold ramifications ranging from biology, genetics and biostatistics to anthropology, sociology and epidemiology had to recognize the primary and central importance of the study and understanding of human personality and human ecology. The theoretical thesis has repeatedly been stated, that without adequate understanding of the human habitat and without perceiving the characteristics of the human organism and environment, the physician can no longer fulfill the expectations and needs of society in the performance of the traditional tasks of diagnosis, cure and prevention of illnesses. To what extent this statement has been implemented in reality or stayed in the realm of lip-service only, remains to be discussed here today. With the exception of a few progressive medical schools psychiatry was too often approached and taught as a speciality which has to be separated from physical disorders. This led to an artificial dichotomy between organic and functional illnesses, instead of the attempt to integrate the two as aspects of the same whole.

The result is that the physician has not only obtained an extremely limited knowledge about the emotional aspects of human life in health and disease, but has become often affected and even prejudiced by the lack of understanding and interest in the psychological aspects of medicine. The need for the

* Director of the Psychiatric Clinic and Psychosomatic Research, Hadassah University Hospital, Jerusalem, Israel

** Vortrag gehalten auf dem IX. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), 10. –. 14. Juni 1977, Deutsches Museum· München

teaching of psychiatry not merely as a discipline by itself or as a speciality, but as an integrated approach toward the individual who has an illness, has been repeatedly stressed by psychiatrists, psychologists, social scientists and medical educators all over the world. I would like to express the hope that the present symposium will add an additional impetus to the colloquia held on the topic of teaching dynamic psychiatry.

The educational process in psychiatry

The present paper deals with the contribution of dynamic psychiatry to medical education. For the purpose of semantic clarification it must be emphasized that when speaking about the teaching of dynamic psychiatry I refer to four different target groups of students. All of them are considered members of the same profession but on rather different levels of motivation and commitment to the study of human behaviour, namely the medical student who has not decided yet about his professional future, the primary of family physician whose practice expose him to a wide scope of emotional problems, the hospital physician of different specialities whose orientation is far from medical psychology, and lastly the physician in training to become a psychiatrist.

Some of the educational observations and aims are interchangeable; others however are specific to the different subgroups. In addition to pointing out the goals and achievements of dynamic psychiatry, I shall center around some contradicitions and pitfalls which might be connected with the teaching of dynamic psychiatry.

The basic academic purpose of the teaching is to provide the physician with a reasonable knowledge of the facts of human nature. The clinical aim is to confront him, through specific clinical experience, with the problems of his patient as a person and to promote basic understanding and judgement in managing the doctor-patient relationship.

The modes of psychiatric education

Can psychiatry be taught at all? This question was strongly debated some years ago by Grete Bibring at an educational conference at the Harvard Medical School in Boston. She makes a firm distinction between the different aspects of teaching. She differentiates between the teaching of content and a completely different type of teaching, which she defines it, as "the education."

The teaching of content is essentially directed toward offering information and reducing ignorance. This type of teaching can even utilize the psychotechnology of learning and computer-aided techniques. The acquisition of

this kind of knowledge depends only on the ability to comprehend, on memory and to some extent on repetition of the same information.

A completely different level of teaching is "the education" which deals with attitudes, with the mode of approach, the "art of utilizing one's knowledge" which for psychoanalists is one of the central issues. A more pragmatic approach includes three major objectives in the teaching of psychiatry: conveying knowledge, providing skills and the teaching of their application, and helping to develop proper attitudes (*Report Conference Psychiatric Education,* 1951; 1953; *Hertz,* 1967) Knowledge, however, does not only mean the provision of basic information. It should also include in addition to the factors which influence adjustment and maladjustment (constitutional, organic, psychological, social and environmental factors) the development of the human personality as a psychobiological unit functioning in relationship to his lifesituation. Knowledge also means understanding one's own cultural setting and the processes of social interaction and communication. The teaching of skills can not be limited only to the specific methods used by psychiatrists, like observation, history taking, interviewing and empathy. It also comprises the development of the ability to understand human behaviour.

Although the approach of teaching attitude sounds rather programmed, it includes the personal respect for the patient. It also requires alertness to the patient's emotional reactions and the recognition of the student's own assets, limitations and personal attidudes which might influence his functioning in the role as a physician. The young physician is faced with the difficult task of trying to understand and utilize psychodynamic concepts in the realistic common-sense context of his previous life experiences and training. Therefore it should be required that psychodynamic theory be formulated in really intelligible terms and be free from misleading ideas (as far as possible). This should help to reduce the time and effort which is sometimes required to correct the false expectations aroused by misleading formulations.

The dissent on "dynamic psychiatry"

In utilizing principles of psychodynamics, an effort should be made to distinguish between dynamic psychiatry and psychoanalytic theory. Recent publications emphasize the danger of confusing psychodynamic psychiatry with psychoanalysis (*Hoppe,* 1975). *Zetzel* objects to the term "dynamic psychiatry" as a substitution of psychonanalytic reconstructions for, the teaching of clinical psychiatry. She rejects the idea that psychoanalytic training almost automatically equips the physician or student to be a competent diagnostician, a good psychotherapist or psychiatrist (*Zetzel,* 1958).

According to *Loewenstein,* the personal analysis can diminish the physician's fear of empathizing with his patient's unconscious reactions and will supply him with first hand experience of some theoretical concepts. Howev-

er, it can not be considered the answer to all problems. Specialized training accompanied by formal instruction in theory, clinical work and technique is needed in the teaching of dynamic psychiatry. Clinical observations must bring the student of human behaviour away from the sole theoretical propositions back to concrete and specific factors (*Loewenstein,* 1968).

Lawrence Kubie is of the opinion that dynamic psychiatry reflects an effort to find "explanations of psychological events in the interactions among prior psychological experiences and their after-images" (*Kubie,* 1968). *Loewenstein* thinks that the name "dynamic psychiatry" takes into consideration "the effects of unconscious psychic forces on mental illness." Discussing the term "dynamic psychiatry" *Kubie* interprets the word "dynamic" as the transition from description to explanation. He warns about the dangers of description as it does not automatically offer explanatory values.

Psychological changes can not be only taught in purely psychological terms. When physicians are confronted with the nature of psychopathological unconscious conflicts, the resonance of one's own problems will be elicited and together with it the counterphobic defences against their emergence.

"Maturational process" in psychiatric education

The question has to be asked whether it would be possible to teach dynamic psychiatry without involving the student or physician in some form of therapeutic experience. According to *Kubie* only preconscious processes are dynamic. Therefore dynamic psychiatry can be taught only through confrontation with the flow of preconscious psychological factors (*Kubie,* 1968). This educational experience is comparable to an emotional experience like identity formation in adolescence. Through mastery of those experiences maturation will be reached. This is also advocated by *Zetzel* in her quest for the maturational experience of psychiatrists in training (*Zetzel,* 1968). In teaching patient-physician relationship the student must understand the nature of the relationship and also the dynamic factors that influence it both, in the patient and in the physician. Theoretically and practically certain basic principles have to be presented: Emotional experiences exert influence on the total psycho-biological functioning of the individual. Hostility, anxiety, frustration, produced by the manner in which the physician relates to the patient may modify or enhance physiological processes, and in selected cases even initiate them.

The patient, the student and the physician as individuals are subject to specifically characteristic reactions to disease. These reactions are influenced and formed by our own life experiences. Acceptance of the existance of such dynamic factors in ourselves should lead to the appreciation of the patient's reaction which originate from the same dynamic processes.

Finally, as teaching involves not only the spoken word but setting an example, a positive model for identification has to be available to the student in regard to his interaction with his patients.

How can the core of the physician's identity be defined? The basic goal centers around the capacity to understand one's self and understand others. Without the capacity and experience of the human encounter between the student and patient, physician and family, doctor and the community, the student could not properly develop into a physician, the physician will not be able to deal with the tasks of the primary physician and the developmental process of the psychiatric resident will be arrested. The process of understanding others and oneself is lifelong, it is affected by constant changes of progress and retreat, consolidations, repressions and renewals (*Bandler,* 1970).

The educational maturation which affects medical students, physicians and psychiatristes could be schematized through the following threestage development:

In the beginning the physician tends to deny the patient's feelings and the depth of his problems. He might define the therapeutic goal too optimistically, contrasting his own feelings of helplessness and anxiety about dealing with the patient's problems.

In the second phase the physician reaches the level of understanding of the psychological terminology and also learns its application. At this stage an alliance will be formed with the patient. However, through identification with him, the physician might tend to agree that his patient's problems are only external.

The last phase of the educational maturation is reached with the reevaluation of the total cure-fantasy. It ends with the painful realization and acceptance of human limitations and those of therapy as well. Thus the teaching process becomes an often difficult introduction to the complexity of human behaviour and to the process of helping people deal with their life problems. Through this process the student will become more aware of the pathological life style of this patient, of the need to recreate old pathological situations and of the resistence to change (*Hamilton,* 1970; *Hertz,* 1974), despite the request for it.

Discrepencies between medical and psychiatric approaches

In spite of the theoretically well defined ideals and goals of psychiatric education one should not fail to mention the difficulties which often arise in the implementation of principles of dynamic psychiatry. Part of these problems are related to the traditional differences between medicine and psychiatry. Medical students and physicians are approached with a completely different set of behaviour and level of functioning during the teaching of dynamic principles.

The major contradictions between medical and psychiatric functioning center around the following areas:

Clinical medicine advocates the cause and effect approach which often is conflicting with the flexibility required of the psychiatrist appreciating and understanding the life-patterns of his patient. The primary physician is required to make a switch from the ideal clinical clarity which has been the basis of his professional functioning to the area of dynamic psychiatry which unavoidably and constantly deals with ambiguity. How readily can clinical experts accept the sudden switch in their activity patterns and become more passive observers? Most medical specialities are based on swift decision making and quick results. The confrontation with a completely different type of data collection and therapeutic approach precipitates inner conflicts of the student of dynamic processes. Another area of conflict may develop around the question of maintaining professionality and at the same time not withholding expression of human concern for the troubled patient.

An additional and very specific problem might arise from the difficulties in dealing with the physician's own emotions when he is confronted with an attempt to involve him personally in a transference situation. Naturally, the psychiatrist is also not free from such conflicts, his prolonged training however can provide him with more satisfactory solutions to problems of counter-transference (*Bibring*, 1968, *Zinberg*, 1964; *Hertz*, 1974).

Problems of communication

This topic has already been mentioned before when reservations were expressed about the value of presenting psychological explanations as a teaching method. However, the issue has to be completed with the definition of patterns of communication between psychiatrists and nonpsychiatric physicians. Difficulties of communication between different disciplines usually mobilize the following major defences: projection and displacement (blaming others for feelings of unfulfilled expectations), rationalisation (offering well-formulated explanations to avoid the feeling of impotence and failure) and avoidance (withdrawal from a relationship which is a source of frustrations).

Dynamically oriented psychiatrists often tend to blame other physicians for having limited ability and time to listen their explanations. They might also avoid confrontating their colleagues with their anxieties claiming, that they might become hostile.

Physicians are eager to receive answers to immediate managment and operational problems. When their expectations are not fulfilled, they become reluctant to learn psychological principles. Partly due to their past educational experiences, physicians become disillusioned when their psychiatrist-teacher does not offer "instant solutions." The use of psychological jargon and the exaggerated level of abstraction of the psychiatrist is a repeatedly and intense-

ly voiced objection of the student. These factors minimize the chances of communication and often lead to the point of incomprehensibility.

Physician students often feel that they are overwhelmed with explanations which they are unable to apply practically. They also might criticize us for lack of humility. In voicing their criticism the facade of superiority of the psychiatrist is often presented. The complaint is often heard that the psychiatrist delivers a "message of salvation" without provision of the help other physicians hoped for. If our students experience a combination of expression of hostility and pity towards them they might reject our teaching efforts and tend to ridicule dynamic thinking (*Hertz,* 1974).

Pitfalls of psychiatric education

The extent of the contribution of dynamic understanding to the success or failure of medical education can best be measured by studying dropouts of psychiatric and medical education. Medical educators, especially those in psychiatry must take into consideration some of the factors which destroy motivation in doctors and students and lead them either to giving up the medical profession or lose youthful ideas about becoming a physician, a healer and a helper (*Sarell, Hertz* and *Prywes*, 1973).

We found that the lack of an appropriate teacher-student relationship is a major factor. It ist often manifested in relating to the student like an autocrat dealing with a serf, instead of considering him as a junior collegue. This dissatisfying relationship is often expressed by a lack of respect for the student and what he is doing. One would hope that it is less common in departments of psychiatry, but it is possible that we are overindulging ourselves. The student not only needs the respect of the faculty, but the faculty has also to recognize individual and different student abilities.

Lack of proper orientation and of adequate ways of communication give additional precipitating factors for educational failure and add to mutual disappointment. The student needs not only feed-back to help him be aware of his own deficiencies, but he must also know that he is expected to learn. This problem often gets even more complicated with inflexible curriculum and a tendency towards "passive learing". If one is conditioned to "spoon-feeding" by lectures only, he will hardly be able to accept the interactional concept of dynamic psychiatry in his role as a physician. Limited and disturbed patterns of communication create resentment which necessarily elicit feelings of rebellion against the topics taught by non-communicative teachers.

Students of dynamic thinking have to be challenged to develop new patterns of adaptation. This aim, however, can not be achieved by overwhelming the student with mechanical work and treating him as if he were already expert in all fields. This type of educational approach would only lead to passivity and withdrawal.

Summary

An attempt was made to describe the difficulties in the clinical teaching of dynamic psychiatry. The medical educational process was examined and factors involved in the potential failure of this process were analyzed. The maturational process in medical education, identity problems of the physician and communication difficulties were critically presented. I find it appropriate to sum up with a quotation from *Rene Dubos,* a microbiologist, pathologist and medical educator. "In a world where everything changes rapidly, the practical facts learned in school became obsolete. The only knowledge of permanent value is theoretical knowledge; and the broader it is, the greater the chances that it will prove useful in practice, because it will be applicable to a wide range of condition.

The persons most likely to become creative and to act as leaders are not those who enter life with the largest amount of detailed specialized information, but rather those who have enough theoretical knowledge, critical judgement and the discipline of learning to adapt rapidly to the new situations and problems which constantly arise in the modern world" (*Dubos,* 1961).

This is also the way to teach and learn dynamic psychiatry.

Dynamische Psychiatrie innerhalb der medizinischen Ausbildung

Dan G. Hertz

Der Autor hat in der vorliegenden Arbeit den Versuch unternommen, die Notwendigkeit, aber auch die Schwierigkeiten zu beschreiben, die die Einführung und das Unterrichten der Dynamischen Psychiatrie in das klinische Ausbildungsprogramm mit sich bringt. Die medizinische Ausbildung beruht zum großen Teil noch auf der künstlichen Dichotomie der Krankheiten in organische und funktionelle anstatt beide als zwei Aspekte eines Ganzen zu verstehen. Der Dynamischen Psychiatrie fällt nach *Hertz* in diesem Zusammenhang die Aufgabe zu, den Arzt mit den Fakten über die menschliche Natur vertraut zu machen und durch spezielle klinische Erfahrungen die Arzt-Patient-Beziehung in ihrer wechselseitigen Dynamik zu erfahren.

Hertz erörtert mögliche Reifungsprozesse innerhalb der medizinischen (psychiatrischen) Ausbildung, die Identitätsprobleme des Arztes und Kommunikationsschwierigkeiten kritisch und stellt die Frage, ob man Dynamische Psychiatrie überhaupt lehren kann, ohne bei dem Studenten eine therapeutische Erfahrung zu initiieren. Letztlich unterliegen Arzt und Patient ähnlichen dynamischen Prozessen und die Identität des Arztes besteht nach *Hertz* in der Fähigkeit, sich selbst und andere Menschen zu verstehen.

Es können sich insofern Widersprüche zwischen dem medizinischen und psychiatrischem Ansatz ergeben, als vom Mediziner schnelle und exakte

Diagnosen, Entscheidungen und Ergebnisse gefordert werden, wohingegen für den Psychiater ein sich Einlassen auf den Patienten und die eigenen Gefühle notwendig sind. So sind Desillusionierungen auf Seiten der Mediziner häufig, wenn der Dynamische Psychiater keine sofortigen Lösungen anbieten kann.

Den Hauptfaktor für das Abbrechen des medizinischen, aber vor allem des psychiatrischen Studiums sieht *Hertz* im Fehlen einer angemessenen Lehrer-Schüler-Beziehung. Der Student soll als ein Lernender ernst genommen werden und unterschiedliche Fähigkeiten bei Studenten akzeptiert werden.

Literature

Bandler, B. (1970): Current Trends in Psychiatric Education. In: Am. J. Psychiatry (127) 585–598

Bibring, G. L. (ed) (1968): The Teaching of Dynamic Psychiatry (New York: International University Press)

Dubos, R. (1961): The Dreams of Reason. Science and Utopias (New York: Columbia University Press)

Hamilton, F. J. (1970): Psychiatric Training: A Resident's View. In: Am. J. Psychiatry (126) 1157–58

Hertz, D. G. (1967): The Preparation for the Psychiatrist for Consultive Functions. In: Proceedings of the Congress on Psychiatric Education.

– (1974): Problems and Challenges of Consultation Psychiatry. In: *Musaph, H.* (ed): Mechanisms in Symptom Formation (Basel: Karger)

Hoppe, K. D. (1975): Liason Psychiatry and Psychoanalysis. In: *Pasnau, R.* (ed): Consultation-Liason Psychiatry (New York: Grune and Stratton)

Kubie, L. S. (1968): Invited discussion. In: *Bibring, G.* (ed): The Teaching of Dynamic Psychiatry (New York: International University Press)

Loewenstein, R. M. (1968): Psychoanalytic Theory and the Teaching of Dynamic Psychiatry. In: *Bibring, G.* (ed): The Teaching of Dynamic Psychiatry (New York: International University Press)

Report of the Conference on Psychiatric Education (1952): Psychiatry and Medical Education (Washington: American Psychiatric Association)

– (1953): The Psychiatrist, his Training and Development (Washington: American Psychiatric Association)

– (1963): Training the Psychiatrist: To meet changing needs (Washington: American Psychiatric Association)

– (1969): Psychiatry and Medical Education II (Washington: American Psychiatric Association)

– (1969): Teaching Psychiatry in Medical School (Washington: American Psychiatric Association)

Sarell, M., Hertz, D. G. Prywes, M. (1973): Success and Failure of Israel Medical Students. A Study of the Correlates and Consequences of Dropping out. In: Isr. J. Med. Sci. (9) 1064–76

Zetzel, E. (1968): Invited Discussion. In: *Bibring, G.* (ed): The Teaching of Dynamic Psychiatry (New York: International University Press)

Zinberg, N. E. (1964): Psychiatry and Medical Practice in a General Hospital (New York: International University Press)

Author's address:
Dan G. Hertz M. D.
Director
Psychiatric Clinic and Psychosomatic Research
Hadassah University Hospital
Hebrew University – Hadassah Medical School Jerusalem
Israel

The Organized Field of Psychosocial Forces in the Psychiatric Department

Ferenc Süle*

Die vorliegende Arbeit beschreibt den Aufbau und die Konzeption einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Abteilung an einem ungarischen Krankenhaus in einem bis vor einigen Jahren unterversorgten Gebiet. Der Autor nutzt konsequent den Gruppengedanken der Dynamischen Psychiatrie Günter Ammons, wie er in Ungarn vor allem von Béla Buda vertreten wird. Durch die Beachtung des Zusammenspiels von Mitarbeitern und Patientengruppe ist der Autor in der Lage gewesen, seine Abteilung mit berufsunerfahrenen Ärzten und Psychologen aufzubauen und die Gesamtdynamik als Diagnostikum und therapeutisches Agens zu nutzen. Der Autor hat sich hier selbst als zentrale Figur begriffen und seine Erfahrung und sein Wissen um die Soziogenese seelischer Erkrankungen zur Verfügung gestellt.

The patients are chiefly admitted to the psychiatric department in consequence of psychosocial disturbances and significantly dangereous deterioration of the social adaptation. The aim of healing in the psychiatric department can be achieved in a way when the individual and social manifestations of the patients are regulated by the therapeutic community under the control of doctors making an effort to elaborate socially positive adaptation forms. Regulation – this term is used in sense of General System Theory – has biological, psychological and social levels and ways that are realized in a hierarchical organization. Today in psychiatry psycho- and sociotherapeutic forms are at our disposal in addition to the biological treatment. But the question of applying these therapeutic forms combined together is rarely discussed in literature, although the problems and possibilities in this field are very significant.

According to our experiences the significance of the organization in a modern psychiatric department is far more different from that of another kind of ward. The organization here has got a fairly greater qualitative and quantitative importance, because here the organization itself has a special diagnostic and therapeutic function belonging to the functional specificity of the department. (*Bechtel, Gonsales,* 1971, *Füredi,* 1970; *Greenblatt, Jork, Brown,* 1955; *Jackson,* 1964; *Jones,* 1953) In the course of our work we have experienced that not only the methods initiated by us proved to be a very significant factor, but also their organization, which has proved to be an independent factor among the other ones. In the recent years there is a very important tendency in the field of psychiatry that the patients are to be treated by not tearing them away from their usual environs but "in vivo". The general use of the depot-preparations offer more and more possibilities to do so. In general,

* M. D., Ph. D., Director of the Psychiatric and Psychotherapeutic Department of the Town Council-Hospital, Karcag, Hungary

though, we agree with the principle of studying and treating the patients in their original family and labour circumstances, but we should like to underline that this aspect is partly based upon the traditional guarding conception of the psychiatric ward, or on the model of the department for internal diseases, and so it does not reckon with the possibility of the ward that is given by raising the patients from the original environment, and by a new therapeutically organized intensive social-psychologic field of force. In the case of the exaggerated ambulant therapy we have to take into consideration the social-psychologic toxicity of the tranquillizers: their reducing effect in controlling the intra- and interpersonal conflicts. The work in the psychiatric department in our days has become very complex. The great variety of different methods get into complicated interaction with each other. Without supporting the methodical superabundant richness existing in some wards that is nothing else but a methodical inflation without any sufficient conceptional organization, – we realized high value in the joint effect of the rightly organized methods: the rapidly changing, intensive and opposing or different communicative fields of force can destroy the different defensive systems of the personality, resulting in deep involvation and elaboration – if all that happens in a therapeutically organized constructive atmosphere. As our food softens more easily in a special kettle with overpressure, in the same way we can produce a therapeutic change in a special atmosphere of the department. In our opinion that means a very important and intensive phase of development in case of the patient, but it must be followed by some form of an "open" ambulant therapy working without overpressure.

The object and method of the experiment

We have done carried through our experiments in the Psychiatric and Psychotherapeutic Department with 156 beds, of the Karcag Town Council Hospital and Outpatients Clinic. This was the first Psychiatric ward in Szolnok-county, and at the same time the county itself was the last white spot of our country in the respect of psychiatric beds. We started our work step by step in 1975. The staff has been formed – apart from the head of the department – with newly graduated doctors, psychologists and nurses having no psychiatric training at all. Our job is admitting acute cases and treating patients of wide spectrum coming from the given district 180000 inhabitants. This newly built department is suitable for applying modern up-to-date treatment from architectoral point of view (*Kranz, Heinrich, 1977*). The ward consists of 6 independent isolated treating units and so we have got the possibility of curing our patients in partly isolated and different circumstances (*Jones, 1968, Marrice, 1964*).

At the very beginning our goal was to create a humanistic, up-to-date medical community working with the "open door" principle, while treating the

patients on biological, psychological and social level (*Ammon,* 1973; *Buda* 1973; *Friis,* 1977; *Füredi,* Szombathelyi, *Mórotz,* 1969; *Füredi,* 1972; *Jones,* 1967; 1968). To perform all that proved to be a very difficult and complicated organizational problem, so we began to deal with the question of organization. In our report we are going to give an account of the empirical practice and theoretical deduction that helped us in forming a modern therapeutic community that can treat acute psychiatric patients. We have been developing the organisation by paying attention to the emerging real problems from the very first days. The present result may be considered specific in our hospital but it has some features of universal validity. We have elaborated the following methodical way: We observed and collected problems. We made decisions when solving the problems, after having discussed them in groupmeetings of different level, – by taking the patients', nurses', occupational-therapists', psychologists' and doctors' opinions into consideration, and trying to work in mutual understanding. In order to find solution of the tensions and conflicts we did not insist on keeping the existing organization, but tried to find other new and more potent organizational forms. According to our basic principle we endeavoured to use biologic control instead of physical, and psychological and social instead of biological one.

The organization developing in this way has got its demonstrative framework in the daily and weekly programmes. The organization means to develop precise ways of the information flood continuously and the regulating methods, the places of decisions and the role relationships. The relevant informations and decisions have been made unambiguously and preservably in written records.

Results

With this organizational system the department could solve all the psychiatric problems of the attending area. In spite of all the technical and personal difficulties of the first period we could afford to give medical treatment of high level. In our department nobody tried to commit suicide until now, lucky for us. We can do our work in the department without physical control applying any "closed" observing rooms net-bed etc. At our psychodiagnostic work we adopt psychologic test-method used in our country. We were successful in introducing modern individual-, group- and sociotherapeutic methods by putting them into every day practice. Each doctor and psychologist has got his own free-interactional mixed small group coming together 3 times a week. There exist special constant groups for alcoholics, suicides and one for autogenic training. There are two ongoing psychodrama groups. Large groups twice a week for all of the patients and the staff. The so called convalescents' group takes place twice a day hour a.m. und p.m. during the time for occupational therapy for old invalid patients unable to take part in

other forms of work: ballgame, reading tales and poems, singing, common games etc. Every second week so called multimedical psychotherapy where all the doctors and psychologists work together with one patient continuously. Conferences for male and female occupational therapists are held separately every week under the direction of the responsible psychologist or doctor. Every week a conference for the nursing units by the ward-physician for patients and staff. Meeting for nurses every week discussion of continuation courses and problems of wards. Periodical view for doctors and psychologists every week. Every other week a psychodiagnostic test-course. A lecture on the tendency of psychotherapy every month. Occupational therapeutic possibilities for male patients: carpenters' workshop, turnery for metal and wood works, metallurgical work. In the woodcarving workshop: wood-carving and day forming. Groups for workers outside the workshop: maintenance/metal-, wood-, electric-, bricklayers' section/household men, gardeners, cleaners, window cleaners, animal breeders/pets/, buffet-men. For female patients: needle work-groups, winding up thread, carpet makers, cleaners, doers some shopping, taking care of animals, typists. In each nursing unit there are 3-4 so called assistant-nurses – patients to help the specialists look after the prostrates and agitated patients. The constant gymnastic group include special yoga- and runners groups, as well.

Written reports is given: 1. Report by nurses 3 times a day on each patient, giving the description of the social activity and mental condition of the patient. 2. In the diary of nurses: the description of the work over routine to do in the next turn, more important events. 3. Occupational therapeutic evaluation on the report of nurses from every patient once a week. 4. A new summary is regulary made on every Monday about the occupational and small group assignment after having taken the experiences of the former week into consideration. 5. Every week evalution is made about the achievement of each patient in the occupational therapeutic group to decide the sum of the pocket money having considered the social circumstances and the psychical condition. 6. Case record, medical diary. 7. Biological laboratory examinations and findings, and psychological tests and findings. 8. Diary of changing the turn by doctor on duty. One can see that there are vertical groups including each organizational levels, and horizontal ones giving possibilities to discuss the problems for members of each organizational level.

Discussion

The organizational forms of the psychiatric department that have been developed in the course of time, can be ranged into three main categories: 1. Prison-like institutes. 2. Organizations similar to the system of the department for internal diseases. 3. Socially more complex forms of organization into which structures – that can be found in resort places, schools and smaller

producing enterprises – have been built. In order to enlighten the problem we use the principles of the General System Theory and dynamic psychology. Psychotherapy took over the idea of regulation, feed-back and the independent open system from the conceptions of the general system theory. All these three principles fit into the aspect of psychotherapy and dynamic psychology very well. 4. According to this, the reasons for the forms of abnormal behaviour and mental diseases have turned out to be the mass of problems hidden in the personality that are disclosed the central regulation of the behaviour, – the ego-system – by special forces of defensive mechanism. The ego does not get any feed-back about these problems, so it cannot be controlled and integrated. According to these conceptions some effect-mechanisms of psychotherapy can be conceived so that we put the patients into an interactive field of force in which: 1. Their unintegrated physical contents are expressed in communication and they get into the interaction. 2. They get multiplex feed back to these. 3. And all of these are regulated by the therapist. The regulated state means that the feed-backs are directed into the ego-system of the patient by the psychotherapist meanwhile he determines their quality, quantity and timing psychotherapeutically speaking he performs the awakening process in correspondence with the patients' capacity for understanding and endurance. The personality continually makes his unintegrated inner contents known and built in, so his ego-system goes on developing. The increase of the inner organization is followed by the decrease of the abnormal behaviour (*Ammon,* 1973).

The black box-model of recognizing the patient

When starting to work in our busy department we came to know that some special cases of our patient's behaviour in the ward gave us more informations to understand their inside hidden psychodynamism than those ones got by exploration and testmethod, or they could complete it significantly. As the occurrence seemed to be permanent, we thought it practical to organize its utilization. But we could observe in different situations with different patients, even in different circumstances, that the special behaviour decisively helped us to understand the incomprehensive inner correlations. The same thing could be experienced when following the changes in the patient, e. g. the behaviour of the patient during the occupational therapy, in collective parties or in small groups, gave relevant points of views to evaluate dissimulation or simulation really in the course of the healing process. The analysis showed us that it was the constellations of the interpersonal field, that were responsible for involving a deep important part of the patient's personality. Two tasks have arisen from all that: 1. To watch regularly and competently the patients behaviour and to elaborate the method for grasping and studying these phenomena. 2. To establish more and more social organizations in ac-

cordance with the endurance of the workers and patients. So we have brought the system of the sister's report about, through which each turn gives a written description of each patient's mental functioning. We made an account of the regular sociotherapeutic occupations that is to be taken into consideration by the headnurse, the ward doctors, psychologists and the head of the department.

We could experience that fewer informations – both in quality and in quantity – could be got from the patient treated in bed than from the one who takes part in the interaction of the therapeutically organized community of the department. We could establish that by controlling the psychic state of the patient was deeper and more varied if he had joined more different social organizations. So we have elaborated a system to understand our patients, the main principle of which is that the psychiatrist – who has to look upon his patient as a "black box" in practice – acts with more "input" signs so as to draw his conslusion from the output more successfully on the inner constellation i.e. he exposes the patient to the effect of multiplex interpersonal field of forces and watches his behaviour.

The organization of the therapeutic work by increasing negentropy

All these serve a therapeutic purpose at the same time, because 1. Taking part in the social life: the accomodation is the primary condition of rehabilitation. 2. The experiences of the communal life provide controllable psychological material for the different forms of psychotherapy. 3. Spontaneous feed-back processes of different levels are developing. The modern psychiatrical aspect looks upon the patient as an open system who keeps a dynamic balance with his psychosocial environment by learning and accommodating. The environmental stimuli have to be various, intensive, regulative and in all they must be integrated by the therapeutic strategy with the informations got from the processes of recognition so that we can have an effect upon the deeper parts of the personality. In this way we endeavoured to find the possibilities of organizing a more effective change of informations and influences between the patient and the staff. We have formed some complicated organizational systems during the time of developing our department, and we have come to know that the more advanced the development of the organization was, – i.e. the negentropy of the ward as a system increased – the more successfully and in more differenciated way it could solve the problems that arose necessarily and constantly. In our opinion the development of the organization in a ward can be measured above all with the elaborational potency of the problem.

The three main levels of connections

We can distinguish three main levels of connections in organizing the feed-backs unto the patient: 1. The relationship among the patients. 2. The relationship between the patient and the nurse. 3. The connection between the doctor-psychologist and the patient. The main rules of the interactions are different on the different levels. On the level of the patient-patient connection relatively the most open and the least regulated streams of the communication can be developed. Here the patients learn the function of distinction, as they can face here the most striking, deformed differences from reality, and the social norm accepted by the society. The main rules of communications on the level of the middle-cadres nurses and occupation therapist and patient are determined by common sense and the principle of reality. On the level of the interactions between the doctor or psychologist and the patient – beyond the principle of reality – different diagnostic and psychotherapeutic methods are being built into the process which includes projective, transferential and unconscious manifestations. We involve here the elaboration of the real events got from the versatile direct contact with the patient, most of our patients being psychotic, with whom – just like children therapy – the nonverbal communication and real happening are of great importance, apart from the verbal communication, as they cannot tell us the major part of their conflicts, but only "acting out" them (*Ammon*, 1973; *Füredi et al.*, 1969).

The organization of the communal life

We helped our patients take part in the communal life, that can be realized by oriental and participational functioning. The former dominates chiefly in the first period when the patient tries to accomodate to the order of the department, recognizes the different systems and possibilities to make contacts. The different ways of participation are gradually associating with all this, while the patient is joining different occupation-therapeutic and psychotherapeutic occasions. In our organizational work we have introduced the afferent, i.e. diagnostic and efferent i.e. therapeutic connections the latter one includes the regulating and control contacts of subsystems, as well. In this way a hierarchically constructed organization – consisting of many funtional circles has been formed. Of course, the versatile communal participation, involving the personality to a greater extent, goes together with pathologic manifestations corresponding with the pathological state. The social dissonance created in this way gets to be registrated by the afferent chanels and it is regulated by the efferent ones. We endeavoured to promote the praticipation, inspite of the emerging social dissonance, too, as our patients lived in a guarded environment (*Ammon*, 1970). We have decided the degree of the dissonance so that we could not exceed the tolerance of the given sisters-doc-

tors, order of work and in this way it could not become destructive. If it was necessary we changed the daily programme or we transferred the patient into another occupational therapy, etc. The resocialization of the patients is taking place in spontaneously and therapeutically organized (e.g. in small and large groups and individual therapy etc.) elaborative ways of the numerous intra- and interpersonal tensions. When building a new organization into the community (e.g. a new method of occupation) we experienced that it is insufficient to give commands and instructions. When establishing it, a significant "plus organizational energy" is needed on the staff's side, and after having introduced it, to maintain the newly created order claims relatively smaller energy, just like in other fields of the natural sciences where entropy-decrease is available by using energy for producing organizations of higher degree (e.g. complex atoms and compounds). By organizational energy we mean here the effort to elaborate permanently and in special way cognitive and emotional disturbances that arose in the persons in question. This and the development of the whole organization cannot be disconnected from training the staff, that is carried through parallel with the former ones. We could initiate the new regulations and other organizational steps only in such a degree to which the staff could be adopted. The fundamental problems connected with this question can be expressed in the language of cybernetics, as it was formulated by *J. Neumann* (1964) in the connection with computers in the early days: "In what way is it possible to construct a reliably operating system from uncertain and not completely correct elements" – by constructing adequately regulation and control functions. New conceptions must have been accepted by the workers. The aspects brought with themselves had to be revised and arranged again. We experienced that by certain organizational ways the adaptation to the acceleration of the changes could be increased, and so the speed of the development could be raised, as well. Such occasions were e.g. the regular conferences of doctors and psychologists first of all, the continuation, i.e. problem-discussing courses for nurses, large groups etc., where the necessary change in the given question could be recognized by the workers or by the patients themselves and so they themselves could make an attempt to solve the problem etc. In this way they were involved into the problem effectively, and they accepted the newly created organizational order, and their accomodation to it became accelerated. These occasions were acting in the life of the department through the principle of positive feedback. In our opinion the staff needs its own groups to elaborate their own problems for the best advantage. We have to mention the fact what could be concluded from our failures and difficulties, that the organization requires some quantity of organizational elements, i.e. the number of people on the staff. There is a critical quantity given, under which the regulation fails and an explosion, desorganization starts acting. Perhaps one of the fundamental difficulties of the Hungarian psychiatry is that there is no sufficient number of people on the staff for doing psycho- and sociotherapeutic work claiming

time and manpower. While with us the rate between the staff and the patients is 1:2–4, in other countries where a human culture of high level in the psychiatric treatment has already been elaborated, this rate is 1:1, or sometimes it is more positive on the workers' side, for instance in Holland and Denmark.

According to our experiences the organization of the psychotherapeutic work and the atmosphere of the biological treatment is a thing of fundamental importance. This field of forces is an independently operating factor that can have an influence upon the effect of the different ways of treatment and the spontaneous changing processes. This "atmosphere" differs from the usual social situation in the following things according to *Ammon* (1973) and *Füredi* (1969): a. It is more permissive and tolerable against the pathologic manifestations. b. It offers more defence, support and help. c. It is more evocative in provoking conflicts, and expressively seeks them and deals with them intensively. d. It is more interpretative making intensive efforts to analyze and understand the pathological manifestations. We endeavoured to regulate the general efforts in the whole department to stimulate the participation and feed-back processes by the principle of reality and humanity. We did our best even among the patients, but first of all in the staff to create an atmosphere of readiness to help the sense of responsibility and freedom.

It lead to organizing a way of life in the whole institution after the model of a family, as we are ready to take the responsibility for our patients nearly in every respect. The patients are in a subordinated position just like children in the family as they are going on to become grown-ups and independent, i.e. recovered to be sent home. When speaking about freedom I have to mention an interesting experience. In the course of my occupational therapeutic work in an institution of free atmosphere it occured – only twice in 4 years – that a patient in deteriorated condition of his state, having become anxious, asked me obstinately to put him back to some "closed department" that was really a ward of old type acting with physical control. Later we got to know that he wanted to be more safe there. The various control – work giving the patients shelter and safety increases their sense of security –, especially when it means an organization where they "can act" and be successful by their ability and skill. The department is a model of society producing resocialisation in defended circumstances by activating the patient in manysided social participation.

Summarizing our experiments we can establish that the organization has to elaborate. 1. More rapid and differenciated ways of the afferent an efferent informations that can be regulated therapeutically. All these have to act with over-safeguarding to give sufficient possibility of creating a more wide mutual understanding so that the single groups and the whole department may become a creative community in quiet atmosphere. 2. The hierarchic system of the deciding places. The democratic leading has to make the expression of emotions and reflexions free that are catalyzed by the head who makes his decision first of all by taking the integration of the above mentioned aspects into

consideration. 3. It is necessary to form groups of differenciated fields of socialpsychological forces in order that a community suitable for the patients' condition can be indicated and so that he may acquire during the course of resocialization an increasingly differenciated participation. 4. The organization must be elastic so as to make changes according to the actual relations inside and outside the department, and to enable the development of the therapeutic culture. 5. All this brings with it a necessary increase in the negentropy of the ward. The best mark of this is the level of elaborating the inner and outer problems. In this way the complete treatment in the department can be regarded as an original therapeutic form, where the different forms of the treatment are built together on the foundation of definite principles creating a dynamically regulative system. Similarly – but in a more complicated form – to the various group psychotherapies where the leader regulates the work by the integration of the individual and group-mechanism.

The interference of methods

In a psychiatric department a mood of treatment carried through in a so called sterile environment is impossible and inpractical. But we have to deal with the interferences of the effects of the different diagnostic and therapeutic treatments. It has a very great importance and if its psychotherapeutic elaboration does not take place, very serious inner tensions and destructive processes come into being. The interference results in a more complex appearance of the transferense and forms of resistance: they are transferred from the one form of resistance into another one, they become distributed and produce very complicated phenomena contaminating with the really developing conflicts. According to our experiences, dealing with interference in practice claims a very special method due to its very complicated quality. We have found it so in the large group. A large group is an organizational form which can cure lots of mesh of manysided relationships and their very complicated rational and emotional, real and irreal, manifested and latent effects –, in case of an adequate leader and staff. The possibility for it is given by the simultaneous presence of the relevant participants of the organization. If the whole organizational system itself is not treated medically, i.e. diagnostically and therapeutically, in the staff itself-, very serious tensions come into being, that have an effect in the direction of decreasing the desired complex structure, and we have to retreat to the so-called old, more certain methods.

Transformation between the intra- and interpersonal systems

The large group was suitable for treating the symptom what we called social conflict transference. By this we mean that our patients have formed the

same situation of conflicts in a medical milieu by which they were really surrounded in life. There exists a close analogous connection. In the large groups it was possible to realize the manifestation and start treating it, being all the participants of the conflicts present simultaneously. To reveal the background behind the actual life conflict is not the task of the large group any longer, but it belongs to the small groups and individual psychotherapy (*Bechtel; Gonsales,* 1971; *Füredi et al.,* 1970). Summarizing theoretically the general effect – mechanism of the integrated psychotherapy in sociotherapy – on the basis of the close connection between the inner structure of the personality and the social participation – we can establish that there is a permanent two-directional transformative process between the individual personality and the social environment around him, that transforms the intrapersonal tension and structure into interpersonal –, and the one of the interpersonal tension and structure into intrapersonal, so to say by building it into the other one. The intra- and interpersonal transformation is a dynamic process of balance being realized by many-coloured combination of interactions, which includes the mutual effects, from superficial accomodation to the deep psychological processes, i.e. projection, introjection, indentification etc. This connection gives reason for the fact why the democratic, integrated system of the department is therapeutic, because it is transformed into an interpersonal one in very complicated ways and in suitable circumstances, and returning to the theoretical formulation of the initial organization this leads to the decrease of the inner suppression of the personality-system and the desintegration, and after all to the conscious, recovering, integrated man.

Das organisierte Feld psychosozialer Kräfte in der psychiatrischen Abteilung

Ferenc Süle

Der Autor gibt einen Überblick über die Organisationsarbeit und seine praktische und theoretische Erfahrung mit einer neu eingerichteten psychiatrischen Abteilung. *Süle* leitet eine psychiatrische Abteilung in einem bislang unterversorgten ungarischen Gebiet. Die Klinik hat 156 Betten und eine Ambulanz. Seit 1975 hat er mit bis dahin berufsunerfahrenen Ärzten, Psychologen und Schwestern diese Klinik aufgebaut. Gleichzeitig mit der Krankenversorgung wurde eine Weiterbildungsmöglichkeit geschaffen. Hierfür waren neue Organisationsformen des Kommunikationsgeschehens und der Entscheidungsfindungsprozesse nötig. Wichtig ist die Ablösung der körperlichen Kontrolle der Patienten durch psychologische oder soziale. Die Hauptlast der Arbeit wird in Gruppen getragen, wobei es Spezialgruppen für bestimmte Krankheitsbilder sowie die Großgruppe aller Patienten und Mitarbeiter gibt.

Supervision findet ebenfalls in Gruppen statt. Jeden Monat gibt es theoretische Weiterbildung in Psychotherapie. Wichtig für den Informationsfluß ist die schriftliche Berichterstellung über jeden Patienten, wofür genaue Regelungen über Häufigkeit und Form bestehen.

Die Beziehungen innerhalb der Klinik werden auf drei Ebenen untersucht: 1. zwischen den Patienten, 2. zwischen Patienten und Schwestern, 3. zwischen Arzt/Psychologe und Patienten.

Als Medium des Kontaktes mit psychotischen Patienten betont *Süle* die Wichtigkeit der Realität und der nonverbalen Kommunikation wie in der Kindertherapie.

Die Organisation des verzweigten Beziehungsfeldes ist für *Süle* aber nur in zweiter Linie ein bürokratisches Problem. Nach seiner Meinung und Erfahrung hat die Organisation eine eigene spezifisch diagnostische und therapeutische Funktion, die zur funktionellen Besonderheit einer Abteilung gehört. Er weiß aus Erfahrung, daß, je weiter fortgeschritten die Entwicklung der Organisation ist, um so erfolgreicher können individuelle und die Gruppe betreffende diagnostische und therapeutische Probleme gelöst werden, die notwendigerweise auf einer Station immer wieder auftauchen.

Die richtige Behandlung und Einordnung der Störungen mit den verschiedenen psycho- und soziotherapeutischen Methoden erweist sich als eine sehr wichtige Aufgabe in der Abteilung. Die Großgruppen bieten eine besondere Möglichkeit für die Herausarbeitung dieses Problems und des Phänomens, das der Autor „soziale Konfliktübertragung" nennt.

Es läßt sich ein andauernder, in zwei Richtungen gehender Umsetzungsprozeß zwischen der individuellen Persönlichkeit und sozialen Umgebung feststellen, wodurch einerseits intrapersonelle Spannungen und Strukturen in interpersonelle und andererseits interpersonelle Interaktionsformen in intrapersonelle Strukturen umgesetzt werden. Ergebnis der verschiedenen Arten und Ebenen von Psycho- und Soziotherapie, in denen dieser Umsetzungsprozeß beobachtbar und bearbeitbar wird, ist die Integration des Individuums und der Gruppe in die Gesamtdynamik der Station.

Literatur

Ammon, G. (1970): Gruppendynamik der Aggression (Berlin: Pinel)
Ammon, G. (1973): Dynamische Psychiatrie (Darmstadt/Neuwied: Luchterhand)
Bechtel, R. B.; Gonsales, A. (1971): Arch. Gen. Psychiat. 64–68
Buda, B. (1973): Közvetlen emberi kommunikáció szabállyszerüsége MRT. In: Tömegkommunikációs Kutató Központ (Budapest)
Früs, S. (1977): World Congress of Psychiatry (Honolulu Hawaii)
Füredi, J.; Szombathelyi, E.; Mórotz, K. (1969): M. Pszichol. Szle. (26) 252–260
Füredi J. (1970): Ideggyógy. Szle. (23) 168–176
– (1972): Pozichol. Tanulmányak XIII Akadémia Kiadó 599–606

Füredi, J., Balázs-Piri, T. (1975): Ideggyógy Szle. (28) 215–225
Greenblatt, M.; York, R.; Brown, E. L (1955): From Custodial to Therapeutic Patient Care in Mental Hospitals (New York: Russel Sage Foundation)
Jackson, J. (1964): Toward the Comparitive Study of Mental Hospitals. In: A. F. Wessen (Ed.): The Psychiatric Hospitals as a Social System (Spingfeld III.: Ch. C. Thomas)
Jones, M. (1953) The Therapeutic Community (New York: Basic-Books)
– (1967): Social and Community Psychiatry. In: J. G. Howells (Ed.): Modern Perspektives in World Psychiatry (New York)
– (1968): Social Psychiatry in Pratice (Penguin London Books:)
– (1968): Beyond the Therapeutic Community (New Haven and London: Yale University Press)
Kiss-Vámosi, J. (1970): M. Pszichol. Szle. XXVIII.
Kranz, H.; Heinrich, K. (1977); Bilanz und Ausblick der Anstaltspsychiatrie (Stuttgart: F. K. Schattauer)
Marrice, J. K. W. (1964): Brit. J. Med. Psychol. (37) 157
Neumann, J. (1964): A számitógép és az agy (Gondolat)

Author's address:
Ferenc Süle, M. D. Ph. D.
Psychiatric Department, Town Council-Hospital
Karcag
Hungary

Nachrichten

Adressen der Arbeits- und Studiengruppen der DAP/DGG.

Erlangen
Marquardsenstr. 18
8520 Erlangen
Tel. (09131) 20526

Freiburg
Werderring 16
7800 Freiburg i. Br.
Tel. (0761) 33224

Gießen
Stephanstr. 47
6300 Gießen
(0641) 791634

Heidelberg
Friedrich-Ebert-Anlage 27
6900 Heidelberg
(06221) 26344

Köln
Ottostr. 45
5000 Köln 30
(0221) 558283

Mainz
Goebenstr. 5
6200 Wiesbaden
(06121) 48815

Passau
Göttweigerstr. 76
8390 Passau
(0851) 34222

Regensburg
Bahnhofstr. 17
8400 Regensburg
(0941) 561455

Saarbrücken
Schwarzenbergstr. 36
6600 Saarbrücken
(0681)38512

Stuttgart
Hauffstr. 7
7032 Sindelfingen
(0731) 874926

Referenten-Entwurf zum Psychotherapeutengesetz zurückgezogen – Arbeitsgemeinschaft Psychotherapeutengesetz von der DAP initiiert

Wie in Dyn. Psych. Nr. 52/53 berichtet, legte das Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit einen Referentenentwurf für ein Gesetz zur Regelung des Berufsbildes des „Psychotherapeuten" vor.

Dieser Entwurf wurde von einer großen Zahl der betroffenen Therapieverbände massiv kritisiert, so daß der erste Entwurf des Bundesministeriums zurückgezogen werden mußte. Die Ergebnisse einer bis dato zurückgehaltenen Studie des Münchner Max-Planck-Instituts widersprachen dem Entwurf des Ministeriums in weiten Bereichen und unterstützten die Kritik der Fachverbände. Die Deutsche Akademie für Psychoanalyse entwickelte einen alternativen Gesetzentwurf, den sie zur öffentlichen Diskussion vorstellte.

In einer „Arbeitsgemeinschaft Psychotherapeutengesetz" sind derzeit zehn psychotherapeutische Fachverbände beteiligt, die auf der Grundlage dieses Entwurfs einen alternativen Entwurf entwickeln, den sie dem Ministerium zur Verfügung stellen werden.

Der Entwurf der Deutschen Akademie für Psychoanalyse enthält eine Präambel, die grundlegende Dimensionen zur Identität eines Psychotherapeuten entwirft, und die von Fachverbänden unterschiedlicher Provinienz angenommen wurde.

Ein alternativer Entwurf ist eine notwendige Antwort auf wesentliche Fragen, die in der vorgelegten Form des Referentenentwurfs vom Bundesministerium außer Acht geblieben sind, so die des wissenschaftlichen Standards, der Praxis der psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung und der Ausbildungsmöglichkeit, besonders auch für die sogenannten „Laien".

Der Ministerium-Entwurf läßt ein faßbares Krankheitsverständnis fehlen. Er perpetuiert einen Mangel der vier Jahre alten Enquête zur Lage der Psychiatrie, in dem er ein nicht integriertes Nebeneinander schulpsychiatrischen, sozialpsychiatrischen und psychotherapeutischen Denkens anstelle eines integrativen gesundheitspolitischen Konzeptes zur Grundlage des Entwurfes macht.

Der Referenten-Entwurf bleibt deswegen stehen an einem symptomorientierten curativen Denken, das sowohl in der psychotherapeutischen, psychologischen und medizinischen Wissenschaft äußerst umstritten ist.

Die überwiegende Zahl der psychotherapeutischen Fachverbände ist sich einig, daß der Referenten-Entwurf in der vorgelegten Form die mangelhafte psychotherapeutische Versorgung der Bundesrepublik (s. Enquête zur Lage der Psychiatrie 1975) nicht verbessern kann, da er berufsspezifische Interessen vor die patientenzentrierten Interessen der Notwendigkeiten psychotherapeutischer Versorgung stellt. Völlig offen bleibt in dem Gesetzentwurf eine Auseinandersetzung mit der Psychotherapie als Wissenschaft.

Diese Auseinandersetzung ist aber eine Voraussetzung für eine hochqualifizierte Berufsausübung, in der als Eingangsberuf schon eine akademische Vorbildung gefordert wird.

Kurt Husemann (Düsseldorf)

Offizielle Eröffnung des vierten Psychoanalytischen Kindergartens der DGG im Lehr- und Forschungsinstitut der DAP/DGG Hamburg

Drei Monate nach der Feier des zehnjährigen Bestehens der Psychoanalytischen Kindergärten wurde am 10.2.1979 im Hamburger Lehr- und Forschungsinstitut, das unter der Leitung von Dr. *Dieta Biebel* steht, der vierte Psychoanalytische Kindergarten der DGG durch *Gisela Ammon*, Präsidentin der DGG, feierlich durch einen Festvortrag mit dem Thema „Psychoanalytische Kindergärten – ein Modell der Prävention" eröffnet. Die Eröffnung des Kindergartens fand statt im Rahmen einer gruppendynamischen Wochenendveranstaltung und ist damit ein weiteres Beispiel für die Funktion der psychoanalytischen Kindergartenarbeit und Prävention als integriertes und integratives Moment im Felde der dynamisch-psychiatrischen Lehre, Forschung und Ausbildung der DAP/DGG.

Das Düsseldorfer Lehr- und Forschungsinstitut der DAP/DGG bezog ein neues Haus.

Nach viereinhalb Jahren Ausbildung, Forschung und Praxis ist das Düsseldorfer LFI, das unter der Leitung von Dipl. Psych. *Ursula Keller-Husemann* steht, umgezogen.

Im Rahmen eines großen Balint-Wochenendes vom 9. bis 11.3.1979 mit ca. 180 Teilnehmern, fand die feierliche Einweihung der neuen Institutsräume in der Kurfürstenstraße 10 statt.

Dr. *Günter Ammon*, Präsident der Deutschen Akademie für Psychoanalyse, hielt vor 500 Zuhörern den Festvortrag zum Thema: „Das Ich-strukturelle und gruppendynamische Prinzip bei Depression und psychosomatischer Erkrankung".

In den neuen Räumen des Düsseldorfer Lehr- und Forschungsinstituts sind auch die Möglichkeiten für Ausbildung, Forschung, Lehre, psychotherapeutische Praxis in Therapie und Prävention erweitert und noch Ausbildungsplätze frei.

Münchner Lehr- und Forschungsinstitut der DAP/DGG

Die Leitung des Münchner Lehr- und Forschungsinstituts der Deutschen Akademie für Psychoanalyse wurde von dem Arzt *Burkhard Gülsdorff* aus Berlin übernommen. *Burkhard Gülsdorff* hat eine langjährige Erfahrung in der Praxis der Dynamischen Psychiatrie, insbesondere im psychiatrischen Krankenhaus, eine Erfahrung, die dem Münchner Lehr- und Forschungsinstitut, das zwei Dynamisch-psychiatrische Kliniken trägt, zugutekommen wird.

25. und 26. Klausurtagung der Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft (DGG) in den Tagungszentren Stelzerreut/Passau und Paestum/Neapel vom 25.12.78 – 4.1.79 und vom 27.12.78 - 6.1.79.

Zum ersten Mal in der Geschichte der Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft fanden in den beiden Tagungszentren der DAP/DGG parallele gruppendynamische Klausurtagungen statt. Unter der Leitung von Dr. *Dieta Biebel*, Leiterin des Hamburger Lehr- und Forschungsinstitus, trafen sich 117 Menschen, davon 14 Kinder, die ihre eigene gruppendynamische Selbsterfahrung hatten. Nach Paestum waren 85 Menschen gekommen. Diese Tagung wurde geleitet von Dipl.-Psych. *Christine Bott* (München).

Die Seminarabende beider Klausurtagungen, die immer im Sinne des emotionalen Lernens eine Integration von Erfahrung und theoretischer Reflexion anbieten, wurden erweitert durch den intensiven telefonischen Kontakt der Leitergruppen zu der Forschungsgruppe der DAP um *Ammon*, die während dieser Zeit im Gästehaus der DAP in Berlin-Nikolassee am Handbuch der Dynamischen Psychiatrie arbeiteten.

XI. INTERNATIONALES SYMPOSIUM DER DEUTSCHEN AKADEMIE FÜR PSYCHOANALYSE (DAP)

Congress Centrum Hamburg 15.–19. November 1979

„PSYCHOANALYTISCHE THERAPIE VON KINDERN UND JUGENDLICHEN"

Wissenschaftliche Leitung: Dr. med. Günter Ammon
Organisation: Dr. med. Dieta Biebel

1. Die Geschichte der Entwicklungs- und Persönlichkeitstheorien in den verschiedenen psychoanalytischen Schulen
2. Biologische und psychologische Aspekte kindlicher Entwicklung
3. Pränatale Ich-Entwicklung
4. Die Bedeutung des ersten Lebensjahres für die kindliche Ich-Entwicklung
5. Die Rolle der Primärgruppe und ihrer Dynamik für die Psychogenese und Ich-Struktur
6. Die Entwicklung kindlicher Sexualität, Aggression und Kreativität
7. Symbiosekomplex/Ödipuskomplex
8. Ich-strukturelle Störungen bei Kindern: Anaklitische Depression, Autismus, Psychosomatische Reaktionen, Aggressionsstörungen, Borderline- und Neurosenaspekte
9. Theorie und Praxis psychotherapeutischer Maßnahmen bei Kindern unter besonderer Berücksichtigung der Zusammenarbeit mit den Eltern
10. Familientherapie
11. Fokale Kurztherapie
12. Jugendlichentherapie unter Berücksichtigung der Arbeit in Heimen
13. Arbeit mit verwahrlosten Jugendlichen, Drogenabhängigen und Randgruppen
14. Prävention von psychischer Erkrankung durch psychoanalytische Kindergärten und andere entsprechende Einrichtungen
15. Die Rolle der Familie und neue Wege menschlichen Zusammenlebens

Referate und Kurzreferate zu diesen Themen, die auch die Themen der parallel stattfindenden Arbeitsgruppen sind, können zum 1. April 1979 eingereicht werden (zum gleichen Datum müssen die Synopsen vorliegen).

Kongreßgebühr: DM 300,– (nach dem 1. 8. 1979 DM 350,–) Studenten DM 150,–
Bankkonto: Berliner Commerzbank, Konto Nr. 511 495 401 (BLZ 100 400 00)

Lehr- und Forschungsinstitut für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik (LFI) der DAP
Ausbildungsinstitut für Psychoanalyse
Wielandstraße 27–28 · 1000 Berlin 15
(030) 883 93 24

Münchener Lehr- und Forschungsinstitut der DAP
Leopoldstraße 87 · 8000 München 40
(089) 34 14 44

Düsseldorfer Lehr- und Forschungsinstitut der DAP
Kurfürstenstraße 10 · 4000 Düsseldorf
(0211) 364900

Hamburger Lehr- und Forschungsinstitut der DAP
Laufgraben 37 · 2000 Hamburg 13
(040) 44 07 40

DEUTSCHE GRUPPENPSYCHOTHERAPEUTISCHE GESELLSCHAFT (DGG)

PSYCHOANALYTISCHE GRUPPENDYNAMIK
Selbsterfahrung in Gruppen

27. Klausurtagung in Stelzerreut bei Kumreut (Bayr. Wald)

Leitung: Dr. med. Günter Ammon
Ort: Tagesklinik für intensive Gruppenpsychotherapie der DGG in Stelzerreut bei Kumreut (Nähe Passau)
9. 4. – 19. 4. 1979

28. Klausurtagung in Paestum/Neapel

Leitung: Dr. med. Günter Ammon
Ort: Tagungszentrum der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) in Paestum (Salerno) bei Neapel
1. 6. – 11. 6. 1979

Information und Anmeldung:

Lehr- und Forschungsinstitut für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik (LFI) der DAP
Ausbildungsinstitut für Psychoanalyse
Wielandstraße 27–28 · 1000 Berlin 15
(030) 8839324

Münchener Lehr- und Forschungsinstitut der DAP
Leopoldstraße 87 · 8000 München 40
(089) 341444

Düsseldorfer Lehr- und Forschungsinstitut der DAP
Kurfürstenstraße 10 · 4000 Düsseldorf
(0211) 364900

Hamburger Lehr- und Forschungsinstitut der DAP
Laufgraben 37 · 2000 Hamburg 13
(040) 440740

Arbeits- und Studiengruppen der DAP:

ERLANGEN
Marquardsenstraße 18
8520 Erlangen
(09131) 20526

FREIBURG i.Br.
Werderring 16
7800 Freiburg
(0761) 33224

GIESSEN
Stephanstraße 47
6300 Gießen
(0641) 791634

HEIDELBERG
Friedrich-Ebert-Anlage 27
6900 Heidelberg
(06221) 26344

KÖLN
Ottostraße 45
5000 Köln 30
(0221) 558283

MAINZ
Goebenstraße 5
6200 Wiesbaden
(06121) 48815

PASSAU
Göttweigerstraße 76
8390 Passau
(0851) 34222

REGENSBURG
Bahnhofstraße 17
8400 Regensburg
(0941) 561455

SAARBRÜCKEN
Schwarzenbergstraße 36
6600 Saarbrücken
(0681) 38512

STUTTGART
Hauffstraße 7
7032 Sindelfingen
(07031) 874926

Handbuch der Dynamischen Psychiatrie

Herausgeber: Günter Ammon

ca. 640 Seiten, Leinen ca. DM 98,–, Subskriptionspreis 78,50

Dieses Werk stellt erstmalig ein Handbuch der Dynamischen Psychiatrie dar.

Unter Dynamischer Psychiatrie versteht der Herausgeber eine Psychiatrie, in der das Persönlichkeitsbild mit seiner psychogenetischen, psychodynamischen, strukturellen und gruppendynamischen Entwicklung, sowie das Hier und Jetzt der Persönlichkeit zu erfassen versucht wird.
Die Dynamische Psychiatrie integriert den das Organisch-medizinische betonenden Gesichtspunkt einer statisch-deskriptiven Psychiatrie mit den Ich-strukturellen, psychodynamischen und gruppendynamischen sowie gesellschaftlichen Aspekten. Die Dynamische Psychiatrie ist eine verstehende Psychiatrie, die sich um die Einzigartigkeit des ihr anvertrauten Menschen bemüht und danach fragt, wer er ist, warum er so geworden ist und welche gesunden Möglichkeiten für ein therapeutisches Programm vorhanden sind. Die Arzt-Patienten-Beziehung ist das wesentliche Moment der medizinisch-psychiatrischen Untersuchung und besonders der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung.
In diesem Handbuch wird die gegenwärtige Schule einer Dynamischen Psychiatrie in Deutschland als eine humanistische und anthropologische Wissenschaft mit Überwindung der herkömmlichen Nosologie der Schulpsychiatrie dargestellt. Ein Kapitel behandelt u.a. die Geschichte der Dynamischen Psychiatrie mit ihren Vorläufern wie Pinel, Griesinger, Simmel, Alexander, Sullivan, Karl Menninger bis hin zu Ammon und setzt sich kritisch mit den Prinzipien von Endogenität, Sozialpsychiatrie und Antipsychiatrie auseinander.
Die Ich-Strukturschicksale im gleitenden Spektrum der archaischen Ich-Krankheiten und die daraus resultierenden Krankheitsphänomene werden anhand des Störungsgrades von Ich-Funktionen bestimmt und dafür ein therapeutisches Setting als nachfolgende Ich-Strukturentwicklung bereitgestellt. Die Nosologie von Depression, Schizophrenie, Psychosomatik, Borderline, Zwang, Perversion, Sucht und Neurose wird in ihrem strukturellen Kernpunkt verstanden, vor allem in ihrer Dimension der defizitären Aggressions- und Narzißmusentwicklung.

Weitere Kapitel des Handbuches:
Das Ich-strukturelle, gruppendynamische und psychogenetische Verständnis von Krankheit
Diagnostisches Geschehen der Dynamischen Psychiatrie
Behandlungsmethoden der Dynamischen Psychiatrie
Die Dynamisch-psychiatrische Klinik
Kinder- und Jugendlichentherapie
Prävention
Psychoanalytischer Kindergarten
Forensische Dynamische Psychiatrie
Forschung
Ausbildung

Die Dynamische Psychiatrie mit ihrer Konzeption vom Menschen, vom Weg des Kontaktes zu anderen Menschen und einer Strategie für seine Behandlung zeigt einen hoffnungsvollen Weg in die Zukunft für alle psychisch Kranken. Die Elendsanstalten der Schulpsychiatrie, „die eitrigen Wunden unserer Gesellschaft" (Bettelheim), können nur verschwinden, indem in einer neu begründeten Behandlungswissenschaft die Spaltung von Psychoanalyse und Psychiatrie überwunden wird. In diesem allem Dogmatismus entgegengesetzten Geist hat die Dynamische Psychiatrie ihren Standpunkt. Dieses Standardwerk muß daher als Grundlage für alle in Psychiatrie, Psychotherapie und Pädagogik tätigen Menschen gelten.

Ernst Reinhardt Verlag München und Basel