ISSN 0012-740X

1 Z 4365 F

Dynamische Psychiatrie *Dynamic Psychiatry*

Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse

Herausgegeben von Günter Ammon

PSYCHOSOMATIK UND DEPRESSION I

Günter Ammon

Was ist Dynamische Psychiatrie?

Wolfgang Rock

Entwicklungskrisen und depressive Erkrankungen Jugendlicher im Konzept der Berliner Schule Günter Ammons

Ursula Keller-Husemann

Psychoanalyse und Sexualität — Ein Beitrag zum Verständnis konstruktiver und destruktiver Sexualität in der Dynamischen Psychiatrie

Robert H. Barnes

Pain and Suffering: A psychosomatic Problem

Wilfred Dorfmann

The Integration of Depression and Somatic Disease

12. Jahrgang 2. Heft 1979

55

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. Jahrgang. 2. Heft 1979, Nr. 55

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.

Günter Ammon (Berlin)
Was ist Dynamische Psychiatrie? 113
What is Dynamic Psychiatry? 121

Wolfgang Rock (Berlin)
Entwicklungskrisen und depressive Erkrankungen Jugendlicher im Konzept der Berliner Schule Günter Ammons 128
Developmental Crises and Depressive Illness of Adolescents in the Concept of Günter Ammon's Berlin School of Dynamic Psychiatry 138

Ursula Keller-Husemann (Düsseldorf)
Psychoanalyse und Sexualität – Ein Beitrag zum Verständnis konstruktiver und destruktiver Sexualität in der Dynamischen Psychiatrie 141
Psychoanalysis and Sexuality – On the Understanding of Constructive and Destructive Sexuality in Dynamic Psychiatry 157

Robert H. Barnes (Phoenix)
Pain and Suffering – A Psychosomatic Problem 162
Schmerz und Leiden – Ein psychosomatisches Problem 173

Wilfred Dorfman (New York)
The Integration of Depression and Somatic Disease 175
Zur Integration von Depression und somatischen Erkrankungen 182

Bücher- und Zeitschriftenspiegel / *Book and Journal Reviews* 185

XI. Internationales Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse 192

Was ist Dynamische Psychiatrie?**

Günter Ammon*

Die Dynamische Psychiatrie will menschliches Leben und Leiden einem neuen, ganzheitlichen Verständnis zugänglich machen. Sowohl in den orthodoxen psychoanalytischen als auch in den schulpsychiatrischen Konzeptionen vom Menschen sind wesentliche Bereiche menschlichen Lebens und Verhaltens als prinzipiell nicht erkennbar oder nicht einfühlbar ausgegrenzt.

Die Dynamische Psychiatrie hat ein umfassendes Krankheitsverständnis, das die erkrankte Persönlichkeit sowohl in ihren konstruktiven wie auch in ihren destruktiven Lebens- und Krankheitsprozessen versteht. Dynamische Psychiatrie wird somit nicht von Kategorien und phänomenologischer Nosologie beherrscht, die Krankheitsbilder statisch auf sogenannter endogener oder erbbiologischer Grundlage versteht und bearbeitet. Dynamische Psychiatrie heißt nicht nur, Psychiatrie dynamisch zu vertreten, sondern bedeutet eine lebendige Psychiatrie in Lehre, Forschung und Therapie.

Dynamik bedeutet hierbei die In-Beziehung-Setzung dynamischer, d. h. wechselseitiger Prozesse im Menschen selbst, in seinen gewachsenen konstruktiven oder destruktiven Persönlichkeitsstrukturen (Ich-Strukturen), die immer auch in einem dynamischen Wechselprozeß zu seiner Umgebung, d. h. zur umgebenden Gruppe und ihrer Dynamik stehen. Die Verinnerlichung dieser Prozesse in der frühen Kindheit macht nach unserer Auffassung den wesentlichen Anteil des Unbewußten des Menschen aus. In der Dynamischen Psychiatrie ist das Unbewußte nicht mehr ausgefüllt von verdrängten sexuellen oder aggressiven Konfliktstoffen, sondern vorwiegend das Gebiet gewachsener Persönlichkeitsstrukturen.

Die überinstituionalisierte Universitätspsychiatrie oder die trostlose Psychiatrie der Landesnervenkliniken, der Anstaltspsychiatrie, die von statisch-phänomenologisch orientiertem Denken mit ihrem Endogenitätsmythos beherrscht ist, ist keine Dynamische Psychiatrie.

Die Dynamische Psychiatrie vertritt ein ganzheitliches Krankheitsverständnis, bei dem sowohl die biologisch-organische Seite des Menschen, seine soziale Bedingtheit wie auch sein psychologisches Gewachsensein in ihrer jeweiligen Bedeutung einbezogen werden. Wissenschaftlicher Ausdruck hiervon ist das Ich-Strukturmodell, das den Menschen als ein gruppendynamisch, ich-strukturell und psychogenetisch bestimmtes Wesen auffaßt. An die Stelle des triebtheoretisch fundierten Instanzenmodells der Psychoanaly-

* Dr. med., Chefkonsiliarius der Dynamisch Psychiatrischen Klinik Menterschwaige, München

** Vorabdruck aus: Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, herausgegeben von Günter Ammon (München: Ernst-Reinhardt-Verlag)
Erscheinungstermin: Herbst 1979
Einladung zur Subskription: s. Beiblatt

se, dessen therapeutische Ineffizienz und Hilflosigkeit sich zunehmend erweist, tritt in der Dynamischen Psychiatrie ein Persönlichkeitsmodell, das die konzeptionelle Integration von Psychoanalyse, Gruppendynamik und Psychiatrie anstrebt. Die psychoanalytische Erkenntnis der Dynamik des Unbewußten wird für die Dynamische Psychiatrie fruchtbar gemacht. An die Stelle des triebtheoretischen Neurosenmodells, welches weite Bereiche von Emotionalität und Sexualität des Menschen in einen animalischen Bereich verbannt, tritt die Auffassung einer Hierarchie von primären (biologisch-physiologischen), zentralen (die die geistige Mitte des Menschen ausmachen) und sekundären (die die funktionale Front des Menschen ausmachen) Ich-Funktionen. Diese Potentialität der Persönlichkeit eines Menschen kann sich nur in einem dauernden Austauschprozeß mit einer lebensnotwendigen umgebenden Gruppe von Geburt an entwickeln.

Insofern geht die Dynamische Psychiatrie von einer Gesamtkonzeption des Krankheitsgeschehens als einem ich-strukturellen realen Defizit und einem dazu korrespondierenden ganzheitlichen therapeutischen Programm aus. Psychiatrische Krankheiten werden als ich-defizitäre-, die im eigentlichen Sinne Identitätskrankheiten sind, aufgefaßt.

Die Dynamische Psychiatrie hat ein nosologisches Krankheitsverständnis nicht ganz aufgegeben. Der Großteil aller psychischen Erkrankungen wird durch den Symbiosekomplex bestimmt, in dem eine defizitäre frühe Mutter-Kind-Symbiose im Mittelpunkt steht. Der Symbiosekomplex ist der dynamische Kern der meisten Ich-Krankheiten. Bei den schwersten Störungen kommt es allerdings gar nicht erst zur Entwicklung der symbiotischen Beziehung (vgl. später im Handbuch ausgeführt die von mir und meinen Mitarbeitern entwickelte Spektraltheorie). Auf einem gleitenden Spektrum der archaischen Ich-Krankheiten sind Neurose, Borderline-Symptomatik, destruktive Sexualität (sexuelle Perversion u.a.), Sucht, psychotische Reaktionen, Psychosomatik und Depression anzuordnen. Die Anwendung des gruppendynamisch bedingten Ich-Strukturkonzeptes ermöglicht es, die verschiedenen Krankheitsbilder in ihren ich-strukturellen, psychodynamischen und familiendynamischen Aspekten zu verifizieren und auch abzugrenzen. Die Erkenntnis der ich-strukturellen Gemeinsamkeiten und Unterschiede der jeweiligen Krankheitsbilder ist die Grundlage für eine effektive Behandlungskonzeption. Das Konzept eines gleitenden Spektrums verschieden schwerer Ich-Erkrankungen (Spektraltheorie) mit dem dazu korrespondierenden Behandlungsprogramm wird in diesem Handbuch zum ersten Mal systematisch dargestellt.

Die Dynamische Psychiatrie versteht das Krankheitsgeschehen in seinen aktuellen Lebensbezügen, in dem Übertragungs-Beziehungs-Geflecht zum Behandlungsteam sowie zum Dynamischen Psychiater selbst. Sowohl die Gruppendynamik der Institution, der gesamten Klinik, der milieutherapeutischen Gemeinschaft, der Tages- und Nachtklinik sowie von Polikliniken und Ambulatorien werden für die Behandlung des einzelnen Patienten und

für die Gruppe der Patienten erkannt und eingesetzt. Entsprechend der Ich-Struktur des Patienten kann ein individuelles und dynamisch orientiertes Behandlungsprogramm entwickelt werden.

Dynamische Psychiatrie berücksichtigt die aktuelle Lebensdynamik der erkrankten Persönlichkeit und ihre Beziehungen. Arbeitslosigkeit, Schwierigkeiten am Arbeitsplatz, konfliktuöse Partnerbeziehungen oder andere Streßsituationen wirken oft auslösend für eine psychische Erkrankung, die ihre Wurzeln in der frühen Kindheit hat, in der konstruktive und destruktiv-defizitäre Lebens- und Krankheitsprozesse verursacht wurden. Die aktuelle Gruppensituation des Patienten spiegelt somit häufig seine Psychogenese wider. Denn zur Dynamik einer Persönlichkeit gehört immer die aktuelle und die verinnerlichte Gruppendynamik der Kindheit, die die Ausprägung der Persönlichkeitsstrukturen entscheidend beeinflußt. Im Rahmen eines ichstrukturellen und gruppendynamischen Konzepts wird somit auch die Interdependenz von Ich- und Gruppenfunktionen der Persönlichkeit entdeckt und für Therapie und Forschung nutzbar gemacht. Innerhalb des ganzheitlichen therapeutischen Ansatzes wird nicht nur mit den kranken, sondern auch mit den gesunden Anteilen der Persönlichkeit des Patienten gearbeitet, auf der Grundlage eines therapeutischen Bündnisses, das von der Achtung und dem Ernstnehmen des Kranken getragen wird.

Die Dynamische Psychiatrie bezieht in ihre Auffassung vom Menschen die Dimension der Zeit zentral ein; die Zeit des Patienten wird nicht vergeudet, die Lebenszeit, die ihm zur Verfügung steht, wird ernst genommen, gleichwohl wie ihm Lebenszeit des Therapeuten und seines Teams gegeben wird.

Die Dynamische Psychiatrie begreift das Wesen des Menschen als in der Vergangenheit gewachsen, sie integriert seine Gegenwart und mögliche Zukunft. Dynamische Psychiatrie legt „human potentialities" (menschliche Möglichkeiten) frei im Gegensatz zur Schulpsychiatrie, die durch Unterforderung Entwicklung verhindert. Die dynamisch-psychiatrische Arzt-Patient-Beziehung ist eine partnerschaftliche. Dynamische Psychiatrie ist immer auch eine verstehende Psychiatrie, die den Menschen als eine Persönlichkeit im eigenen Recht ansieht und ihr Interesse auf seine noch vorhandenen Identitätsmöglichkeiten richtet. Dynamische Psychiatrie verwirklicht somit auch eine Identitätstherapie. Sie wird dem Patienten helfen, seine destruktiven Ich-Funktionen einzugrenzen, sich gegen andere Interessen, andere Menschen, andere Meinungen und Aktivitäten, die nicht seinen Bedürfnissen entsprechen, abzugrenzen; und sie wird ihm schließlich helfen, auch sich selbst abgrenzen zu lernen. Sie stellt ihm ein Milieu bereit, in dem seine defizitären Ich-Funktionen entwickelt und nachholend aufgebaut werden können.

Dynamische Psychiatrie, wie ich sie mit meinen Mitarbeitern in Europa entwickelt habe, unterscheidet sich insofern in vielen Punkten von der mehr eklektisch arbeitenden amerikanischen Dynamic Psychiatry, die zwar mit unserer Dynamischen Psychiatrie gleiche Wurzeln hat und auch vorüberge-

hend den gleichen Weg ging (wenn ich an meine Zeit in den Vereinigten Staaten denke – es handelte sich um fast ein Jahrzehnt meiner wichtigsten Lebenszeit), und sie geht zurück, wie *Gerd Röhling* im historischen Kapitel dieses Handbuches darlegt, auf viele bedeutende Psychoanalytiker und Psychiater, die aus Europa in die Vereinigten Staaten emigrierten. Die Dynamische Psychiatrie wird getragen von Namen wie *Harry Stuck Sullivan, Frieda Fromm-Reichmann, Robert Knight, David Rapaport, Franz Alexander* und *Karl Menninger,* der mein Lehrer war.

Dynamische Psychiatrie wird immer auch prophylaktisch sein. In fast allen Städten der Bundesrepublik Deutschland einschließlich West-Berlin findet prophylaktische Arbeit statt: in Instituten durch gruppendynamische Selbsterfahrung und psychoanalytische Balint-Gruppenarbeit für Ärzte und alle im sozialen Bereich Tätigen, sowie in den von *Gisela Ammon* entwickelten Psychoanalytischen Kindergärten. Allein durch die dynamisch-psychiatrischen Balint-Gruppen für Ärzte und die großen gruppendynamischen Klausurtagungen werden im Jahr zur Zeit über 200.000 Menschen erreicht, denen ein Stück Menschlichkeit und Identität vermittelt werden kann. Die gruppendynamische Selbsterfahrung eröffnet die Möglichkeit, kanalisiertes Denken abzubauen, Emotionalität und kognitive Prozesse in Einklang zu bringen. Sie eröffnet häufig den Menschen eine nie erlebte emotionale Zuwendung und eine Form einmaliger Öffentlichkeit, die identitätserweiternd wirkt.

Dynamische Psychiatrie wird auch immer eine soziale Psychiatrie sein, wie ich dies in meiner Grußbotschaft an den letzten Weltkongreß für Sozialpsychiatrie in Lissabon im Jahr 1978 ausgedrückt habe, was mit großer Zustimmung aufgenommen wurde.

Dynamische Psychiatrie wird einen sozialen und humanistischen Ansatz vertreten und auch berufspolitisch in dieser Richtung aktiv sein – nicht zu verwechseln allerdings mit gewissen deutschen Splittergruppen, die mit Sozialpsychiatrie ein politisches Mandat meinen und die Interessen der Patienten politisch mißbrauchen. Dynamische Psychiatrie wird sich für die Belange von Menschlichkeit in der Psychiatrie einsetzen. Denken wir hier an ein Wort *Bruno Bettelheims*[1], der die Gettos psychiatrischer Elends- und Verwahranstalten von Landesnervenkliniken als die eitrigen Wunden unserer Gesellschaft bezeichnet hat. Dynamische Psychiatrie fordert auch, daß die soziale Psychiatrie ein dynamisch-psychiatrisches Behandlungskonzept anwendet.

Die Dynamische Psychiatrie wird auch immer ein menschenfreundliches, kreatives Milieu für ihre Mitarbeiter fördern und durchzusetzen versuchen, wie dies in einer großen Zahl dynamisch-psychiatrischer Einrichtungen be-

[1] In seinem Werk „Der Weg aus dem Labyrinth" beschreibt *Bruno Bettelheim* die 25-jährige erfolgreiche Erfahrung in einer Dynamisch-Psychiatrischen 45-Betten Klinik, die phänomenologisch vieles gemeinsam hat mit unseren Dynamisch-Psychiatrischen Kliniken im Freistaat Bayern.

reits mit Erfolg geschehen ist. Die Dynamische Psychiatrie wird Zeit für die Fort- und Weiterbildung ihrer Mitarbeiter bereitstellen.

Dynamische Psychiatrie hat fast den Charakter einer Volksbewegung bekommen, wenn wir an die vielen Teilnehmer von gruppendynamischen Klausurtagungen denken, die der Prävention und Selbsterfahrung dienen. In neuester Zeit hat sich auch eine dynamisch-psychiatrische Kriminologie und eine dynamisch-psychiatrische Gerontologie in unserer Akademie entwikkelt. Der äußere Rahmen der dynamisch-psychiatrischen Bewegung ist die *Deutsche Akademie für Psychoanalyse*.

Zur Dynamischen Psychiatrie gehört eine gründliche psychotherapeutische und gruppendynamische Ausbildung des gesamten Mitarbeiterstabs nach wissenschaftlichen Maßstäben. Dynamisch-psychiatrische Therapeuten sind als Psychoanalytiker, Gruppenpsychotherapeuten und Gruppendynamiker ausgebildet und verfügen über ein Wissen um psychosomatische Zusammenhänge.

Vor dem Hintergrund eines zunehmenden Ansteigens besonders der schweren psychischen Krankheitsbilder wie dem Borderline-Syndrom, den psychosomatischen Erkrankungen, der Depression, besonders der Sucht-Erkrankungen, der Borderline-Kriminalität sowie der Altersdepression und der schizophrenen Reaktionen ist zu sagen: Dynamische Psychiatrie tut not. Denn die neurotischen Erkrankungen werden zunehmend durch das große Gebiet der schweren Ich-Erkrankungen im gesamtgesellschaftlichen Umfang abgelöst. Das weite Behandlungsprogramm der Dynamischen Psychiatrie ist die Antwort auf diese menschliche und gesellschaftliche Herausforderung. In dem Kapitel „Gesellschaftstheoretischer Ansatz in der Dynamischen Psychiatrie" wird von meinem Mitarbeiter *Manfred Deutschmann* ein Versuch unternommen, die gesellschaftlichen Ursachen psychischer Erkrankung zu untersuchen. Allerdings ist auf diesem Gebiet von verschiedenen Dimensionen her noch viel Forschungsarbeit zu leisten. Ich möchte an dieser Stelle betonen, daß die Dynamische Psychiatrie sich grundsätzlich gegen die Antipsychiatrie abgrenzt, die jegliches Krankheitsverständnis zugunsten eines einseitigen sozialen oder gesellschaftlichen Reduktionismus aufgegeben hat. Indem psychisches Leiden einseitig auf soziale Determinanten zurückgeführt wird, werden die kranken Menschen therapeutisch im Stich gelassen.

Es ist natürlich nicht zu übersehen, daß die allgemeine Überinstitutionalisierung, die Verbürokratisierung, die Abspaltung von Gefühlen und Denken, von eigenständigem identitätsträchtigen Tun und von Eigenverantwortlichkeit an den entsprechenden wichtigen Orten unserer Gesellschaft, die weitgehend entpersonifiziert ist, Ursachen für die Entstehung psychischer Erkrankungen sind. In den letzten 200 Jahren hat mehr und mehr eine Trennung des Menschen aus seinen gewachsenen Gruppenbezügen stattgefunden, die es früher in menschlichen Kulturen zu keiner Zeit gegeben hat. Das heutige Leben des Einzelnen oder das Leben in Kleinstfamilien, oft mit völliger Kontaktlosigkeit zur unmittelbaren Umgebung der Nachbarschaft, sind

künstliche Produkte unserer gegenwärtigen Gesellschaft. In unserer Gesellschaft, im Staat und im Berufsleben fehlen weitgehend Persönlichkeiten, die Vorbilder zur Identifikation sein können. So ist auch zu verstehen, daß die Jugend heutzutage mehr und mehr Vorbilder in Sekten, fernöstlichen Kulturen und Weltanschauungen sucht (nach neuesten Erhebungen in der Bundesrepublik über 20 %). Ebenso hat in den letzten Jahrzehnten an der Universität ein Prozeß der Überinstitutionalisierung, der Verbürokratisierung und der Zerstörung mitmenschlicher Bezüge stattgefunden. Die platonischen Beziehungen von Persönlichkeiten, die lehrten, dachten und für die Lernenden Vorbild waren, wurden zerstört.

Eine Dynamische Psychiatrie wird immer auch eine geistige Psychiatrie sein, die das Bild eines geistigen Menschen hat, der Kulturträger sein kann, jenseits aller Schichtspezifität. Die Dynamische Psychiatrie akzeptiert keine Status-, Schicht- und Rollenschranken. Einem Arbeiter kann ebenso zur Identität im eigenen Recht, einem kreativen geistigen Dasein verholfen werden wie Menschen aller anderen sozialen Schichten.

Dynamische Psychiatrie bekennt sich zu einem Menschenbild, in dem der Mensch ein geistiger Mensch ist, der Bedürfnisse hat und dessen Bedürfnisse in ihrer Einzigartigkeit anerkennt, bestätigt und befriedigt werden sollen.

Ich denke an einen historischen Bericht, den mein Freund und Kollege Professor *Destounis* anläßlich eines wissenschaftlichen Abends in unserem Institut gab, nämlich als er davon berichtete, daß *Hippokrates* etwa um das Jahr 400 v. u. Z. am makedonischen Hof den König *Perdikka* zu behandeln hatte, der an einer seltsamen Krankheit von Müdigkeit und Apathie litt. *Hippokrates* bekam durch seine Gespräche mit dem kranken König heraus, daß er in die jünge Mätresse *Phila* seines verstorbenen Vaters *Alexander Philhelene* verliebt war. *Hippokrates* half ihm, das Tabu aufzuheben und erlaubte ihm, daß er sich schuldfrei mit dieser jungen Frau zusammentun konnte. Daraufhin genas der König von seiner rätselhaften Krankheit.

Ich meine, daß an diesem Beispiel der Geist der Dynamischen Psychiatrie deutlich wird, die dem Menschen hilft, Wünsche und Bedürfnisse zu verstehen und zu erfüllen und nicht umgekehrt versucht, eben diese Bedürfnisse wegzuanalysieren und dem Menschen klar zu machen, daß er seine geheimen Wünsche aufzugeben habe. In diesem Sinne ist die Dynamische Psychiatrie auch keine Anpassungspsychiatrie, sondern eine Psychiatrie, die den Menschen in seiner Einzigartigkeit anerkennt.

Die therapeutische Gruppe innerhalb der Dynamischen Psychiatrie versucht, ihren Mitgliedern zu helfen, Ich-Funktionen und Fähigkeiten, die der einzelne nicht hat, zur Verfügung zu stellen durch entsprechend begabte Mitglieder der Gruppe.

Durch den von mir und meinen Mitarbeitern entwickelten Ich-Strukturtest ist die Möglichkeit gegeben, ein Persönlichkeitsprofil jedes einzelnen Patienten zu erstellen und seine unterschiedlichen Ich-Strukturen mit ihren gesunden und kranken Ich-Anteilen, mit ihren defizitären und überkompen-

sierten Ich-Funktionen zu erfassen. Damit kann erstmalig innerhalb der Psychiatrie eine einzigartig personifizierte Diagnose erstellt werden. Für den Patienten kann ein individuell zusammengestelltes Behandlungsprogramm eingesetzt werden. Darüberhinaus bietet der Ich-Strukturtest die Möglichkeit, auch die Persönlichkeitsstrukturen des Behandlungsteams zu untersuchen und dadurch für jeden Patienen den geeigneten Therapeuten zu finden. Das Abstimmen der Persönlichkeitsstrukturen von Therapeut und Patient bedingt eine größere therapeutische Effektivität, dies ganz besonders, wenn man den Mut hat, während eines laufenden Behandlungsprozesses auch einen Therapeutenwechsel vorzunehmen. Wir haben die Erfahrung gemacht, daß therapeutische Prozesse stagnieren, wenn die Ich-Strukturen von Therapeut und Patient zu ähnlich sind.

Eine Dynamische Psychiatrie wird mit Hilfe von Team-Konferenzen, in Gruppenarbeit, in Gruppenpsychotherapie mit den Patienten arbeiten; eines ihrer wesentlichen therapeutischen Merkmale wird die Gruppenpsychotherapie und die milieutherapeutische Gemeinschaft sein, dazu gehört auch die entsprechende Gruppenkontrolle des therapeutischen Teams, die Auseinandersetzung aller Mitglieder des therapeutischen Teams untereinander über die ihm anvertrauten Patienten. Eine Dynamische Psychiatrie sollte also ständig auch über sich selbst reflektieren und sich dabei weiterentwickeln.

Zusammenfassend möchte ich noch einmal die wesentlichen Merkmale einer Dynamischen Psychiatrie nennen:

1. Die Dynamische Psychiatrie erfaßt nicht nur die kranken, sondern auch die gesunden Persönlichkeitsanteile und macht diese für den therapeutischen Prozeß nutzbar.
2. Die Dynamische Psychiatrie versteht den Menschen als ein biologisch-physiologisch und sozial gewachsenes Wesen; psychische Krankheiten gehen auf Störungen in diesen Bereichen zurück.
3. Ich-Strukturen sind gruppengewachsen und im Unbewußten verankert.
4. Das ich-strukturelle und gruppendynamische Prinzip dient dem Verständnis der Persönlichkeit und der Behandlungsmethodik.
5. Der Symbiose-Komplex ist die Wurzel der meisten archaischen Ich-Krankheiten – im Gegensatz zu dem Freudianischen Ödipuskomplex. Bei den schwersten Störungen ist es allerdings nicht zum Erreichen der symbiotischen Phase gekommen.
6. Die resultierenden Ich-Strukturen sind bestimmt durch ihre konstruktiven und destruktiven Anteile; dadurch sind die archaischen Ich-Krankheiten innerhalb eines gleitenden Spektrums (Spektraltheorie) definiert.
7. Dynamische Psychiatrie hebt den orthodoxen Krankheitsbegriff der Geisteskrankheit, der ein soziales Todesurteil darstellt, durch die Auffassung von einem gleitenden Spektrum archaischer Ich-Krankheiten, d. h. defizitärer und destruktiver Ich-Strukturen, auf.
8. Dynamische Psychiatrie setzt das Krankheitsgeschehen in Beziehung zum gesellschaftlichen Zusammenhang.

9. Die Quellen der Dynamischen Psychiatrie sind Psychoanalyse, klassische Psychiatrie und Gruppendynamik.
10. Gemeinsamer Bezugspunkt der Dynamischen Psychiatrie, der Sozialpsychiatrie und der Antipsychiatrie ist ihr humanistisches Anliegen.
11. Prophylaxe psychischer Krankheiten ist möglich durch psychoanalytische Kindergärten, gruppendynamische Selbsterfahrungsgruppen und gruppendynamische Balint-Gruppen.

Im Mittelpunkt einer Dynamischen Psychiatrie steht der Mensch; er ist Mittelpunkt und gleichzeitig Diener der Gruppe.

Adresse des Autors:
Dr. med. Günter Ammon
Prinz-Friedrich-Leopold-Str. 21
1000 Berlin 38

What is Dynamic Psychiatry?**

Günter Ammon*

Dynamic Psychiatry sets out to make human life and suffering accessible to a new holistic understanding of man. Both orthodox psychiatry and psychoanalysis do not show a sympathetic understanding of human life and conduct.

Dynamic Psychiatry has a comprehensive concept of disease considering both the constructive processes of life and illness in the suffering person. Thus, Dynamic Psychiatry does not follow rules of categories and phenomenological nosology which understand and treat diseases on the basis of so-called endogenity or heredity. Dynamic Psychiatry calls for more than just a dynamic representation of psychiatry. Dynamic Psychiatry means psychiatry to be full of life in teaching, research und therapy.

In this sense, 'dynamics' has the meaning of establishing the relationship of processes within a person himself and his grown constructive and destructive structure of personality (Ego-structures) which always includes a mutual process of exchange with his environment, i.e. the groups and their dynamics around him. The introjection of these processes in early childhood are – in our understanding – the essential part of the unconscious of man. Dynamic Psychiatry regards the unconscious not as consisting of repressed sexual or aggressive conflict material, but mainly as the domain of grown personality structures.

The over-institutionalized orthodox psychiatry as taught at the universities or the desolate psychiatry of state mental hospitals or other institutions which are concerned with the static-phenomenological and the myth of endogenity are not a Dynamic Psychiatry.

Dynamic Psychiatry stands for a holistic understanding of illness: the respective contributions of the social, environmental and psychological part of human life on the one side, and the organic biological part on the other side are taken into consideration. The scientific expression of this point of view is the ego-structure model that conceives of man as a groupdynamical, ego-structural and psychogenetic being. The libido model of psychoanalysis, founded on drive theory, whose therapeutic inefficiency and helplessness becomes more and more evident, is substituted by Dynamic Psychiatry. Dynamic Psychiatry aims at a conceptual integration of psychoanalysis, groupdynamics and psychiatry in a new model of personality. The psychoanalytic

* M. D., Chief-Consultant of the Dynamic Psychiatric Clinic Menterschwaige, Munich

** Advance copy: Handbook of Dynamic Psychiatry, edited by Günter Ammon (Munich: Ernst-Reinhardt-Public.)
Date of Publication: Autumn 1979. Invitation for subscriptions: notice supplement.

understanding of the dynamics of the unconscious expands Dynamic Psychiatry. The drive theoretic model of neurosis that bans large parts of emotions and sexuality to animalistic regions is substituted by an understanding of a hierarchy of ego-functions: the primary (biological/physiological), central (the spiritual and intellectual center of man) and the secondary (the functional capability of man) ego-functions. In the personality of man, this potentiality only develops itself in the continuing process of exchange with the surrounding group from birth on.

Thus, Dynamic Psychiatry proceeds from a holistic concept of illness as a real ego-structural deficit and offers the corresponding holistic therapeutical program. Psychiatry diseases are regarded as diseases of ego-deficits and are always considered to be identity diseases.

Dynamic Psychiatry has not completely abandoned the nosological approach to disease. To a large extent, the origin of mental illness is found in the symbiosis complex with the deficitary mother-child symbiosis in its center as its focal point. The symbiosis complex is the dynamic nucleus of most of the ego-diseases. The most severe disturbances, however, do not even allow the development of a symbiotic relationship (see in the Handbook of Dynamic Psychiatry the spectral theory as developped by me and my co-workers). Neurosis, Borderlinesymptoms, addiction, psychotic reaction, psychosomatic reactions and depression are arranged on the gliding spectrum of archaic ego-diseases.

The application of the concept of ego-structure, which is always a groupdynamic one, allows to verify and distinguish different clinical symptomatologies and their ego-structural and psychodynamic and familydynamic aspects. The recognition of both the common and differentiating features of the respective clinical symptomatologies is the basis for an effective therapeutic concept. The concept of a gliding spectrum for the varying degrees of ego-diseases (spectral theory) and the corresponding therapeutic program are presented in the Handbook of Dynamic Psychiatry for the first time in a systematic manner.

Dynamic Psychiatry looks at the process of disease both in the actual environment and in the transference-relationship network to the therapeutic team and to the Dynamic Psychiatrist himself. Groupdynamics of the institution, of the whole clinic, the milieutherapeutical community, the day- and night clinic as well as the outpatient clinics and ambulatories are recognized and used in the treatment of individual patients and groups of patients. Corresponding to the ego-structure of the patient, an individual and dynamically oriented therapeutic program will be developped.

Dynamic Psychiatry takes into consideration the dynamics of the actual life of the sick person and his relationships. Unemployment, difficulties at his job, conflicts with the partner and other stress situations often have a triggering-off effect for mental disease, rooted in early childhood where constructive and destructive-deficitary processes of life and disease take their origin.

Thus, the actual group situation of the patient frequently reflects his psychogenesis since a person's dynamics always consists of both his present group situation and the introjected groupdynamics of his childhood, which has decisively influenced the development of his ego-structures. Within the framework of an ego-structural and groupdynamic concept, the interdependency of ego- and group-functions of personality is layed open and applied to therapy and research. This therapeutic and holistic approach uses both the sick and the healthy components of a patient's personality on the basis of a therapeutic alliance in which the patient is respected and taken serious.

In Dynamic Psychiatry the dimension of time is in central position; the patient's time is not wasted; his life-time, the time he has at his disposal, is taken serious and, at the same time, furthermore, the therapist and his team give time of their own life to the patient. Dynamic Psychiatry understands a human being as grown in the past, and integrates his present condition and his possible future. Dynamic Psychiatry exposes "human potentialities", in contrast to orthodox psychiatry which prevents development by demanding too little. Dynamic Psychiatry is an empathetic psychiatry since man is regarded as a person in his own right and his still existing identity potentialities are in the center of interest: the Dynamic Psychiatry and his patients are partners. Thus, Dynamic Psychiatry materializes an identity therapy. Identity therapy assists the patient to limit his destructive ego-functions and to demarcate himself against other interests, other people, other opinions and activities. This special kind of therapy presents him with a milieu for development and retrieval of his deficitary ego-functions.

Accordingly, Dynamic Psychiatry – as developped by me and my co-workers – differs in many points from the eclectic American dynamic psychiatry which indeed shares the same source with our Dynamic Psychiatry and temporarily followed the same path (when I remember the time I spent in the United States – almost a decade of the most important time of my life) – and it can be traced back – as *Gerd Röhling* points out in the historical chapter of the Handbook – to many important psychoanalists and psychiatrists who had emigrated from Europe to the United States. Dynamic Psychiatry has been carried by names like *Harry Stuck Sullivan, Frieda Fromm-Reichmann, Robert Knight, David Rapaport, Franz Alexander* and *Karl Menninger,* who was my teacher.

Dynamic Psychiatry is always a prophylactic psychiatry. In almost all cities of the Federal Republic of Germany (including West-Berlin) there is some prophylactic work done: in the institutes through groupdynamic sensitivity training and psychoanalytic Balint-groups for physicians and all other professions working in the social field and in the Psychoanalytic Kindergardens as they were developped by *Gisela Ammon.* At the time being, just the Dynamic Psychiatry Balintgroups for physicians and the large groupdynamic meetings (10-day-sensitivity training), influence more than 200.000 people a year and provide them with an experience of humanity and identity.

Groupdynamic sensitivity training makes it possible to stay off from canalized thinking and to integrate processes of emotions and intellect. Frequently, people experience a completely new emotional attention and a kind of publicity that expands their sense of identity.

Dynamic Psychiatry is also a social psychiatry, as it was outlined by me in my salute to the latest world congress of social psychiatry in Lisbon last year and was largely agreed upon.

Dynamic Psychiatry represents a social and humanistic approach and, within professional politics, will actively work in that direction – but it should not be mixed up with certain German sects which confuse social psychiatry with a political call and misuse the interest of the patients for their political goals. Dynamic Psychiatry will put all its weight in for the struggle for humanity within psychiatry. I want to remind you of a quote by *Bruno Bettelheim*[1] (1975) who called the state mental hospitals, the psychiatric slums and custody institutions, "the pussy wounds of society". Dynamic Psychiatry demands from social psychiatry to apply a dynamic psychiatric therapeutical concept.

Dynamic Psychiatry struggles to promote and achieve a benevolent, creative milieu for the staff as has been done successfully in a large number of Dynamic Psychiatric institutions. Dynamic Psychiatry will set time free for further training of the staff.

In some way, Dynamic Psychiatry became a movement of all the people who participate in our groupdynamic sensitivity trainings and their prophylactic results. Recently, a dynamic psychiatric criminology and Dynamic Psychiatric gerontology has been established with our Academy. The organizational frame of the Dynamic Psychiatric movement is the German Academy of Psychoanalysis.

Dynamic Psychiatry implies a thorough training in psychotherapy and groupdynamics on scientific guidelines for the entire staff. Dynamic Psychiatric therapists are trained as group-psychotherapists and groupdynamic leaders and acquire a competence in psychosomatics. The increasing number of cases of severe mental diseases, e. g. the Borderline-syndrome, psychosomatic illnesses, depression, especially drug-addiction, Borderline delinquency, senile depression and schizophrenic reaction demand; we need Dynamic Psychiatry. Throughout society, the neurotic diseases are gradually substituted by the large area of severe ego-diseases. The extentive therapeutic program of Dynamic Psychiatry is the answer to this individual and social challenge. In the chapter "Sociological Basis of Dynamic Psychiatry" of the Handbook, the attempt is made to investigate the social causes for mental illness. However, in this area a lot of research has still to be done. At this point, I want to stress the fact that Dynamic Psychiatry is differentiated from

[1] In his book "A House for the Heart", *Bruno Bettelheim* reports on 25 years with a 45-bed-psychiatric-clinic which, on an phenomenological level, strongly resembles our Dynamic Psychiatric clinic in Bavaria.

Anti-psychiatry which has abandoned all understanding of disease in favour of social reductionism. By reducing mental suffering unilaterally to social conditions, people will be left alone. Of course, one cannot ignore the fact of the genesis of mental illness as being caused by a general over-institutionalization, overwhelming burocracy, the growing gap between the processes of thinking and feeling, and the lack of identity and personal responsibility.

For the last 200 years, man has become more isolated from his naturally grown groups than ever before in human civilization: today's individual life in small family units without any contact to the neighbours is an artificial product of modern society. Society, government and professional life, to a far extent, offer no individualities for identification. Thus, it is easy to understand that the youth of today identify with sects and far-Eastern cultures (according to the newest statistics 20 % of the youth in the Federal Republic of Germany belong to some sect or other). In the same manner, the universities have entered a process of over-institutionalization, overwhelming burocracy and destruction of human relationships. The *Platonic* relationships among persons who teach and think together and offer themselves for identification to the students have been destroyed.

Dynamic Psychiatry is always a spiritual-intellectual psychiatry with a spiritual-intellectual concept of man, the maintainer of culture, regardless of his class origin. Dynamic Psychiatry does not accept barriers of status, role or class. A man from the working class can develop an identity in his own right and lead a creative, intellectual and spiritual life as well as any member of any other social class. Dynamic Psychiatry has a concept of man as a spritual and intellectual being with personal wants and needs whose uniqueness should be acknowledged and satisfied.

I'm thinking of Professor *Destounis* as he delivered a scientific lecture at our institute. He told the story of *Hippokrates* who had been called to the *Macedonic* king *Perdikka* ca. 400 years BC. *Perdikka* was suffering from a strange disease of fatigue and apathy. In long talks with the sick king, *Hippokrates* found out that *Perdikka* had fallen in love with the mistress of his deceased father. *Hippokrates* helped him to put an end to the tabu by permitting him to unite with the young woman without feelings of guilt. Following this advice, the king recovered from his strange disease.

I claim that this example shows clearly the spirit of Dynamic Psychiatry: it helps man to understand his wishes and needs and does not, vice versa, try to analyze away his needs and talk man into giving up his secret desires. In this respect, Dynamic Psychiatry is not "adjustment psychiatry", but a psychiatry that recognizes each person in his particular uniqueness.

In Dynamic Psychiatry the therapeutical group tries to support each individual member by placing the ego-functions and abilities of other in this respect more talented of his group at his disposition.

The ego-structure test as developped by me and my co-workers made it possible to draw a personality profile of each patient individually by his va-

rious ego-structures and their healthy and sick parts of the Ego, their deficitary and over-compensated Ego-functions. Thus, for the first time in the history of psychiatry, a unique individual diagnosis can be made. Moreover, the ego-structure test makes it possible to investigate the personality structure of the therapeutic team and to find the best suited therapist for each patient. Matching the personality structures of patient and therapist is the condition for a larger therapeutic efficiency, particularly when one has the courage to exchange therapists during the therapeutic process. We have learned from experience that the therapeutic process reaches a stand-still when the ego-structures of patient and therapist resemble each other too closely.

Dynamic Psychiatry utilizes staff-meetings, group-work and group therapy to work with the patients; some of its characteristic features are group psychotherapy and the milieutherapeutic community including – as a matter of fact – corresponding supervisory groups of the therapeutic staff, confrontation of all members of the therapeutic staff within that group about the entrusted patients.

Thus Dynamic Psychiatry should engage in a continuing inner discussion progress as a matter of further development.

As a summary I want to list the characteristic features of Dynamic Psychiatry.

1. Dynamic Psychiatry does not only register the sick components of the patients' personality but also the healthy ones are made use of in the therapeutic process.
2. Dynamic Psychiatry understands man as both a biological-physiologically and a socially grown being; mental illness originates from both aspects.
3. Ego-structures grow in groups and are tied to the unconscious.
4. Personality model and therapeutic methods are grounded in the principle of ego-structures and groupdynamics.
5. The symbiosis complex is the root of most of the archaic ego-diseases – in contrast to the Freudian Oedipus-complex. The most severe disturbances lack even the symbiotic phase.
6. The grown ego-structures are characterized by their constructive and destructive components; thus, the archaic ego-diseases are defined by their relative position on a gliding spectrum (spectrum-theory).
7. Dynamic Psychiatry substitutes the orthodox definition of mental illness, which is the equivalent to a social death sentence, by a new understanding: the gliding spectrum of archaic ego-illnesses, e.g. deficitary and destructive ego-structures.
8. Dynamic Psychiatry sees the process of disease as bedded into the social context.
9. The sources of Dynamic Psychiatry are to be found in psychoanalysis, classical psychiatry and group dynamics.

10. Common territory of Dynamic Psychiatry, social psychiatry and Anti-psychiatry are their humanistic intentions.
11. Kindergardens, groupdynamic sensitivity training and groupdynamic Balint-groups open the gates for the prophylaxis of mental illness.

The human being is the focal point of Dynamic Psychiatry; man is both focus and servant of the group.

Adress of the author:
Dr. med. Günter Ammon
Prinz-Friedrich-Leopold-Str. 21
1000 Berlin 38

Entwicklungskrisen und depressive Erkrankungen Jugendlicher im Konzept der Berliner Schule Günter Ammons**

Wolfgang Rock*

Entwicklungsprozesse, Krisen und Erkrankungen Jugendlicher beschreibt der Autor als verschiedene Auseinandersetzungen um die zentrale Ich-Funktion der Identität, die zum integrativen Moment einer Entwicklungspsychologie im Rahmen der Dynamischen Psychiatrie Günter Ammons wird.
Eine Entwicklungspsychologie, die die Stetigkeit aller persönlichkeitsbildenden Prozesse ignoriert, indem sie die sogenannte Jugendlichenkrise als besondere Phase des Eintretens in die „Welt der Erwachsenen" spezifiziert, geht am Kern des Identitätsgedankens vorbei, weil sie Anpassung gegenüber Kreativität betont. Der Autor kritisiert vor allen Dingen den familiendynamischen Ansatz Stierlins, der von Anpassung und Harmonisierung getragen ist, oft zu Lasten des schwächsten Gliedes in der Familie, des Kindes.
Der Autor untersucht die Tendenz in der wissenschaftlichen Literatur, die Zeit des Jugendalters zu mythologisieren, bzw. zu mystifizieren. Der Autor zeigt gesellschaftliche Abwehrtendenzen in ihrer Erstarrung auf. Die Forderungen von Jugendlichen, die diese erstarrte Gruppendynamik bedrohen, werden in ihren gesellschaftlichen und familiären Dimensionen analysiert. Depression bei Jugendlichen erscheint somit als Reaktion auf die Verweigerung der Auseinandersetzung um neue Ich- und Gruppengrenzen, psychosomatische Reaktionen als hilflose Abgrenzungsversuche.
Eriksons phasenspezifische Entwicklungspsychologie ignoriert diesen gesellschaftlichen und gruppendynamischen Zusammenhang und kann daher die Ich-Zustände, das Agieren und die Gruppenbildung von Jugendlichen keinem strukturellen Verständnis zuordnen. In der Entwicklungspsychologie der Dynamischen Psychiatrie erscheinen psychodynamische und gruppendynamische Krisen und Grenzsituationen als das Agens jeder Entwicklung und Differenzierung, ohne die eine Strukturänderung und damit eine Entwicklung nicht möglich ist. Symptomatologische Krankheitsbilder oder Normierung lassen eine Auseinandersetzung mit Entwicklungsprozessen vermissen und sind daher oberflächlich.
In einer Fallvignette beschreibt der Autor die zentralen Ich-Funktionen der Identität, der Ich-Abgrenzung nach innen und außen, der Aggression, der Sexualität, des Körper-Ichs und des Narzißmus im Zusammenhang mit Erkrankung, Krise und Entwicklung.

Der Weg neuen Denkens, wie *Ammon* ihn beschritten hat, die Frage nach der Zukunft menschlicher Lebensmöglichkeiten, beinhaltet die Forderung, Entwicklung als gruppendynamischen und strukturellen Prozeß, m. E. philosophischen und auch politischen Prozeß zu denken. *Ammons* Identitätsforderung an den Pschychoanalytiker verlangt eine Stellungnahme des entwicklungspsychologischen Denkens. In meiner Arbeit versuche ich, die Grenzen abzustecken, innerhalb welcher sich entwicklungspsychologisches

* Dipl.-Psych., Psychoanalytiker, Mitarbeiter am Berliner Lehr- und Forschungsinstitut für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik der DAP

** Vortrag, gehalten auf dem X. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), Psychosomatische Erkrankung und Depression, vom 8.-12. Oktober 1978, Kongreßhalle Berlin

Denken bewegen muß. Am Beispiel der Forschung über Jugendliche werde ich generell die Stellungnahme im Sinne der Berliner Schule auf diesen Aspekt bezogen darstellen.

Elkin und *Westley* sprachen als erste 1955 vom Mythos der „Jugendkultur": „Die Jugendlichen in ihren peer-groups sind weder zwanghaft unabhängig noch verwerfen sie die Normen der Erwachsenen. Sie streben nicht ausschließlich nach unmittelbarem Lustgewinn. Außerdem verhalten sie sich gegenüber denjenigen Aspekten ihres Lebens, die als Momente der Jugendkultur betrachtet werden können, bemerkenswert weltklug. Der Sozialisierungsprozeß weist mehr Kontinuität als Diskontinuität auf. Zwischen Eltern und Kindern gibt es nur wenige scharfe Gegensätze". Weiterhin schreiben sie: „Der Widerspruch zwischen der geläufigen soziologischen Darstellung der Jugendzeit und den dargelegten empirischen Ergebnissen über Gruppen der Mittelschicht legt nahe, den Begriff der Jugendkultur als mythisch zu bezeichnen". Mit „mythisch" werden hier Vorstellungen über Jugendliche bezeichnet, die immer wieder in der soziologischen Literatur auftauchen: Jugendliche opponieren, leben in einer Sturm- und Drangzeit, zwanghafte Unabhängigkeitsoppositionen stehen im Vordergrund u. a.

Diese Art des Umgehens mit den Problemen von Jugendlichen erscheint mir – nicht nur als Wortspiel – nahe dem *Laing*'schen Begriff der Mystifikation. „Die wichtigste Funktion der Mystifikation ist es, den status quo aufrecht zu erhalten. Sie wird ins Spiel gebracht oder intensiviert, wenn ein oder mehrere Mitglieder des Familienverbandes den status quo des Verbandes bedrohen. Mystifikation hat die Funktion, stereotypisierte Rollen zu erhalten" (*Laing* 1961). Weiter führt *Laing* aus, daß die Eltern für die emotionalen Bedürfnisse ihrer Kinder unzugänglich sind, die ihre vorgeformten Schemata zu zerstören drohen.

Der historisch-soziologische Begriff des Mythos und der psychologische Begriff der Mystifikation beleuchten ein Phänomen von zwei Ebenen aus: Die Abwehrhaltung der umgebenden Gruppe, die Verweigerung zur Auseinandersetzung als eine mögliche Krankheitsursache. Es wird verständlich, warum die Schizophrenie-Forschung an Jugendlichen für diesen gruppendynamischen Bezug besonders aufschlußreich war, ohne daß Autoren wie *Laing, Bateson, Wynne* u. a. aber Konsequenzen gezogen hätten und sich aufgrund eines Konzeptes mit der herrschenden Wissenschaft auseinandergesetzt hätten.

Selbst *Laing*, der die Schulpsychiatrie zur Auseinandersetzung herausgefordert hatte, sagt resignativ, daß er immer Hoffnung in die Pharmakologie gesetzt habe. Seine therapeutische Arbeit besteht heute darin, daß er kranken Menschen einen Freiraum ermöglicht, in dem sie ohne Therapie leben können (*Laing* 1978). Damit hat der Therapeut dieselbe Flucht angetreten wie der Kranke.

Abwehrtendenzen werden auch unterstrichen von Autoren, die einen Generationskonflikt aufzeigen. „Ein anderer Aspekt, der Konflikt zwischen

der jungen Familie und der alten Generation, tut sich indessen dann auf, wenn die Alten in der jungen Familie keine sinnvolle Funktion übernehmen können, jedoch aus Angst vor Isolierung alte Abhängigkeitsverhältnisse ausnützen, um den jüngeren die Fortsetzung symbiotischer Kontakte aufzuzwingen" (*Richter*, 1972). *Schelsky* (1957) vertritt die Auffassung, daß die Jugend als Generationseinheit einen sozial autonomen Bereich, eine sozial eigenständige Jugendwelt, in der Verfassung der Gesellschaft einnimmt, einnehmen will und soll. Psychoanalytisch wird dies untermauert von *Lidz* (1971), indem er betont, daß die Elterngeneration eine Koalition bilden, instrumentell brauchbare Anpassungsweisen weitergeben soll, und die Wahrung der Generationsschranke sowie der geschlechtsgebundenen Rollen durch die Eltern betonen.

Jenseits der Vernachlässigung aller gruppendynamischen Betrachtungsweisen scheint mir hier eine generelle Angst und Abwehr der Auseinandersetzung mit der Entwicklung von Jugendlichen zu bestehen. Tradierte Rollen und gesellschaftliche Zwänge binden Angst und vermitteln äußere Sicherheit. Schon *Wilhelm Reich* schrieb in den dreißiger Jahren in seinem Buch ,,Die sexuelle Revolution": ,,Die Phänomene des Pubertätskonfliktes lassen sich auf die eine Tatsache zurückführen, daß ein Widerspruch besteht zwischen der Tatsache der vollen Geschlechtsreife etwa um das fünfzehnte Lebensjahr und der wirtschaftlichen und strukturellen Unmöglichkeit, in diesem Alter den von der Gesellschaft geforderten legalen Rahmen für die Geschlechtsbeziehungen in der Ehe zu schaffen" (*Reich*, 1971). Er verweist auf Berichte von *Malinowski* und *Havelock Ellis*, daß in primitiven Gesellschaften die Pubertätsriten der Jugendlichen sofort mit Beginn der Geschlechtsreife in das Geschlechtsleben einführen, daß in manchen dieser primitiven Gesellschaften auf die sexuelle Freude großes Gewicht gelegt wird und daß die Pubertätsweihe ein großes gesellschaftliches Ereignis ist, daß manche primitive Völker das Sexualleben der Jugendlichen nicht nur nicht behindern, sondern in jeder Weise fördern. Ihnen gegenüber sieht er die verschleiernden Riten in der Pubertätsweihe unserer Gesellschaft, wie z. B. in der Konfirmation.

Bei diesen Tendenzen sieht sich *Erikson* (1968) genötigt, ,,gegenüber so manchem Kliniker" – wie er sagt – darauf hinzuweisen, daß die Adoleszenz trotz aller ihrer Ähnlichkeit mit neurotischen oder psychotischen Symptomen und Phasen ja doch nicht eine Krankheit, sondern eine normative Krise ist. Aber auch sein Identitätsbegriff, eingebettet in ein epigenetisches Prinzip von Wachtstum, bringt nicht die Integration einer stetigen genetischen Entwicklung innerhalb eines gruppendynamischen Zusammenhangs von Familie und Gesellschaft: ,,Jedes Stadium wird zu einer Krise, weil beginnendes Wachstum und Bewußtheit in einer neuen Teilfunktion mit einer Verschiebung in der Triebenergie einhergehen und außerdem auch eine spezifische Verletzlichkeit in diesem Teil verursachen" (*Erikson*, 1968). Weiter führt er aus, daß das Individuum erst in der Adoleszenz in seinem physologischen

Wachstum, in seiner geistigen Reife und in der sozialen Verantwortung die Vorbedingungen entwickelt, um die Krise der Identität zu erleben und zu durchlaufen. Er spricht von der Identitätskrise als dem psychosozialen Aspekt des Heranreifens. Die Umwelt ihrerseits fühlt sich jetzt aufgefordert, ihm ihre besonderen Ideen und Konzepte der Autonomie auf Arten und Weisen mitzuteilen, die entscheidend zu seinem persönlichen Charakter, zu seiner relativen Leistungsfähigkeit und zur Stärke seiner Vitalität beitragen" (*Erikson*, 1969). *Blos* (1973) bringt strukturell keine neuen Gesichtspunkte, er teilt die Adoleszenz in fünf Phasen auf, die alte Phasenentwicklung in ihrer Entsprechung zum strukturellen Modell von Es, Ich und Über-Ich wird aufrechterhalten. Die Schwierigkeiten dieses Ansatzes machen wohl die folgenden Sätze *Eriksons* deutlich:

„Der Psychologe ist oft alarmiert durch die Bewußtseinsnähe, mit welcher der Jugendliche gefährliche Es-Inhalte (Ödipus-Komplex) wahrnimmt. Dieses Hinauslehnen des Jugendlichen über Abgründe ist aber normalerweise sein Experimentieren mit Erfahrung, die auf diese Weise besserer Ich-Kontrolle unterstellt werden können, immer vorausgesetzt, daß diese Erfahrungen anderen Altersgenossen in einem Geheimcode, der speziell für sie geschaffen ist, mitgeteilt werden können und vor allem, auch vorausgesetzt, daß nicht irgendwelche übereifrigen Erwachsenen sich einmischen" (*Erikson*, 1970).

Ammon hat ausführlich den deutlichen Mangel dieses Identitätsbegriffs diskutiert: „Der Ich-psychologische Ansatz geht aber nicht von einem generellen Begriff der reifungsbiologischen oder soziodynamischen Übergangssituation des Jugendlichen aus, auch nicht von speziellen psychopathologischen Mischungsverhältnissen psychotischer und neurotischer Anteile im Sinne der klassischen Psychoanalyse, sondern von der Ich-strukturellen Theorie der Identität des Ichs als einer zentralen Ich-Funktion. Erst von der Ich- und Identitätsstruktur des Jugendlichen her läßt sich die faktorielle Bedeutung körperlicher und genetischer Vorgänge sowohl bei gesunden wie bei psychisch erkrankten Jugendlichen abschätzen und daher für Prophylaxe und Therapie wirksam handhaben" (*Ammon*, 1976).

Bevor ich aber auf dem Hintergrund dieses Modells meine eigenen Erfahrungen diskutiere, möchte ich mich vorher mit familiendynamischen und kommunikationstheoretischen Ansätzen auseinandersetzen. Zu erwähnen sind hier die Forschungen, die vor allem bei Familien mit schizophrenen Störungen durchgeführt worden sind. *Bateson* (1956) prägte den Begriff der Beziehungsfalle, die eine Fassade der Harmonie und Verbundenheit meint, den Gummizaun, die Vorstellung einer Familie als Ganzes, die aber in ihrem Inneren Nähe vermeidet und echte Beziehungen verhindert. *Laings* Begriff der Mystifizierung geht in dieselbe Richtung, diese besteht in Zuweisung zu einer anderen Person, „was er oder sie ist, fühlt, denkt, wünscht oder nicht ist" (*Laing*, 1961). Wirkliche Erfahrungen gibt es nicht, die Eltern weisen zu, was die eigenen Gefühle zu sein haben. *Laing* spricht von ontologischer

Unsicherheit. Diese grundlegenden Forschungen beschreiben ausführlich Kommunikationsmuster in Familien, wo Jugendlichen eine Trennung aus der Familiensituation nicht erlaubt wurde während ihrer ganzen Entwicklung. Es fehlt jedoch ein struktureller Bezug zu Krankheit oder Krise, der häufig gebrauchte Terminus des „Übertritt in die Gesellschaft" hat keinen Erklärungswert. Zum anderen finde ich die Einengung auf diese Sichtweise: „Familien sind sich selbst regulierende Systeme" (*Stierlin*, 1975) als gruppendynamisch schwierig, darüber hinaus in der Theorie einer allgemeinen Theorie und Soziologie des Menschen gefährlich.

Hier ist nicht der Ort, um soziologische Forschungen über die Struktur der Familie, wie sie heute aussieht, anzustellen. Ich meine nur, daß dies aus psychoanalytischer Sicht in erhöhtem Maße geschehen muß, die neueren Ergebnisse von *Gelles* (1978) zeigen in einer erschreckenden Dimension die amerikanische Familie: In 25 Millionen Haushalten existieren Waffen, Gewalt wird in 60 % aller amerikanischen Familien toleriert, eine Rollenfestschreibung zur Dominanz Eines in der Familie sei üblich.

Forschungen über Kindesmißhandlung haben immer wieder gezeigt, daß Kindesmißhandlungen hätten verhindert werden können, wenn diese künstliche familiäre Grenze öfter überschritten würde (*Ammon*, 1979). Gerade die sogenannte Autarkie von Familien ruft Symptomträger hervor, wo meist Kinder und später Jugendliche als schwächste Glieder zum Konfliktträger werden. In diesem Sinne ist auch *Stierlins* familientheoretischer Ansatz zu kritisieren. „Als entscheidende Drehscheibe zwischen Individuum und Gesellschaft vermittelt die Kleinfamilie dem Jugendlichen eine Experimentierstätte zu einer Zeit, da sein sich veränderndes Selbst um deutliche, umfassende und dauerhafte Repräsentanz ringt. Durch immer neue Konflikte und Versöhnungen mit seinen Eltern hindurch kann der Jugendliche ein bereicherndes Gleichgewicht zwischen seiner Aufnahmefähigkeit für die allgemeine Kultur und seine Abneigungen bestimmter elterlicher Züge erreichen. Spiralenförmig immer weiter ausgreifend vollziehen sich die Differenzierungen gleichzeitig auf der gefühlshaften, verstandesmäßigen und moralischen Ebene" (*Hassan*, 1977). *Stierlins* Beziehungsmodell (1975) von Ablösung und Individuation während der Jugendzeit, gruppendynamisch unter den Gesetzen von zentripetaler und zentrifugaler Dynamik beschrieben, betont letztlich die Kleinfamilie, die zum Kern der Gesellschaft gemacht wird (vergleiche auch *Lidz*). *Stierlin* stellt in keiner Weise die Familie als System infrage, noch sieht er ihren gruppendynamischen Zusammenhang, bzw. deren genetische Entwicklung. Sein therapeutisches Anliegen ist darauf beschränkt, die Funktionsfähigkeit der Familie wieder herzustellen, eine Scheinbalance aufrecht zu erhalten. *Stierlins* Harmonisierung und Abwehr zeigt genauso die Verweigerung, sich mit der inneren Struktur des Systems Familie auseinanderzusetzen. Man könnte es so ausdrücken, daß jugendliche Sektenbildung und Rockerbanden das Negativ der äußeren Familienfassade sind. *Clark* (1978) beschreibt die Struktur dieser jugendlichen Sekten wie

Hare Krishna u. a. folgendermaßen: „Jede der Gruppen hat einen existierenden Führer, der nachweislich wohlhabend ist. Der Glaube all dieser Sekten ist absolutistisch und anderen Glaubenssystemen gegenüber intolerant. Ihr Führungssystem ist totalitär. Eine der Bedingungen der Mitgliederschaft ist absoluter, unangezweifelter Gehorsam. Ihr Interesse, daß sich der einzelne innerhalb der Sekte zu einer individuellen, eigenständigen und reifen Persönlichkeit entfaltet, ist aufgrund ihrer Lehrmeinungen wohl sehr gering, man kann sagen, nicht existent".

Weiter schreibt *Clark*: „Diese Leute sind meistens aus intakten, idealistischen gläubigen Familien. Sie verlassen ihr Zuhause zu der allgemein üblichen Zeit in dem Glauben, daß sie für die Freiheit reif seien". Eine ähnliche Dynamik zeigt sich in den sogenannten Rockerbanden: Sie sind hierarchisch straff organisiert, das destruktive Verhalten dieser Gang dient der Abwehr von Depression. Den Zusammenhang von Destruktion, Autorität und Anpassung (*Ammon*, 1978a) übersieht *Stierlin*, in seinem Bemühen um pseudointakte Familienstrukturen kommt er einem Bedürfnis der Herrschenden entgegen. Er dient der Anpassung an einen bürokratisch erstarrten Staat und menschenferner Familiengesetze und unterstützt damit den Negativbegriff der Autorität, die aus Angstabwehr entsteht. Autorität meint aber m. E. gerade die Fähigkeit, sich infrage stellen zu lassen, erstarrte Strukturen zu verhindern durch eine gelebte Vorbildfunktion. Mit dem Impuls, Dinge zu ändern, steht eine solche Autorität für revolutionäres Denken, im Gegensatz zu einer Pseudo-Revolution, die sich nur in dieser Negativabgrenzung des Widerstandes existent fühlen kann, weil sie in sich die Unfähigkeit verspürt, wirklich Dinge zu ändern.

Entwicklung ist daher eine dauernde Krise und ein dauernder Konflikt, mit dem Kerngedanken, sich immer wieder neu fragen zu lassen, wer bin ich, was will ich tun, halte ich mich nicht an einer Scheinsicherheit fest? Die Sicherheit, diese Grenzsituation und dieses Wagnis immer eingehen zu können, kann nur eine lebendige umgebende Gruppe vermitteln.

Solches entwicklungspsychologisches Denken zeigt sich in den Forschungen und den Erfahrungen der psychoanalytischen Pädagogik von *Aichhorn*, *Malinowski*, *Bernfeld* und *Gisela Ammon*. Sie haben Umstrukturierung entwicklungspsychologischen Denkens eingeleitet. Der Kindergarten z. B. scheint heute nicht als ein Familienersatz, sondern als eine Entwicklungsnotwendigkeit neben den Familienbezügen, die ein Kind hat, wo die Bereitschaft zu Konflikt und Auseinandersetzung die Entstehung psychischer Störungen verhindert (*Gisela Ammon*, 1973) (vgl. auch die Kibbuz-Forschung).

Wenn psychodynamische und gruppendynamische Krisen- und Grenzsituationen als agens jeder Entwicklung und Differenzierung erscheinen, ohne die eine Strukturänderung nicht möglich ist, so hat hier der Aufbruch der Jugend zu allen Zeiten Modellcharakter, sei es die Jugend von 1848 oder die Jugend der 60er Jahre im 20. Jahrhundert. Immer suchte sie neue Wege menschlichen Zusammenlebens jenseits von pathogenen Institutionen. Die

Jugend sucht immer die Öffentlichkeit, ein Charakteristikum der Jugendzeit im Tagebuchschreiben zu sehen, wie es sogar auch *Bernfeld* (1977) tat, ist wieder ein Rückzug der Gesellschaft, die Identität und Auseinandersetzung nur schwer zulassen kann. Prävention heißt im Grunde Öffentlichkeit erlauben. Wissenschaftliches Schubladendenken – wie psychosoziales Moratorium – negiert die Verbindung von Wissenschaft und Gesellschaft. In diesem Sinne sind es gesellschaftliche Bewegungen, wenn sich ich-strukturell verschiedene Menschen in freier Verantwortung zu einem Aufbruch zusammenfinden, im Gegensatz zu Anpassungsdynamiken, wo Menschen psychosomatisch erkranken, oder zu schizoid-kollektiven Rückzügen wie in Sektenbildungen, wo der einzelne später in der psychiatrischen Klinik behandelt werden muß.

Im folgenden möchte ich das entwicklungspsychologische Modell der Berliner Schule vorstellen, welches unter dem zentralen Begriff der Identitätsentwicklung psychogenetische, strukturelle und gruppendynamische Faktoren integriert zu einer Ganzheit seelischen Seins.

Die Entwicklungspsychologie *Ammons* ist ein Prozeß, der Struktur erzeugt, die Struktur aber auch andererseits den Prozeß erst ermöglicht. Dabei ist die umgebende Gruppe die Matrix für alle Entwicklung. Genetisch beginnt die Entwicklung pränatal, die Geburt ist die erste Trennung, es folgt die Symbiose mit der Mutter, die Trennung aus der Symbiose mit der Fähigkeit, diesen Prozeß in allen Beziehungen zu wiederholen, ganz oder teilweise Symbiosen einzugehen, sich als Veränderter immer wieder trennen zu können. Lernen ist psychodynamisch ein Beziehungsprozeß, der Strukturveränderungen, Strukturregulationen und Strukturverschiebungen umgreift. Die Determinanten, an denen dieser Prozeß bestimmt werden kann, sind die Ich-Funktionen. Diese sind meßbarer Ausdruck der Ich-Struktur, der verinnerlichten Gruppendynamik und der aktuellen Gruppendynamik, zu der das Individuum in Beziehung steht. Bei der Beurteilung der Ich-Funktionen ist zu berücksichtigen, daß sie als Ausdruck des Regulationsprozesses der Ich-Struktur untereinander sozusagen in Analogie zur verinnerlichten Kommunikation der Primärgruppe zu sehen sind.

Die Vorstellung, wie Struktur zu denken ist, wird bei *Ammon* nicht – wie bei *Freud* – in einem anschaulichen Modell gelöst, sondern er sieht Struktur als eine Kategorie des Denkens, die das grundlegende Verständnis menschlichen Seins differenziert und ordnet auf der Grundlage eines psychisch-physischen ganzheitlichen Daseins. Dies ist deswegen jenseits existentialphilosophischer Überlegungen, weil dieses Dasein auf dem Boden einer lebendigen Matrix von Gruppe, Beziehung, Konflikt und Austausch begriffen wird, die Existenz entsteht mit dem anderen und am anderen als Gegenüber.

Diese Darstellung pointiert schon die besondere Psychodynamik des Jugendlichen, bei dem die Vorerfahrung von symbiotischen Konflikten und den mehr oder weniger gelingenden Trennungen aus diesen Konflikten wieder aktiviert wird, der aber dabei nicht mehr wie als Kind hilflos ist und – im

Gegenteil – aktiv Gruppenbezüge zu seiner Unterstützung realisieren kann. Ich meine, es besteht ein Spektrum des Eingehens auf Bedürfnisse und Konflikte, die parallel zu Krisen oder Erkrankungen bei Jugendlichen je nach verinnerlichter und aktueller Gruppendynamik führen.

Die Situation des Jugendlichen besteht in einer Krise, wo sich seine Ich-Grenzen öffnen, neue Bezüge auftun, frühere Erfahrungen aktiviert werden, körperliche Entwicklungen einschneidend sind. Depressive Reaktionen während dieser Zeit verstehe ich als ein Verlassen-Werden, weil dem Jugendlichen diese Auseinandersetzung darüber verweigert wurde. Psychosomatische Reaktionen haben den Zweck eines Schutzes, sie dienen der Ich-Abgrenzung in der Auseinandersetzung mit verinnerlichten, bzw. realen Gruppendynamiken wie auch sich pathologisch Zuwendung zu verschaffen. „Das Bedürfnis nach aktiver Abgrenzung, aktiver Gestaltung, kreativer Neubestimmung der Grenzen ist dasjenige Bedürfnis, welches in der Pathogenese der Depression am stärksten unterdrückt wird" (*Ammon*, 1973). Insbesondere Familiengruppen, die unfähig sind, ihre Gruppengrenzen selbst aktiv zu bestimmen, reagieren auf den Wunsch des Kindes nach aktiver Erfahrung und Abgrenzung mit Angst. Ich möchte auf den von *Ammon* (1978b) dargestellten Bezug von Kreativität und Krankheit verweisen, daß Menschen aufgrund ihrer Erkrankung gezwungen sind, neue Wege des Denkens und des Lebens zu entwickeln. So erstaunlich es auch ist, daß Jugendliche aus diesen Krisen und aus diesen Auseinandersetzungs-Verweigerungen konstruktive und kreative Wege entwickeln, so ist doch die Frage, was würden diese Menschen möglich machen und erleben können, wenn sie ihr Potential in der Auseinandersetzung in einer nicht verweigernden Gruppe erfahren und erproben können.

Solche Kinder, so führt *Ammon* (1973) weiter aus, werden sich immer in einen hilflosen und passiven Zustand versetzen, die konstruktive Aggression gegen sich selbst richten, weil sie nur passiv-abhängig oberflächlich geliebt und geduldet wurden. Aus diesem gestörten Narzißmus heraus entsteht das Bild der Identitätslähmung bei der depressiven Erkrankung, weil diese kein Identitätsrisiko mit der damit möglichen narzißtischen Kränkung eingehen können. Mit psychosomatischen Phänomenen können sich solche Patienten oft nur die lebensnotwendige Zuwendung holen. Diese Symptome ermöglichen eine Ich-Integration und damit Ausbildung sekundärer Ich-Funktionen (*Ammon*, 1978b). Dieses entwicklungspsychologische Prinzip der Dynamischen Psychiatrie, daß ein Strukturgewinn nur in der Auseinandersetzung mit der ganzen Person eines anderen Menschen geschehen kann, wiederholt sich bei Auseinandersetzungen mit den Jugendlichen. Die therapeutische wie die erzieherische Strategie unterscheiden sich prinzipiell nicht: „Der Therapeut muß sich mit seiner ganzen Person dem Patienten als Übergangsobjekt zu dessen inneren und äußeren Realität anbieten, mit ihm sich auseinandersetzen, ihn abgrenzen, in Identifikationen mögliche Beziehungen abklären." (*Ammon*, 1976).

In abgeschwächter Form gilt für die Mutter und die Familiengruppe, daß sie genauso die Basis bilden müssen für das Wiedererleben früherer Ängste und Konflikte, von dem Pol der symbiotisch schützenden Verbindung bis hin zu zerstörerischen Modalitäten dieser frühesten Beziehungen. Aggressives acting out und hilfloses Sich-Zurückziehen stehen in dieser Zeit immer nebeneinander. Das Prinzip der Jugendlichen-Therapie, die Konvergenz von Ich- und Gruppenstruktur zu berücksichtigen, wobei der Therapeut sich von empathischer Aktivität leiten lassen sollte (*Ammon,* 1976), gilt daher als allgemeines pädagogisches Prinzip. So sind die Situationen des Jugendlichen mit „Ich-Zuständen mit vorübergehender Öffnung der Ich-Grenzen und den damit verbundenen Neuorganisation und Erweiterung des Ichs" (*Ammon*, 1974) als kreative Zustände par excellence zu verstehen.

Die reifungsbedingten körperlich-seelischen Veränderungen bewirken eine Offenheit und Verschiebbarkeit der gesamten Ich-Struktur. Dies kann – je nach gruppendynamischem Zusammenhang – ein kreatives Potential sein oder aber zu einem Rückzug führen. Jugendliche Bandenbildungen haben oft diese Rückzugsdynamik, indem die depressive Gesamtstruktur abgewehrt wird durch festgelegte Rollen, Normen und eine gewisse Subkultur. Dies verstehe ich als eine Reaktion auf die ihnen nicht angebotene Auseinandersetzung, im Sinne des Lernens an einem Vorbild, das sich mit ihnen einläßt und selbst auch veränderbar ist.

Die Bedeutung des ich-strukturellen Denkens und Forschens in der objektivierbaren Darstellung des Persönlichkeitsprofils der Ich-Funktionen ist grundlegend für alle weitere wissenschaftliche Diskussion: einerseits für den Forscher selbst, die Involviertheit und Vorurteilsfreiheit des Analytikers scheint problematisch – wie ich vorher ausgeführt habe – zum anderen ermöglicht es das Verständnis des Wesentlichen jenseits der schillernden Phänomene, die von den Jugendlichen oft angeboten werden. In der folgenden Persönlichkeitsbeschreibung werde ich an Hand der Ich-Funktionen, an Hand des strukturellen Bezuges und des gruppendynamischen Verstehens die Unterscheidung von Kreativität, Krise und Erkrankung erläutern wie auch das strukturelle Denken und Begreifen deutlich machen..

Dabei geht es m. E. um eine integrative Sicht aller Faktoren, gesellschaftlicher, familiärer, schulischer und psychologischer. Als Indices dafür möchte ich anführen, daß die Selbstmordrate in der Altersgruppe der bis zu Fünfundzwanzig-Jährigen dreimal so schnell wächst wie in der Gesamtbevölkerung. Mit 13,3 % stehen Suizide von Jugendlichen an zweiter Stelle hinter den Unfällen in der Todesursachenstatistik. Hinzu kommt die hohe Zunahme von jugendlichen Drogen- und Alkoholabhängigen. Die Jugendarbeitslosigkeit ist 1977 auf 37 % an der Gesamtzahl der Arbeitslosen gestiegen.

Zu Daten über die körperliche Entwicklung verweise ich auf *Ausubel* (1968) und andere. Die hier vorgestellte Persönlichkeitsbeschreibung steht exemplarisch für meine Erfahrungen mit der Behandlung von über fünfund-

zwanzig Jugendlichen, die ich über längere Zeit in Einzel-, Gruppen- oder Milieutherapie behandelt habe.

Die Ich-Funktion der Identität ist die Summe der einzelnen Ich-Funktionen wie darauf aufbauend der gesamte Lebensentwurf einer Persönlichkeit. Bei der hier vorgestellten 17-jährigen jugendlichen Patientin zeigt sich die zentrale Störung der Identität in einem sog. Helfersyndrom. Sie ist Klassensprecherin, bildet Gruppen um sich herum, versucht, Leben in Gruppen zu gestalten, Beziehungsaufnahme geht aber nur über Argumentieren und intellektuelle Ratschläge. Sie möchte beliebt sein und anerkannt werden, Auseinandersetzungen, wobei Aggressionen entstehen könnten, geht sie aus dem Weg. Die Ich-Funktionen des Körper-Ichs und der Sexualität erfüllen hierbei kompensatorische Aufgaben, über körperlichen Kontakt kann sie sich fühlen, was aber auch den Sinn einer Angstabwehr hat.

Ihre eigene Aggression ist verleugnet, so daß sie sich bei Konflikten immer zurückziehen muß, sich tagelang ins Bett legt oder sich einfach dumm stellt. Die Ich-Funktion des Narzißmus ich hoch defizitär, sie ist von äußerer Zuwendung immer abhängig, kann nie alleine sein, im Schlaf gelingt ihr nicht mehr die Unterscheidung zwischen Realität und Traum, die mangelnde Ich-Abgrenzung nach innen und außen erklärt sich aus der dauernden Liebheit der Eltern, wo sich die Patientin nie in einer Auseinandersetzung hat existent fühlen können, und sie sich immer symbiotisch verschmolzen oder verlassen erlebt hat. Diese generelle Verlassenheitsangst ist so groß, daß die Ich-Funktion der Angst als Regulativ nicht mehr wirksam ist, weil damit gleich Vernichtungs- und Auflösungsängste verbunden sind.

So fehlt ihr jede Orientierung, ihr Lebensentwurf ist negativ pessimistisch, lieber sterben als nicht mehr schön leben zu können. Ihre einzige Autonomie besteht in negativer Abgrenzung gegenüber Erwachsenen. Die Eltern werden noch gebraucht als Rückversicherung, als Hoffnung auf Liebe, als Basis für ihre infantile Identität: wenn man sich realen Forderungen nicht stellt, kann die kindliche Omnipotenz weiterphantasiert werden, allerdings schwankt das Ich-Selbstwertgefühl zwischen Größenselbst und Minderwertigkeit.

Aufgrund dieses Identitätsloches sind die sekundären Ich-Funktionen partiell gestört im Sinne auch einer Initiationshemmung, nur sachbezogen sind sie überkompensiert. Aufgrund dieser Ich-Struktur gewinnen die Phänomene und Symptome der Patientin ihre Bedeutung: Das Von-zuhause-ausziehen, das Infragestellen der Erwachsenen, oft rigide Abgrenzungsversuche gegenüber Erwachsenen, eine eigene Wohnung einzurichten, soziales Engagement wie auch Kontakt zu Drogenabhängigen, Interesse an deren Problemen scheinen mir normale Entwicklungsprozesse zu sein.

Ihre Schulschwierigkeiten, nicht wissen, wozu lernen, das Enttäuschtwerden von Idealen sind Krisen, hier beginnt sich das Defizit in den zentralen Ich-Funktionen abzuzeichnen, weil ihr damit eine kreative Auseinandersetzung nicht mehr gelingt. Die engen symbiotischen Partnerbeziehungen zu

Freund und Freundin, ihre tagelangen depressiven Zustände sind Ausdruck des Identitätsloches im Ich. Im persönlichen Kontakt löst sie Gegenübertragungsgefühle aus, wie man könnte sie verwunden, ihr Mißtrauen ist nahezu körperlich spürbar, die Angst, sich anzuvertrauen und dann enttäuscht zu werden. An diesem Punkt beginnt die Therapie, wo die Patientin einen Therapeuten für sich zur Verfügung spürt, wo in dieser Beziehung eine ich-strukturelle Nachentwicklung geschehen kann.

An der ich-strukturellen Beschreibung zeigt sich, welchen Bezug die aktuelle Krise in der Entwicklung der zentralen Ich-Funktion der Identität, der Ich-Abgrenzung nach innen und außen, der Aggression, der Sexualität, des Körper-Ichs und des Narzißmus haben zu früheren Erfahrungen und wie die aktuelle Gruppendynamik hier korrigierend und nachholend eingreifen kann. Gleichzeitig ist aber deutlich, daß Reifungs- und Krisendynamik per se nicht entscheidend sind, sondern das Vorhandensein einer Struktur, welches Öffnen nach innen und außen zuläßt; die Adoleszenz erscheint als eine stetige Weiterentwicklung und Weiterdifferenzierung der gesamten Ich-Struktur bei gleichzeitiger Synthetisierung unter der zentralen Ich-Funktion der Identität, indem ein neues Ich-Gefühl, sozusagen ein prospektiver Lebensentwurf, zunächst nur über Idealbildung und Sehnsucht, dann aber in Auseinandersetzung mit der aktuellen Gruppe und den wichtigen Beziehungspersonen als Lebensmöglichkeit Gestalt gewinnt.

Die Ernsthaftigkeit der Jugendlichen und ihr unbedingtes Eintreten für Ideale löst rigorosen Widerstand bei allen aus, die in Rollenpositionen fixiert sind und somit ihre Angst unflexibel handhaben. Angst vor Veränderungen auszuhalten, ist die Grundvoraussetzung für Kreativität. Darüber hinaus sind aber Jugendliche in ihrer Haltung des Suchens natürliche philosophische Menschen, die Bewältigung dieser Problematik muß einer jeden sogenannten objektiven und wissenschaftlich exakten Forschung schwer fallen.

Das Wissenschaftsverständnis der Dynamischen Psychiatrie geht daher auch weit über die Frage im Sinne einer Behandlungswissenschaft: „Was nützt es dem Patienten?" hinaus, sondern ist eine philosophisch sich begreifende Wissenschaft in der Suche nach dem Sein des Menschen.

Developmental Crises and Depressive Illness of Adolescents in the Concept of Günter Ammon's Berlin School of Dynamic Psychiatry

Wolfgang Rock

The author starts out by summarizing the discussion of the problems of adolescents in sociological-psychoanalytical literature. He points out how mythmaking and mystification. e. g. the so-called scientific discussion of adolescents reflects the relationship between scientific research and society.

Critically, the author discusses family dynamic concepts such as the one by *Stierlin*, which lack a point of view in their social reflection and use their scientific findings to establish and existing groupdynamical and social structures. The child ist the scapegoat as the weakest member of family dynamics; a psychoanalytical school that does not question the familiy as socialisation agency is, according to the author, unconceivabel.

Even psychoanalytic authors who, like *Erikson*, do reflect on society stay within the realm of developmental phases and do not produce a non-static developmental psychology since they do not build upon a personality model that integrates groupdynamics, developmental dynamics and structural development.

Thus adolescence is conceived of as a psychosocial period of waiting, delay with fluorescently changing phenomena, a sociodynamic transition situation. But one dimension is lacking: the criteria for telling the difference between neurotic, psychotic aspects of behavior, e. g. pathological behaviour, and normal behaviour which includes crises.

The author gives a short account of *Ammon*'s new theory of the Ego-structure model which, in its genetic dimension, is a developmental psychology and integrates processes of personality development and groupdynamics. Thus, the author following *Ammon* regards development as a process of which structure, at the same time is result and cause. The surrounding group is the matrix for this structure. Learning in the context of developmental psychology is a relational process of structural change, structural regulation and structural transference. The determinant factors which render this process recognizable are the Ego-functions. Development appears as a constant crisis from birth on and a continous conflict of being confronted again and again.

From a group-dynamic point of view depressive disease developes when the surrounding group denies any confrontation to the growing person. Being deserted by lacking confrontation is the central thesis of the author. He shows in a case study of a female patient how deficitary ego-functions result from lacking confrontation. This case study exemplifies development, crisis and pathology.

Beyond this the author explains that the adolescents' challenge of society and their search for new ways of living create anxietes, demand change, and he points out that adolescents in their attitude of search appear to be natural philosophers. Any branch of science is challenged to state its point of view beyond the mere gathering of objectivistic facts.

Literatur

Aichhorn, A. (1925): Verwahrloste Jugend (Wien:) Int. Psychoanal. Verlag
Ammon, Gisela (1969): Beobachtungen in einem Psychoanalytischen Kindergarten (Westberlin: Pinel-Publikationen)
– (1973): Vorstufen psychosomatischer Erkrankungen In: Dyn.-Psychiat. (6) 11-32
– (1973): Psychoanalytische Pädagogik (Hamburg: Hoffmann und Campe)
Ammon, Günter (1973): Dynamische Psychiatrie (Darmstadt/Neuwied: Luchterhand)
– (1974): Gruppendynamik der Kreativität (München: Kindler)
– (1976): Psychotherapeutische Prozesse bei Jugendlichen in: Dyn.-Psychiat. (9) 238-250
– (1978a): Destruktion und Autorität. Eine psychoanalytische Studie, In: Dyn.-Psychiat. (11) 300-311
– (1978b): Das Ich-strukturelle und gruppendynamische Prinzip bei Depression und psychosomatischer Erkrankung, Vortrag gehalten auf dem X. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse vom 8.-12. Oktober 1978 in Berlin: Psychosomatische Erkrankung und Depression.
– (1979): Kindesmißhandlung (München: Kindler)
Ausubel, D. B. (1968): Das Jugendalter (München: Juventa)
Bernfeld, S. (1971): Antiautoritäre Erziehung und Psychoanalyse Bd. I, 2 (Frankfurt: März)
– (1977): Trieb und Tradition im Jugendalter (Frankfurt: Päd. Extra, Buchverlag)
Blos, B. (1973): Adoleszenz, eine psychoanalytische Interpretation (Stuttgart: Klett)
Clark, H. G. (1978): Untersuchung über die Auswirkung einiger religiöser Sekten auf Gesundheit und Wohlergehen ihrer Anhänger. In: Praxis der Kinderpsychologie (27) 55-60
Elkin, F.; Westley, W. (1955): The Myth of adolscent culture (ASR 20) 680-684
Erikson, E. H. (1968): Identität und Lebenszyklus (Frankfurt: Suhrkamp)
– (1970): Jugend und Krise (Stuttgart: Klett)
Gelles, R. (1978): Gewalt in der Familie und Kindesmißhandlung
Vortrag, gehalten auf dem wissenschaftlichen Forum Berlin: Kindesmißhandlung, vom 9.–11. 6. 1978)
Hassan, S. H. (1977): Familie und Störungen bei Jugendlichen in: Familiendynamik (2) 69-100
Laing, R. D. (1961): The self and adolescent (New York: Quadrangle)
– (1978): zit. nach Psychologie heute, Februar 1978
Lidz, T. (1971): Die sexuelle Revolution (Frankfurt: Fischer)
Richter, H. E. (1972): Patient Familie (Rowohlt, Reinbeck bei Hamburg)
Schelsky, H. (1957): Die skeptische Generation (Düsseldorf/Köln)
Stierlin, H. (1975): Von der Psychoanalyse zur Familientherapie (Stuttgart: Klett)

Adresse des Autors:
Wolfgang Rock
Lohmeyerstraße 7
1000 Berlin 10

Psychoanalyse und Sexualität – Ein Beitrag zum Verständnis konstruktiver und destruktiver Sexualität im Konzept der Dynamischen Psychiatrie**

Ursula Keller-Husemann*

In Weiterentwicklung ihrer Arbeiten zur sog. sexuellen Perversion kommt die Autorin zu einem differenzierten Verständnis dieses Krankheitsbildes innerhalb der archaischen Ich-Krankheiten (Ammon). Die Dimension der menschlichen Sexualität, von Ammon als Ich-Funktion begriffen, in der Dialektik ihrer konstruktiven und destruktiven Ausprägung, wird von der Autorin im Zusammenspiel mit den anderen Ich-Funktionen, insbesondere der Aggression, der Kreativität, der Abgrenzung, der Angst und des Narzißmus beschrieben.
Dabei wird das Strukturmodell der Persönlichkeitsentwicklung, so wie es Ammon der Dynamischen Psychiatrie zugrunde legt, transponiert auf das Krankheitsgeschehen der sexuellen Perversion. Daraus folgt, daß das Krankheitsbild einer neuen Bestimmung gegenüber dem herkömmlichen psychiatrischen und psychoanalytischen Verständnis bedarf.
Die Überbewertung der sexuell erscheinenden Qualität im Symptomverhalten, mißverstanden als Fehlentwicklung eines intrapsychischen Triebgeschehens, versteht die Autorin als unabgegrenzte archaische Abwehrstrategie gegenüber der Verlassenheitsangst und psychotischer Desintegration.
Das Symptomverhalten der sexuellen Perversion enthält einen rudimentären Ansatz zur Beziehungsaufnahme, der aber starr und defizitär bleibt, weil Mutter und Primärgruppe über die isolierte Ebene eines idolisierten Körperkontakts hinaus die lebenswichtige direkte narzißtische Zufuhr und damit realen Kontakt verwehrt haben. Eine gelingende Entwicklung besonders der zentralen Ich-Funktionen wird blockiert.
In mehreren Fallvignetten wird das Ich-strukturelle Verständnis der sog. sexuellen Perversion entwickelt und in einer ersten Pilot-Studie einer empirischen Überprüfung unterzogen. Aus diesem theoretischen Ansatz werden Beispiele ambulanter und milieutherapeutischer Behandlungsstrategien aufgewiesen.
Der Beitrag zum Verständnis der sexuellen Perversion als Resultat einer spezifischen Deformation zentraler Ich-Funktionen, insbesondere der Sexualität, die zu einer Pervertierung zwischenmenschlicher Beziehungen und Entfremdung des Menschen von seinen Grundbedürfnissen führt, eröffnet auf der Grundlage des Strukturkonzepts die Möglichkeit, zu einer Neubestimmung der Sexualität in ihrer kommunikativen Funktion zu kommen.

Freud selbst, als der Begründer der Wissenschaft der Psychoanalyse, sagt im Vorwort zur dritten Auflage der „Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie" (1905, 1914), daß seine Ausführungen nicht den Anspruch einer Sexualtheorie erfüllen. Er hat im Laufe seines Lebens seine theoretischen Postulate mehrfach modifiziert. Sein Standort innerhalb der Wissenschaftsgeschichte ist gekennzeichnet durch die Auseinandersetzung mit zwei an sich wider-

* Dipl.-Psych., Psychoanalytikerin der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), Düsseldorf

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

sprüchlichen wissenschaftlichen Ausgangspositionen (vgl. *Freud*, 1896, 1900): Zum einen versuchte er streng naturwissenschaftlich das Problem der Sexualität zu verstehen. Zum anderen steht im Mittelpunkt seines eigentlichen Interesses die Biographie eines Menschen, sein psychisches Leben.

Er schlug vor, den Begriff der Sexualität innerhalb der psychoanalytischen Theorie durch den Begriff „Psychosexualität" (1913) zu ersetzen. Dadurch sollte eine Abgrenzung zu den rein somatischen Aspekten geleistet werden. Der Begriff der Sexualität bei *Freud* dehnte sich immer weiter aus und knüpfte an philosophische Vorstellungen des „Eros" an, wodurch eine klare Begriffsbestimmung immer schwieriger wird (vgl. *Freud*, 1929, 1938).

Freud versuchte, psychische und somatische Aspekte der Sexualität zusammenzubringen, indem er die Transformation somatischer in psychische Faktoren herausarbeitet. Dies führte zu einer gewissen Spekulation, einer Triebmythologie.

Die erwähnte Widersprüchlichkeit theoretischer Art in *Freuds* Auffassung der Sexualität findet eine Lösung in dem Postulat des Unbewußten. Auf dem Hintergrund dieses Postulates unterscheidet *Freud* eine „psychische Realität" und eine „materielle Realität" und knüpft damit an eine wichtige philosphische Tradition seit der Aufklärung an (*Leibniz, Herbart, Schopenhauer, v. Hartmann, Nietzsche* u. a.) Das Unbewußte, in dem beide Realitäten zusammentreffen, stellt einen Grenzbereich dar zwischen Somatischem und Psychischem. Auf der Ebene des Psychischen ist das Unbewußte nach *Freud* das eigentlich Reale.

Freuds Auffassung der Sexualität bezieht sich keineswegs ausschließlich auf direktes sexuelles Verhalten. So sagt *Freud* z. B., es könne durchaus normaler sexueller Verkehr vorliegen, dabei dennoch seelische Unbefriedigung vorhanden sein. Der psychische Aspekt der Sexualität, den *Freud* bis in die Kindheit, bzw. bis in die Vorgeschichte des Menschen zurückverfolgt, ist ihm wichtiger als der im engsten Sinne zu verstehende somatische Aspekt der Sexualität.

Es besteht also hier ein grundsätzlicher Unterschied zu der ausschließlich somatisch orientierten Behandlung psychosexueller Störungen. *Freud* betonte, daß die der Neurose zugrunde liegende Unterdrückung und Hemmung von Triebimpulsen nicht allein dann schon aus der Welt geschaffen ist, wenn beispielsweise die Erektions- oder Orgasmusfähigkeit wiederhergestellt ist. Es geht ihm vielmehr darum, die ursprüngliche Intensität des emotionalen und affektiven Erlebens und die damit verbundene Liebesfähigkeit eines Menschen wiederherzustellen. Darin liegt eine auch heute wichtige Abgrenzung gegenüber weitverbreiteten Ansätzen der Sexologie oder Sexualforschung, die sich einseitig auf den funktionellen Aspekt der Sexualität konzentriert (vgl. *Ford* und *Beach*, 1951; *Kinsey* et al., 1948, 1953; *Masters* und *Johnson*, 1966, u. a.)

In *Freuds* Denken zieht sich das Problem der Sexualität, durch alle Auffassungen über den Aufbau und die Funktionsweise des psychischen Apparats,

über die gesamte menschliche Entwicklung vom Säugling bis hin zum Erwachsenendasein hindurch. Diese Erkenntnis hatte zum damaligen Zeitpunkt revolutionären Charakter. Sie entstand am Ende des 19. Jh., in der die Sexualität detailliert in ihrer Pathologie untersucht und beschrieben worden ist. Die ,,Entartungs- und Degenerationstheoretiker" (*Krafft-Ebing*, 1896; *Magnan, V.*, 1892; *Moll A.*, 1921; *Havelock Ellis*, 1921) des 19. Jh. sahen zwischen den Phänomenen der sogenannten sexuellen Perversion als der Hauptform der sexuellen Pathologie und den als normal geltenden sexuellen Äußerungen einen klaren Bruch. Das epochemachende Werk *Krafft-Ebings* ,,Psychopatia sexualis" (1886) hatte zweifellos auch auf *Freud* einen Einfluß. *Freud* ging jedoch nicht von dieser strikten Trennung zwischen gesund und krank aus, sondern erforschte die Sexualität in der Auseinandersetzung mit der Analyse neurotischer Erkrankungen. Seine Auffassung von der Sexualität des ,,Kulturmenschen" ist charakterisiert als eingeschränkte und unterdrückte Ausdrucksform eines ursprünglich vitaleren und direkteren Trieblebens, das er in seiner Spekulation von der Urhorde den ,,Primitiven" oder den ,,Urmenschen" (*Freud*, 1922) zuschreibt. Der Neurotiker und der Perverse sind diesbezüglich nur als die Extreme einer kulturbedingten Triebunterdrückung anzusehen, die in abgeschwächter Form auch für den psychisch Gesunden anzunehmen ist. ,,Neurosen verhalten sich zu den Perversionen wie das Negativ zum Positiv; in ihnen sind dieselben Triebkomponenten als Träger der Komplexe und Symptombilder nachweisbar" (*Freud*, 1910). *Freud* betonte, man könne die ,,normale" Sexualität letztlich nicht verstehen ohne die ,,kranke".

Neben der Entdeckung und Erforschung des Unbewußten ist sein vielleicht wichtigster Verdienst der, den engen Begriff der Sexualität des ausgehenden 19. Jahrhunderts, der biologistisch-mechanistisch war, wieder ausgeweitet und der menschlichen Realität und den Grundbedürfnissen nähergebracht zu haben. Das brachte ihm die Kritik des ,,Pansexualismus" (*Freud*, 1925) ein und entfernte ihn von der damals vorherrschenden Wissenschaftsmeinung in der Medizin und in der Psychologie gleichermaßen, die den Menschen atomisierte. Die vorherrschenden Krankheitsbilder, die er vorfand und untersuchte, waren die der Hysterie und des Zwanges als Ausdruck einer puritanischen Triebunterdrückung und Triebfeindlichkeit seiner Zeit. Heute hingegen hat sich das Krankheitsbild vielfältig gewandelt.

Ammon (1976) beschreibt diese gesellschaftlich mitbedingte Veränderung in seinen Arbeiten über das heute vorherrschende Krankheitsbild, das Borderline-Syndrom. Hinter der Vielfalt der Symptome steht weniger eine sog. Triebfeindlichkeit, sondern die Orientierungslosigkeit und Identitätslosigkeit in der Gesellschaft; im engeren Sinn in der Familie als der ersten Gruppe und gesellschaftlichen Instanz, in die ein Mensch hineingeboren wird. Die Frage nach dem Zusammenhang zwischen Psychoanalyse und Sexualität ist heute mehr eine Frage nach der menschlichen Identität überhaupt geworden.

Ich möchte im folgenden drei Schwerpunkte bilden.

1. Die Frage, was als „normal" und was als „unnormal" im menschlichen Sexualleben gilt, soll anhand einer kurzen kulturgeschichtlichen Betrachtung umrissen und in seiner Relativität angesprochen werden. Es geht dabei um das Phänomen der sogenannten sexuellen Perversion und der Fragwürdigkeit dieser nosologischen Kategorie. In Abgrenzung dazu soll die sexuelle perverse Reaktion als eine Manifestation archaischer Ich-Krankheiten, als destruktiv gewordene Sexualität im Gegensatz zur primär konstruktiven Sexualität, sowie *Ammon* (1979) dies entwickelt hat, dargestellt werden.

Die Dynamische Psychiatrie *Günter Ammons*, die sich als Behandlungswissenschaft versteht, definiert das Spektrum menschlicher Ich- und Identitätsentwicklung ausdrücklich als eine Dimension, die von gesund bis krank reicht, bzw. von konstruktiv bis destruktiv (Spektraltheorie).

2. Im Hauptteil geht es daher um die ich-strukturelle und psychodynamische Beschreibung der Sexualität und ihrer Pathologie auf dem Hintergrund der Hypothese eines gleitenden Spektrums psychischer Krankheit im eben genannten Sinne. Daraus abzuleiten ist dann der Versuch, ich-strukturelle und gruppendynamische Zusammenhänge zu anderen archaischen Ich-Krankheiten, insbesondere zur depressiven und psychosomatischen Reaktion aufzuweisen. Im Mittelpunkt steht jeweils die Herausarbeitung der hinter der Symptomatik liegenden Störung, der primären, zentralen und sekundären Ich-Funktionen in ihrer Interdependenz, so wie sie sich insgesamt auf die Ich-Struktur und damit die Identitätsfindung bzw. Persönlichkeitsstruktur des ganzen Menschen auswirken. Wichtig ist dabei besonders die spezifische Deformation des Körper-Ichs, die Rolle der Angst, des Narzißmus, der Aggression, der Abgrenzung, der Sexualität, der Kreativität sowie das Phänomen des psychischen und körperlichen Schmerzes als einem Bindeglied im ich-strukturellen und gruppendynamischen Verständnis depressiver, sexuell-perverser Reaktionen sowie der psychosomatischen Erkrankung.

3. Es wird über eine Pilot-Studie berichtet, deren weiterführendes Ziel in der Entwicklung einer empirischen Überprüfungsmethodik der zuvor im theoretischen Teil erarbeiteten Hypothesen besteht. Der zur Zeit vorliegende Untersuchungsabschnitt bezieht sich auf erste Auswertungen von Fragebogendaten zur Erfassung der zentralen Ich-Funktionen der Aggressionen und der Abgrenzung nach innen und außen und auf einen Vergleich dieser Daten mit denen einer Gruppe von Patienten mit depressiven und psychosomatischen Reaktionen und einer Kontrollgruppe. Bei den Vergleichsdaten beziehe ich mich auf die Untersuchungsergebnisse von *Beck, Bott, Rock* und *Wiehl-Volbehr* (1977, 1978).

zu 1): Ursprünglich ging die Psychoanalyse davon aus, daß sexuelle Perversionen bedeuten:

Abweichung in Bezug auf den „normalen Sexualkontakt", der als genital gegengeschlechtlich festgelegt wird.

Abweichung in Bezug auf die Sexualobjekte z. B. im Falle der Homosexualität, Pädophilie, Sodomie, Nekrophilie, usw.,

Abweichungen auf andere Körperzonen als den Genitalbereich, analer Koitus, Cunnilungus und Fellatio sowie die Knüpfung sexuellen Erlebens an bestimmte äußere Bindungen wie Rituale, Fetischismus, Transvestitismus, Voyeurismus, Exhibitionismus, Sadomasochismus, u. a. .

Als Perversion wird die Gesamtheit des psychosexuellen Verhaltens, das mit solchen atypischen Formen der sexuellen Lust einhergeht, bezeichnet. (*Laplanche, Pontalis*, 1972).

Die Frage, was in dem eben genannten Zusammenhang jedoch als ,,unnormal" oder ,,atypisch" zu gelten hat und damit allgemein als ,,pervers" bezeichnet wird, ist nur im Hinblick auf einen umfassenderen Kontext kultureller Werte und Normen zu verstehen, und auf die Art und Weise wie Menschen miteinander leben.

Die Kulturgeschichte der Menschheit (*Hirschfeld*, 1917, 1929: *Moll*, 1921; *Frischauer*, 1968, 1978, u. a.) gibt ein eindrucksvolles Zeugnis darüber, daß eine untrennbare Wechselwirkung der Formen des Sexuallebens mit gesellschaftlichen, kulturellen und religiösen Bezügen besteht. Dabei ist ausschlaggebend, in wieweit eine lustfreundliche, lebensbejahende oder lustfeindliche, verleugnende und verbietende Grundhaltung in einer Gesellschaft, Kultur oder Religion vorherrscht. In der ungeheuren Vielfalt sexueller Ausdrucksmöglichkeiten, über die berichtet wird, finden sich letztlich alle Formen, die heute, losgelöst aus ihrem kulturellen und damit vor allem aus dem interpersonellen Kommunikationszusammenhang, als sog. Perversionen bezeichnet werden.

Ich möchte als ein Beispiel den Phalluskult mit seinen höchst subtilen Ritualen erwähnen, der in einem integrierten kulturellen Bezug deutlich exhibitionistische und fetischistische Züge trägt. Man führt diesen Kult auf die existentielle Bedeutung der Zeugung und der Fruchtbarkeit der niederen Kulturstufen zurück. Den Geschlechtsteilen, insbesondere dem Phallus, wurden in der Vorstellung der Naturmenschen übernatürliche Kräfte verliehen. Er wurde als Gottheit verehrt.

Dieser Kult wurde in einem übergreifenden Gruppenbezug in orgiastischen Festen ausgelebt, wie z. B. im Dionysoskult der alten Griechen, der Ägypter, in den Mysterien des persischen Sonnengottes Mithras, im Lingamkultus in Indien, ebenso in Japan im Schintoismus. Heute finden sich noch Reste dieses heidnischen Kultes in einigen Bräuchen des Karnevals.

In späteren Zeitepochen waren z. B. die orgiastischen Kulthandlungen der Tempeldienerinnen der Sumerer in ihrem Ursprung integriert in einen religiösen und philosophischen Gruppenbezug ebenso wie die besondere Rolle der Hetären Griechenlands.

Homosexualität war in vielen Kulturen eine religiöse Sitte. Sie wurde idealisiert bei den Griechen und mit kriegerischer Tüchtigkeit und intellektuellen, ästethischen und ethischen Eigenschaften in Verbindung gebracht. Nicht nur ihre Häufigkeit sondern auch die Tatsache, daß es gerade Personen von hohem Rang waren wie Kaiser, Könige, Philosophen, Humanisten, Dichter und Künstler, zeigt ihren kulturellen Einfluß.

Im letzten Jahrhundert mit der Entwicklung der Naturwissenschaft begann, losgelöst von übergreifenden kulturellen Gruppenbezügen, die systematische medizinische Erforschung ihrer Pathologie, die mit Namen wie *Krafft-Ebing* (1896), *Albert Moll* und vor allem *Magnus Hirschfeld* verbunden ist.

Den in den oben erwähnten Beispielen zum Ausdruck kommenden konstruktiven Momenten von Erotik und Sexualität in ihrer kreativen Bedeutung für Kultur und Lebensstandard stehen zu allen Zeiten auch Formen destruktiver Sexualität gegenüber, die mit Unwissenheit, Ausbeutung und Sklaventum verbunden sind.

Als ein Beispiel destruktiver Sexualität der Neuzeit sei der Flagellantismus im puritanischen England des 18. Jahrhunderts erwähnt. Die ,,Geißlerepedemie", eine Folge der strikten Forderung nach Unterdrückung aller sinnlicher Lust, ist das Ergebnis einer absolut lust- und lebensfeindlichen Moral des Puritanismus. Gerade die scheinbare Tugendhaftigkeit, die Gefühle der Lebensfreude als Sünde bewertet und sie als menschliche Grundbedürfnisse verleugnet, bewirkt

eine Verkehrung ins Gegenteil, eine Pervertierung. Brutalität und Destruktion im sexuellen Kontakt sind die Folgen einer solchen Entfremdung des Menschen von seinen Bedürfnissen und Gefühlen und spiegeln die Starrheit und Feindseligkeit der umgebenden Gruppe wider.

Dieser Exkurs sollte zwei wichtige Aspekte beleuchten, die auch zum Verständnis der destruktiv gewordenen Sexualität als psychischer Krankheit wichtig sind:

1. Sexuelle Handlungen, integriert in eine kulturelle Ordnung, sind an sich nicht als „pervers" zu bezeichnen. Sie dienen der Verständigung und der Orientierung einer Gruppe von Menschen und finden darin einen übergeordneten, religiösen Sinn, der letztlich mit der Erhaltung des Lebens, der Fruchtbarkeit und der kreativen Bewältigung der Angst des Menschen um seine Existenz zusammenhängt.

2. Die umrissene Vielfalt von sexuellen Ausdrucksmöglichkeiten in Zeremonien, die der Verehrung und der Lebensbejahung und Erhaltung dienen einerseits, bis hin zu solchen, die sowohl brutale, selbstzerstörerische als auch destruktive Auswirkungen anderen Menschen gegenüber haben und aus der Verleugnung elementarer Bedürfnisse resultieren, zeigt, daß hier fließende Übergänge bestehen von kreativer Lebensbewältigung bis zur Destruktion und Deformation elementaren menschlichen Potentials auch im Bereich der Sexualität.

Freud greift als Wissenschaftler die geschichtliche Tradition des Menschen auf. So hat er in seiner Erforschung der kindlichen Sexualität (1905) entdeckt, daß das kindliche Sexualleben polymorph-pervers und primär bi-sexuell angelegt ist, d. h. daß in dieser Vielfalt ein grundsätzliches Potential von Äußerungsmöglichkeiten menschlicher Sexualität zu sehen ist. Er untersuchte entsprechend seiner damaligen Erkenntnisse die Sexualität und die sexuelle Perversion in erster Linie unter triebdynamischen Aspekten und verlegte den Schwerpunkt psychischer Entwicklung auf einen a priori intrapsychisch gegebenen Konflikt zwischen Lebens- und Todestrieb, zwischen Gut und Böse, im Menschen selber. Damit wird menschliche Entwicklung prinzipiell als ein Prozeß des Einzelnen und seines Kampfes mit den Trieben, die biologisch vorbestimmt sind, und den Forderungen der Umwelt nach Anpassung an gegebene Verhältnisse, Werte und Normen festgelegt.

Freud hat in der Entdeckung des Unbewußten und seiner Dynamik und der kindlichen Sexualität in ihrer unstrukturellen Vielfältigkeit eine revolutionäre Veränderung in Gang gesetzt. Krankheitssymptome, die durch die Jahrhunderte hinweg als persönliche Schuld eines Menschen in einem religiösen Sinn angesehen wurden und später mit dem Fortschritt der Naturwissenschaft wiederum zunächst einseitig biologistisch zu fassen versucht wurden, konnten mit der Theorie *Freuds* einfühlbar und verstehbar dargestellt werden. Damit waren Krankheitsphänomene aus dem Zusammenhang magischer und religiöser Vorstellungen von Schuld und Sühne herausgelöst. *Freuds* entscheidender Schritt, die Symptomdynamik als verstehbar und einfühlbar darzustellen, reicht vom heutigen Standpunkt aus nicht mehr aus.

Ammon (1978) weist darauf hin, daß in *Freuds* Theorie die Gesamtdynmaik der Persönlichkeit in ihrem Zusammenhang mit der Symptomatik auch weiterhin ein Stück weit im Dunkel der Verständnislosigkeit blieb, d. h. dem damaligen Stand der Wissenchaft entsprechend naturwissenschaftlich formuliert im Bereich der Konstitutionspathologie angesiedelt blieb.

Auch neuere Entwicklungen innerhalb der orthodoxen Psychoanalyse bleiben diesem Rest von Unverständlichem verhaftet. Beispielhaft sei auf einen Artikel von *Schorsch* (1978) über „Die Stellung der Sexualität in der psychischen Organisation des Menschen" hingewiesen.

Schorsch stellt die Bedeutung eines psychodynamischen Konzeptes der Sexualität heraus unter weitgehender Aufgabe des Trieb-Sublimations-Modells von *Freud*. Letztlich wird aber nicht das Triebmodell als solches in Frage gestellt, sondern die übermäßig starke Betonung des energetischen Aspekts.

Schmidt (1975) spricht in diesem Zusammenhang von der biologisch orientierten „Dampfkesseltheorie" oder von einem „psychohydraulischen" Modell der Sexualität und sieht darin zwar den kleinsten gemeinsamen Nenner aller Sexualideologen der letzten 200 Jahre, jedoch zugleich auch dasjenige Postulat, auf das im Rahmen einer analytischen Gesamttheorie verzichtet werden kann. Das Herausarbeiten von Psychogenese und Psychodynamik, wie sie von *Schorsch* geleistet wird, stellt die Triebverankerung in den Hintergrund. Sexualität wird als eine „Möglichkeit des Erlebens" bezeichnet, bei der die intrapsychische Konfliktdynamik der frühen Kindheit eine zentrale Rolle für die psychische Organisation und Pathologie der Sexualität eines Menschen spielt. Nicht berücksichtigt bleibt in diesem intrapsychischen Konfliktmodell der reale Einfluß der umgebenden Gruppe, d. h. die verinnerlichte Beziehungsdynamik sowohl lebensgeschichtlich, kulturell als auch aktuell im Hier und Jetzt der sexuellen Begegnung. Die Bedeutung der Interpersonalität der Sexualität spielt nach *Schorsch* insofern zwar eine Rolle als er betont, daß durch den sexuellen Kontakt die intrapsychische Konfliktkonstellation der frühen Kindheit aktualisiert und wiedererlebt wird. Damit erhält m. E. die sexuelle Interaktion eine einseitig regressiv intrapsychisch determinierte Festlegung.

Die Wichtigkeit der Sexualität für das psychische Gleichgewicht wird v. a. in den beiden Aspekten der Angstabwehr und Bewältigung von Konflikten sowie der Wunscherfüllung als polarer Erlebnismöglichkeit mit ihrer primärprozeßhaften Tiefe gesehen. Es fehlt in diesem Modell weitgehend der kreative und prospektive Aspekt der Sexualität als einer zentralen Dimension zwischenmenschlicher Begegnung und Veränderung im Kontext mit der umgebenden Gruppe. Der Gruppenbezug menschlicher Entwicklung ist ein Naturgeschehen. Ich- und Identitätsentwicklung basiert nach *Ammon* (1979) auf unbewußt angelegten, d. h. primären Verwirklichungsmöglichkeiten des Kindes, die Mutter und Gruppe annehmen und verstehen bzw. einschränken können. Das primäre Bedürfnis des Kindes nach Eindrücken, Kontakt und Beziehungen wird psychodynamisch getragen und reguliert durch die zen-

tralen Ich-Funktionen der konstruktiven Aggression und der Angst, die, wie *Ammon* es formuliert hat, umweltgerichtet und umweltoffen sind. Sie bedürfen lebensnotwendig eines Gegenübers. Ausmaß und Qualität der in der frühkindlichen Symbiose gemachten Beziehungserfahrungen stecken die Grenzen des innerpsychischen Raumes, in dem zukünftige identitätserweiternde Prozesse möglich werden, ab. Die Interpersonalität und damit der Gruppenbezug menschlicher Entwicklung ist daher abhängig einerseits von den verinnerlichten eigenen unbewußten Strukturen und andererseits von den entsprechenden Möglichkeiten der Menschen, zu denen eine Beziehung besteht.

Der Energie-Begriff wird von *Ammon* in diesem Zusammenhang neu definiert. Im Gegensatz zur Triebtheorie mit ihrer biologischen Verankerung, verbunden mit der Spekulation von Lebens- und Todestrieb, sieht er die für die psychische Entwicklung notwendige Ich-Energie als eine Funktion aus früherer narzißtischer Zufuhr durch die Primärgruppe sowie aus späteren realitätsbezogenen narzißtischen Bestätigungen durch aktuelle Gruppenbezüge an. Narzißtische Zufuhr bedeutet notwendige Bestätigung der Person im eigenen Recht, primär in der frühkindlichen Symbiose: Geborgenheit, Zuwendung, Sicherheit und Liebe sowohl körperlicher als auch atmosphärischer Art.

Ammon unterscheidet konstruktiven und destruktiven Narzißmus. Charakteristisch für den konstruktiven Narzißmus ist eine aufgrund der Primärerfahrung gewonnene lebensbejahende und freundliche Einstellung zur eigenen Körperlichkeit, den eigenen Fähigkeiten und Interessen gegenüber, die etwas Ich-eigenes und mit erotischer Spannung verbunden sind sowie eine soziale Offenheit und Fähigkeit Beziehungen aufzunehmen.

Destruktiver Narzißmus ist eine Folge mangelnder oder feindselig ambivalenter Beziehungserfahrungen, die eine schuldfreie Entfaltung der eigenen Identität verhindert und narzißtische Abhängigkeiten aufrechterhält. Das bewirkt eine Ich-Einschränkung und Beziehungsunfähigkeit bzw. maßlose Forderungen an die Umwelt, deren destruktive Auswirkungen nicht mehr einer eigenen Realitätsprüfung unterliegen.

Fehlende oder inadäquate narzißtische Zufuhr bewirkt strukturell ein narzißtisches Defizit und einen Mangel an Ich-eigener Energie. Dies liegt allen archaischen Ich-Krankheiten zu grunde und führt zu einer entscheidenden Beeinträchtigung der zentralen Ich-Funktionen der Aggression, der Angst, der Kreativität und Sexualität in Richtung einer destruktiven Deformation.

Ammons neue Theorie des Ich-Struktur-Modells, das ich in einigen Kernpunkten skizziert habe, bedeutet letztlich die Überwindung der sog. Uneinfühlbarkeit schwerer psychischer Krankheiten. Die entscheidende Konsequenz liegt in der Ableitung entsprechender psychotherapeutischer Strategien. Therapeutisches Arbeiten ist nach *Ammon* immer ich-strukturelles Arbeiten oder mit anderen Worten, es geht um eine direkte, emotionale Auseinandersetzung zwischen Therapeut und Patient bzw. der Gruppe, wobei

die Erlebnis- und Erfahrungsfähigkeit des Therapeuten selbst, das wesentlich therapeutische Agens ist. Folglich ist der Kernsatz der, das Psychotherapie Identitätstherapie bedeutet. Identität ist nicht individualpsychologisch zu sehen, sondern erweist sich ,,genetisch und dynamisch grundsätzlich als ein interpersonelles und gruppendynamisches Geschehen, das sich an den Grenzen von Ich und Gruppe vollzieht" (Ammon 1978)

zu 2): Die sog. sexuelle Perversion wird nicht länger einseitig als Pathologie der Triebentwicklung verstanden. Die Schulpsychiatrie spricht auch heute noch von ,,Triebtätern", assoziiert mit Werturteilen der ,,konstitutionellen und moralischen Minderwertigkeit bis Kriminalität".

Eine extreme Folge dieser einseitig biologistischen Auffassung der Sexualität und ihrer Pathologie ist zum Beispiel die Anwendung sterotaktischer Hirnoperationen bei sexuell abweichendem Verhalten, insbesondere bei Menschen, die aufgrund ihrer psychischen Struktur straffällig geworden sind. Solche Operationen, aus den Erfahrungen im Tierexperiment entwikkelt, löschen das abweichende Sexualverhalten zwar irreversibel aus. Sie haben jedoch Nebenwirkungen zur Folge, die in ihrer vollen Tragweite noch längst nicht bekannt sind, und die die gesamte Persönlichkeitsstruktur des Menschen betreffen. In seiner Stellungnahme zum Bericht des Bundesgesundheitsamtes zur Frage der stereotaktischen Hirnoperationen bei abweichendem Sexualverhalten wendet sich *Sigusch* (1978) entschieden gegen die Einführung der Stereotaxie als ärztlicher Behandlungsmethode, weil sie seiner Auffassung nach jegliche ärztliche Ethik vermissen läßt. Nach *Sigusch* werden stereotaktische Eingriffe fast ausschließlich in der Bundesrepublik angewandt. Die Eingriffe stellen, da sie ein psychosoziales Problem ausschließlich auf die biologische Funktion reduzieren, einen Rückfall der Psychiatrie in eine Zeit vor den psychoanalytischen und sozialwissenschaftlichen Erkenntnissen dar.

Die sexuell perverse Reaktion als archaische Ich-Krankheit wird im Konzept der Dynamischen Psychiatrie von der zugrundeliegenden strukturell beeinträchtigten Ich- und Identitätsentwicklung in Abhängigkeit von der umgebenden Gruppe untersucht. Zugrunde liegt die Auffassung, daß Sexualität eine zentrale Ich-Funktion darstellt. *Ammon* (1978) definiert sie wie folgt: ,,Sexualität (ist) nicht als isoliertes Triebgeschehen zu verstehen, sondern als eine exemplarische Identitätsäußerung, deren konstruktive Entfaltung nur im Rahmen einer gelingenden Interaktion von Mutter und Primärgruppe möglich ist, weil hier beispielhaft auf der Körper-Ich-Ebene primärprozeßhafte Erfahrungsmodi unter der Herrschaft flexibler Ich-Grenzen stehen müssen. Im Gegensatz zu *Freud* sind wir der Meinung, daß Kreativität immer mit sexuellem Interesse zusammenhängt und nicht das Ergebnis von Sublimierung von Sexualität, d. h. Triebzielveränderung beinhaltet. Sexualität und schöpferische Aktivität bedeuten vielmehr besondere Ich-Zustände mit vorübergehender Öffnung der Ich-Grenzen und einer damit verbundenen Neuorganisation und Erweiterung des Ich."

Die gestörte bzw. destruktiv gewordene Sexualität (sexuelle Perversion) weist nach unserer Erfahrung immer auf eine im Rahmen der frühen Mutter-Kind-Symbiose erworbene defizitäre Ich-Struktur, insbesondere auf einen destruktiven Narzißmus auf der Ebene des Körper-Ichs, hin. Untrennbar damit verbunden ist eine Deformation der zentralen Ich-Funktionen der Aggression, der Abgrenzung nach innen und außen sowie der Angst, der Kreativität und Sexualität.

Die im Symptomverhalten der destruktiven Sexualität seiner ganzen phänomenologischen Vielfalt im Vordergrund stehende Sexualisierung spiegelt letztlich in entstellter destruktiver Weise elementare Bedürfnisse nach Nähe, Geborgenheit, nach narzißtischer Zufuhr und menschlichem Kontakt wider. Inwieweit das Symptom diese Brücke des Kontaktes ermöglicht, ist abhängig vom Ausmaß der destruktiv gewordenen Aggression und der Angst, die im Symptom zum Ausdruck kommt.

Ich möchte dies an einer Fallvignette verdeutlichen.

Es handelt sich um einen 20 Jahre alten Jugendlichen mit dem körperlichen Entwicklungsstand eines 15-Jährigen. Er war nach einem Suizidversuch in die Klinik gekommen. Hinter diesem Suizidversuch verbarg sich eine hochpatholgische Ich-Struktur mit ausgeprägt sexuell-perverser Symptomatik. Jürgen war schon mehrfach auffällig geworden dadurch, daß er Mädchen im Alter von 10-12 Jahren überfallen hatte und versucht hatte, sie zu vergewaltigen. Diese Vergewaltigungsversuche waren für ihn zwanghaft wie im Traum abgelaufen, verbunden mit aggressiven Phantasien bis zum Tötungswunsch. Zu Hause bei seinem älteren homosexuellen Freund, seinem „Onkel", der ihn auf der Straße streunend aufgelesen hatte, mußte er immer wieder, eingehüllt in Plastik-Müllsäcke, vor Bildern halbwüchsiger Mädchen onanieren, um seine häufig auftretenden panischen Angstanfälle, wo er sich selber aufzulösen drohte, abzuwehren.

J. stammt aus einer sozial schwachen Familie mit einem Alkoholiker als Stiefvater. Als Kind war er lange Zeit schwer krank gewesen. Seine Mutter hatte ihn als Baby, wie sie ihm erzählt hatte, in den Zug der öffenen Tür gestellt, um ihn so krank werden zu lassen, daß er sterbe, was einer extrem negativen zerstörerischen Form der „Zuwendung" zu seinem Körper gleichkam.

J. hat eine 12-jährige geistig behinderte Schwester. Die Tatsache der Behinderung bezog er auf sich, da die Mutter ihm gesagt hatte, daß er schuld an der Mißbildung sei, da er ihr in der Schwangerschaft mehrfach in den Bauch getreten hatte. J. hatte das Baby einmal beim Versuch, mit ihm zu spielen, vom Tisch auf den Steinfußboden fallenlassen.

Seine Angriffe auf die Mädchen sind zu verstehen aus der Wut über seine Schwester, die ihm immer aufgrund ihrer Behinderung vorgezogen worden war. Auf der anderen Seite aber wollte er in den Mädchen auch seine eigenen, weichen und verletzlichen Seiten zerstören, denn er malte sich z. B. selber als Mädchen und zog zu Hause Mädchenkleider an. Seine Vergangenheit als Gelegenheitsstrichjunge, die Wohngemeinschaft mit dem homosexuellen Onkel sind primär nicht Ausdruck einer sexuell pervertierten Triebentwicklung, sondern zu verstehen aus seinem hilflosen Versuch, seine Einsamkeit und Verlassenheit durch eine pseudohafte Nähe abzuwehren. Die Behandlung seiner sexuellen aggressiv perversen Impulse, Mädchen zu vergewaltigen, mit Hormonpräparaten, ließen ihn als Folge nur schwerst depressiv reagieren, da ihm diese Behandlung auch seine hilflose und pervertierte Möglichkeit, auf der homosexuellen Ebene pseudohafte Kontakte zu bekommen, genommen hat. Das Ausmaß der hinter der sexuell perversen Symptomatik stehenden Einsamkeit wird deutlich an folgender Szene während der Weihnachtstage: Nach einem Treffen mit Patienten einer Klinik war er plötzlich völlig allein, obwohl der Abend mit ihm von der Gruppe strukturiert worden war. Er zog durch die Stadt und sah stundenlang in erleuchtete Fenster hinein und warf schließlich voller Wut und Verzweiflung mehrere Pflastersteine in das Fenster einer erleuchteten Gaststätte, wo eine Weihnachtsfeier stattfand, mit den Worten: „Ihr Schweine, warum wollt Ihr mich nicht haben!"

Im Schutz der therapeutischen Gruppe suchte er besonders die Nähe zu Frauen im Alter von ca. 45 Jahren und war dort sehr anhänglich und abhängig. Er konnte aber den Kontakt nie halten, zerstörte ihn, indem er die Frauen zurückstieß, weil er in dem Moment, wenn er Kontakt hatte, von seinen perversen Wünschen gegenüber kleinen Mädchen berichtete, die Frauen häufig

aber selber Kinder in diesem Alter hatten. Diesen Wechsel von großer Nähe und Vertraulichkeit und der destruktiv aggressiven Verlassenheit muß die Situation seiner eigenen Kindheit gewesen sein. Im Kontakt zur Gruppe wiederholte er immer wieder diese archaische Situation. Er konnte mit erstaunlich gutem emotionalen Gespür die anderen Gruppenmitglieder verstehen, auf sie eingehen und helfen, mußte aber dann sofort alles wie in einem Vergewaltigungsakt zerschlagen, indem er seine ganzen destruktiven Phantasien bis hin zum Mord an seiner Mutter und den Frauen in der Gruppe berichtete. Eine ähnliche Dynamik hatten auch die regelmäßigen Einzelstunden. Seine konstruktiven Seiten ermöglichten ihm allmählich mit der entsprechenden Wut die Abgrenzung von seiten des Therapeuten der Gruppe im Schutze des Klinikmilieus zu ertragen.

J. ist aufgrund seiner schwer pathologischen Dynamik ambulant sicherlich nicht zu behandeln, wohl aber in einer klinisch-stationären Situation, die ihm Grenzen setzen kann.

Die Lebensgeschichte dieses jungen Mannes zeigt ein extremes Ausmaß an Lebensfeindlichkeit und unmittelbarer Destruktivität, die er als unabgegrenzte verinnerlichte Primärgruppenerfahrung in seinem späteren Leben zwanghaft wiederholen muß. Es wird deutlich, daß das aggressive, sexuelle Agieren in perverser Weise einen letzten Versuch zu überleben darstellt und als Abwehr einer tödlichen Depression, d. h. des völligen Verlassenseins und der Ich-Auflösung anzusehen ist.

Sexuell perverse Reaktionen sind auf einem gleitenden Spektrum von konstruktiver bis hin zu destruktiver Ausprägung anzusiedeln. Die kritische Variable ist dabei der Rest an lebensbejahender und liebevoller narzißtischer Zuwendung, die in der Mutter-Kind-Symbiose möglich war.

War dies ein Beispiel eines hochgradig destruktiven Krankheitsgeschehens, so sei hier als Beispiel einer mehr benignen Form der sexuell perversen Reaktion ein Patient erwähnt, der als Transvestit in meine Praxis kam. Sein Verkleidungsritual, in dem er sich mit zwanghafter Sorgfalt als schöne junge Frau darstellte, zeigte in idealisierter Weise das narzißtische Abbild seiner verführerischen Mutter, die Tänzerin war, und von der sich nie hatte als Mensch im eigenen Recht abgrenzen dürfen. Ein Stück lustvoll erlebter Wunscherfüllung, mit der Mutter zu verschmelzen, so zu sein wie sie, und sich dabei existent fühlen zu können, kommt hier zum Ausdruck. Die Zwanghaftigkeit in der Wiederholung des Rituals der Verkleidung mit seinen faszinierenden und schillernden Momenten des Existentseins und dem anschließenden Gefühl der Leere, tiefen Einsamkeit mit Suizidgedanken sowie die Tatsache, daß er mit seinem Symptom besonders seine soziale Existenz real gefährdete, zeigt den abrupten Wechsel von unintegrierten Ich-Zuständen. Die psychische Zerrissenheit der Persönlichkeit des Patienten, seine archaische Identitätsproblematik, stand im Mittelpunkt der psychotherapeutischen Arbeit (vgl. *Keller*, 1974, 1976, 1978).

Charakteristisch für die perversmachende frühkindliche Symbiose ist, daß die narzißtische Zuwendung der Mutter zu ihrem Kind in erster Linie auf der Ebene des Körperkontaktes in einer undifferenzierten symbiotischen Atmosphäre der häufig als lustvoll erlebten Körperpflege besteht bzw. dem narzißtischen Spiel mit dem Körper des Kindes und den Phantasien der Mutter über diesen Körper, die freundlichen, aber auch zerstörerischen Inhalt haben. Dabei stehen unbewußte narzißtische Bedürfnisse und Defizite der Mutter selbst, die ihr Kind als von ihr „geschaffenes Ding" (*Khan*, 1964, 1968) erlebt, im Vordergrund. Sie phantasiert ihr Kind sozusagen als Teil ihres eigenen Körpers, den sie emotionale überbesetzt und idolisiert, ihn handhaben kann nach ihren Bedürfnissen und auch zerstören kann nach ihren Bedürfnissen. Dabei verhält sie sich sowohl überfürsorglich als auch in abrup-

tem Wechsel dazu offen feindselig und ignorierend. Insgesamt als echter menschlicher Partner mit eigenen kohärenten Ich-Grenzen ist sie jedoch aufgrund ihrer eigenen Pathologie nicht existent.

Erfahrungsgemäß versagt in diesem Sinne auch die umgebende Primärgruppe. Empirische Untersuchungen haben nachgewiesen, daß die Väter solcher Familiengruppen als Identifikationsmodell und gegenüber in der Abgrenzung von der dominierenden Mutter weitgehend ausfallen.

Die pathologisch aufrechterhaltende Primärerfahrung der Undifferenziertheit prägt die ich-strukturelle Entwicklung des Kindes in Richtung eines grenzenlosen narzißtischen Abhängigkeitsbedürfnisses auf der als lustvoll phantasierten Körperebene. Es setzt eine Arretierung der gesamten Ich-Entwicklung ein, weil die Mutter weder eine Differenzierung auf andere zwischenmenschliche Erfahrungsbereiche mit sich und anderen Menschen gestatten kann, noch kann sie ihrem Kind die Loslösung und Abgrenzung aus der äußerst ambivalenten Symbiose auf der Körperebene ermöglichen. Dies hat eine Erfahrungsunfähigkeit und emotionale Starrheit zur Folge und führt zur Unfähigkeit allein zu sein. Gefühle der Frustration, Angst und Wut, deren Erleben unvermeidbar ist für eine Abgrenzung von Ich und Nicht-Ich, werden von der Mutter nicht angenommen und können folglich vom Kind nicht wahrgenommen, mitgeteilt und in der Auseinandersetzung bewältigt werden. Das Kind reagiert in dieser Beziehungsdynamik passiv und verharrt in einer archaisch narzißtischen Abhängigkeitshaltung bzw. in dem Bedürfnis, diese pseudointime sexualisierte Nähe immer wieder als einzigen Garanten seiner Existenz aufsuchen zu müssen.

Häufig dient das heranwachsende Kind der Mutter mehr oder weniger bewußt als Partnerersatz. Es erleidet abrupte Wechsel zwischen dem totalen Anspruch der Mutter auf das Kind und seinen Körper und einem ebenso radikalen Fallengelassenwerden, wenn sich die Mutter aufgrund unbewußter Schuldgefühle, ihrer Ambivalenz und letztlich der Enttäuschung über die Unvollkommenheit des Kindes – ihrer narzißtischen Kränkung –, das ihre Bedürfnisse nicht befriedigen kann, plötzlich feindselig abwendet. Beides sind Extremsituationen der Verlassenheit, denen das Kind hilflos ausgeliefert bleibt. Diese mit Vernichtungsangst erlebte Grenzsituation muß abgewehrt werden, indem im Sinne des Wiederholungszwanges die pseudointime Nähe und Abhängigkeit zur Mutter bzw. spätere Ersatzobjekte (Menschen, Dinge) im perversen Ritual hergestellt und wieder zerstört wird. Das suchtartige Suchen und Fallenlassen von Beziehungen oder deren Ersatz dient der Abwehr des unerträglichen Zustandes der Einsamkeit und Ich-Losigkeit. Das schale Gefühl hinterher sagt aus, daß kein echter Kontakt stattgefunden hat. Die auf diese Weise pervertierte und zwanghaft erstarrte Ausdrucksmöglichkeit menschlicher Grundbedürfnisse nach narzistischer Zufuhr, d. h. nach Nähe, Körperkontakt, Geborgenheit muß immer wieder zerstört werden, weil sie keinerlei echten Raum für eine lebendige, wechselseitige Beziehung und Reifung zuläßt, in die gefährliche Nähe einer völligen Vereinnah-

mung und Auflösung aller Ich-Grenzen kommt und letztlich ausschließlich Abwehrcharakter besitzt.

Die lebensnotwendige Kontinuität von narzißtischer Zufuhr der frühkindlichen Symbiose für die psychische Entwicklung und die Differenzierung der Ich-Funktionen durch die umgebende Gruppe erfolgt nicht bzw. nur inselartig entfremdet d. h. defizitär, bis hin zu offen destruktivem Verhalten von Mutter und Gruppe.

Im weiteren Verlauf der Entwicklung bilden sich als Folge erhebliche Struktur-Defizite bzw. Deformationen in der Ausprägung der zentralen Ich-Funktion der Abgrenzung nach innen und außen, der Emotionalität, der konstruktiven Aggression und der Angst. Die zentralen Ich-Funktionen der Kreativität und besonders der Sexualität in ihren charakteristischen Merkmalen von Flexibilität zwischen Öffnen, Schließen, Erweitern und Reifen von Ich-Grenzen und damit dem Niederschlag in der Bildung von Strukturen sind in ihrer Entfaltung eingeschränkt. Die Emotionalität wird im zwischenmenschlichen Kontakt abgespalten, was zu echten Brüchen in der Kontinuität zwischenmenschlicher Beziehungen führt. Diese Einschränkung und Fixierung der gesamten Identitätsentwicklung entsteht dadurch, daß die dynamischen und progressiv regulierenden Kräfte der zentralen Ich-Funktionen der konstruktiven Aggression und Angst sowie des Narzißmus für ihre positive Entwicklung kein adäquates Verständnis und keine Unterstützung erhielten. Die Antwort von Seiten der Mutter und der Gruppe bestand in der Verleugnung und vor allem in der Isolierung von Gefühlen. Als Resultat entsteht eine im Symptom der sexuell perversen Reaktion festgeschriebene defizitäre Entwicklung der Ich-Struktur in ihren zentralen Aspekten. Das Symptomverhalten stellt den Kompensationsversuch dieses archaischen Defizits dar. Es ist als Ausdruck einer verkrüppelten Hoffnung auf Leben und Entwicklung anzusehen und unterliegt einem unbewußt gewordenen Wiederholungszwang. Die Überbewertung der sexuell erscheinenden Qualität im Symptomverhalten, die in der Sexualisierung zum Ausdruck kommt und sich auf weite Bereiche der Ich-Funktionen ausdehnen kann, z. B. im Phänomen des sexualisierten Sprechens und Denkens, ist als eine diffuse, unabgegrenzte archaische Abwehrstrategie zu verstehen. Verbunden mit dem Mechanismus des Ausagierens dient sie einer häufig geradezu manischen Abwehr von Verlassenheit und Desintegration.

Die Sexualität als Ich-Funktion stellt sich in ihrer Ausdrucksmöglichkeit zwischen zwei Extremen dar, in der Sexualisierung als einem archaischen Abwehrmechanismus, in der sexuell perversen Reaktion mit vielfältigen Übergängen bis hin zu der in die Persönlichkeit integrierten Sexualität als einer zentralen Ich-Funktion. Die Dimension der Sexualität bewegt sich wie alle Ich-Funktionen zwischen einem konstruktiven und einem destruktiven Pol.

Im Falle der destruktiven Sexualität entscheidet das Ausmaß der Angst und vor allem der destruktiven Aggression und des destruktiven Narzißmus,

das im Symptomverhalten zum Ausdruck kommt, letztlich darüber, inwieweit eine wenn auch defizitäre Ich- und Identitätsentwicklung möglich ist.

Das positive Ende dieser Skala bildet die in die Persönlichkeit integrierte Ich-Funktion der konstruktiven Sexualität und Erotik, die in enger Wechselwirkung mit der zentralen Ich-Funktion der Kreativität, der konstruktiven Aggression, des konstruktiven Narzißmus, der Angst und der Ich-Regulation steht. Sie stellt eine unmittelbare Möglichkeit des interpersonellen Erlebens und Erfahrungsaustauschs, verbunden mit einer gegenseitigen Ich- und Identitäts-Erweiterung und Ich-strukturellen Reifung im Schutz einer lebensbejahenden, freundlichen Gruppe dar, in der Bedürfnisse nach Körperkontakt und Erotik zugelassen sind.

Ausgehend von *Ammons* übergeordnetem gleitenden Spektrum archaischer Ich-Krankheiten fassen wir einzelne Symptomatiken nicht als isoliertes Krankheitsgeschehen auf, sondern erforschen die dahinterliegenden Ich-strukturellen Besonderheiten und Gemeinsamkeiten im Kontext eines dynamisch interdependenten Prozesses. Ich möchte versuchen, den Zusammenhang der sog. sexuell perversen Reaktion, der psychosomatischen Erkrankung und der narzißtischen Depression kurz zu umreißen.

Unter genetischem Aspekt liegt der Zusammenhang zwischen Entwicklung und Störungen der Ich-Funktion der Sexualität und der psychosomatischen Reaktion sehr nahe. Beide sind in ihrer Wurzel Störungen des Körper-Ichs. In der Psychodynamik der frühen Symbiose bezieht sich die Mutter im Falle der Perversion auf den gesunden, intakten Körper oder einen Teil des Körpers des Kindes, den sie idolisiert, mit Phantasien besetzt und ihn sich omnipotent verfügbar macht im Sinne der Kompensation eigener unbewußter narzißtischer Defizite.

In der psychosomatisch machenden Konstellation wendet sich die Mutter mit Liebe und Fürsorge dem kranken Körper zu, den sie unter dieser ebenfalls im Hinblick auf die gesamte Person des Kindes reduzierten Weise angstfrei lieben kann. In beiden Situationen kommt es zu einer entfremdeten, pervertierten Beziehung zu einem Teilaspekt des Kindes im Rahmen der ansonsten grenzenlosen undifferenzierten Symbiose.

Der abrupte Wechsel zwischen intimer Nähe und völliger Verlassenheit in beiden Situationen verhindert die Entstehung und kontinuierliche Erweiterung von Ich-Grenzen. Der immer wieder unterbrochene und nur partiell mögliche Kontakt mit der Mutter hinterläßt inselartige Erfahrungen von Geborgenheit und Nähe, die unintegriert in die übrige Ich- und Identitätsentwicklung eine Kontaktstelle zu der Mutter darstellen. Im späteren Symptomverhalten wird diese Dynamik zwanghaft und in ritualisierter Weise wiederholt. In beiden Krankheitsbildern handelt es sich um eine destruktive Beziehung zum eigenen Körper als Objekt.

Interessant ist hierbei die Rolle des Schmerzerlebens. Bereits *Schilder* (1924) hat diesem Phänomen besondere Bedeutung beigemessen, indem er herausarbeitete, daß die Schmerzempfindung eine Veränderung des Verhält-

nisses von Körper und Welt, von innen und außen, bewirkt. *Federn* unterscheidet (1952) in der Schmerzerfahrung zwischen dem passiven Annehmen von Schmerz (feeling) und dem aktiven Leiden an einem Schmerz (suffering), was er als Ich-Leistung auffaßt.

Im Extremfall kann das Schmerzerleben eine letzte pervertierte Form, sich existent zu fühlen, darstellen. *Ammon* (1974) sieht in diesem Sinn „ das psychosomatische Symptom als selbstzerstörerischen Versuch, ein beim Aufbau der Ich-Grenze entstandenes narzißtisches Defizit auszufüllen und zu kompensieren und auf diese Weise die Integration der Person zu erhalten".

Der aktive Aspekt der Schmerzerfahrung als ein Phänomen, welches an die psychische und physische Körper-Ich-Grenze stößt, diese auflöst und durch das Leiden an diesem Schmerz eine Erweiterung der Ich-Grenze bewirkt, ist ein außerordentlich wichtiger und konstruktiver psychodynamischer Vorgang der realen interpersonellen Auseinandersetzung. Damit ist sowohl psychischer als auch physischer Schmerz gemeint. Auch bei der destruktiven Sexualität kommt dem Zufügen wie Erleiden von körperlichen Schmerzen die Bedeutung einer Möglichkeit, sich existent zu fühlen zu, verbunden mit Gefühlen des omnipotenten Verfügens bzw. Ausgeliefertseins. Letztlich ist dies ein Ausdruck der destruktiven pervertierten Symbiose ebenso wie in der psychosomatischen Erkrankung.

In der Perversionsforschung ist herausgearbeitet worden, daß es sowohl im Sadismus, also dem Zufügen von Schmerzen, das mit sexueller Erregung einhergeht ebenso wie damit in untrennbarer Wechselwirkung stehend im Masochismus, dem Erleiden von Schmerzen verbunden mit sexueller Erregung, nicht um die Grausamkeit als solche geht. Es geht vielmehr um den häufig einzigen noch zur Verfügung stehenden Weg, sich selbst und seinen Körper spüren zu können. Dieses pervertierte Existenzgefühl kann sich ekstatisch steigern, im Extremfall bis hin zum Phänomen des Lustmordes. Bei diesen ins Extrem verkehrten Wünschen nach Zuwendung, Nähe und Körperkontakt kommt es nicht unbedingt darauf an, daß die Phantasien wirklich ausgeführt werden. Mißhandlungen vielfältigster Art, deren Vorstellungen an einen bestimmten rituellen Ablauf gebunden sind – seien sie nun real oder eingebildet – wecken ein diffuses Lustgefühl wie z. B. Binden und Fesseln, Treten, Strangulieren, Ausführen niedriger Arbeiten und ekelhafter Aufgaben, Schimpfreden usw. oder auch aktives Zufügen von Verwundungen bei anderen oder bei sich selber.

Ein Beispiel, das sich an der existentiellen Grenze von Leben und Tod bewegt und eine abgrundtiefe psychische Verlassenheit spüren läßt, ist das Ritual des Leiche-Spielens.

Ich möchte dies an einer Fallvignette verdeutlichen:

Eine Patientin, die nach einer totalen Verlassenheitssituation psychotisch reagierte und für ihr Gefühl des Nichtexistentseins als letzten Hilferuf eine Antwort suchte, arrangierte sich eine Situation, in der sie als Leiche mit Bodylotion eingerieben ganz weiß aussah, eine rote Rose in den gefalteten Händen hielt und in einem mit schwarzen Tuch aufgeschlagenen Sarg lag. In diesem Ritual mußte ihr Partnerkomplice, der als Mönch mit Kapuze und Kreuz verkleidet war, die

Leiche schänden. Vorausgegangen waren intensive Rituale des Auspeitschens. Erst auf diese Weise war es ihr möglich, sich wieder lebendig zu spüren und ihren durch Verletzungen entstellten Körper wahrzunehmen. Allmählich konnte sie zu freundlicheren Ritualen übergehen und begann darüber zu sprechen, während die zuvor erwähnten Rituale absolut sprachlos verliefen.

Das Beispiel macht deutlich, daß hier das Schmerzerleben und der Mechanismus des sexualisierten Ausagierens noch Rudimente eines aktiven Bewältigungsversuches darstellen, der zwar keine Veränderung bewirken kann, sondern eine archaische Form der Abwehr von Einsamkeit, Vernichtungsangst und ohnmächtiger destruktiver Aggression darstellt und je nach Stärke der Destruktivität ein gewisses Maß an Befreiung für den Augenblick bringen kann. Sie zeigen auch einen psychodynamischen Zusammenhang der sexuell perversen Reaktion und der schweren narzißtischen Depression, die zur Selbstaufgabe bis hin zur Selbstzerstörung im Suizid führen kann.

zu 3): Ich möchte zum Abschluß über erste Ergebnisse einer empirischen Überprüfung der Hypothesen berichten.

Diese Untersuchung ist ein Teil des übergeordneten Forschungsprojektes der ich-strukturellen Diagnostik der Berliner Schule. War mein Beitrag in erster Linie klinisch orientiert, so wird in der Pilot-Studie der Versuch gemacht, zunächst zwei Haupthypothesen näher zu untersuchen.

1. Die Störung der zentralen Ich-Funktion der Aggression
2. Die Störung der zentralen Ich-Funktion der Abgrenzung nach innen und außen

Über die spezifischen Ausprägungen der Ich-Funktion der Aggression wie der Ich-Abgrenzung liegen empirische Untersuchungen vor. Bisher wurden zwei Fragebögen zur Erfassung der zentralen Ich-Funktion der Aggression und der Ich-Abgrenzung nach innen und außen entwickelt (*Beck, Bott, Rock, Wiehl-Volbehr*, 1978, 1979).

Der Aggressionsfragebogen erhebt drei faktorenanalytisch extrahierte Aggressionsformen: die defizitäre, destruktive und konstruktive Aggression. Der Abgrenzungsfragebogen, der noch in Entwicklung steht, differenziert zwischen mangelnder bzw. starrer (überkompensierter) Abgrenzung gegenüber inneren und äußeren Einflüssen oder psychischen Inhalten.

Die Stichprobe der Pilot-Studie zur Untersuchung der Ich-Struktur pervers reagierender Patienten umfaßte 20 perverse Patienten, die in Vergleich gesetzt wurden zu einer Gruppe psychosomatisch kranker und einer Gruppe depressiver Patienten sowie einer Kontrollgruppe. Es wurden folgende Ergebnisse erzielt:

Zur Ich-Funktion der Aggression: pervers reagierende Patienten zeigten eine geringere Fähigkeit zu konstruktiver Aggression und ein erhöhtes destruktives Potential als die Kontrollgruppe. Das destruktive Potential war auch größer als das depressiver und psychosomatisch kranker Patienten. Die defizitäre Aggression hingegen fiel nicht so sehr ins Gewicht wie bei den depressiven und psychosomatisch reagierenden Patienten. Dieses Ergebnis stützt die Auffassung, daß die sexuelle pervers reagierenden Patienten

eher zum Agieren neigen und damit ihre destruktive Aggression nach außen – im perversen Ritual – wenden. Bei den psychosomatisch Kranken ist die destruktive Aggression im psychosomatischen Symptom gebunden und erscheint im Erleben und Verhalten als defizitär. Das gilt ebenso für den Depressiven, der seine destruktive Aggression in Form psychischer Lähmung bindet und defizitär in lebensverbietendem Zustand verharrt.

Zur Ich-Funktion der Abgrenzung: Die Ergebnisse – hier auf Ordinalskalen-Niveau gemessen – zeigen, daß sexuell pervers reagierende Patienten sich schlechter abgrenzen können gegenüber Inhalten äußerer und innerer Herkunft als die Mitglieder der Kontrollgruppe. Dies kann auch bedeuten, daß die Abgrenzungsfunktion im Sinne der Überkompensation starr und unflexibel einsetzt. Gegenüber depressiven und psychosomatisch kranken Patienten zeigten pervers reagierende Patienten tendenziell eine flexiblere Abgrenzungsstruktur bei ansonsten gleichermaßen gestörter Abgrenzungsfähigkeit.

Diese Pilot-Studie liefert eine vorläufige Bestätigung dafür, daß das auf phänomenologischer Ebene abgrenzbare Krankheitsbild der sog. sexuellen Perversion auch auf ich-struktureller Ebene eine Differenzierung in der Ausprägung einzelner Ich-Funktionen sowie in der besonderen Konstellation ihrer Interdependenz vermuten läßt. Gleichzeitig ergibt die ich-strukturelle Forschung einen empirischen Nachweis dafür, daß hinter der Verschiedenheit der Symptomatiken der archaischen Ich-Krankheiten, zu denen die sexuelle Perversion (destruktive Sexualität) zählt, ein tiefgreifendes narzißtisches Defizit als eine grundlegende Beeinträchtigung aller zentralen Ich-Funktionen steht.

Die Forschungsergebnisse der Berliner Schule ergeben wichtige Hinweise für psychotherapeutische Behandlungsstrategien und ihre Überprüfbarkeit.

Psychoanalysis and Sexuality – On the Understanding of Constructive and Destructive Sexuality in Dynamic Psychiatry

Ursula Keller-Husemann

"Dynamic Psychiatry" of *Günter Ammon's* Berlin School is a therapy theory. The gliding spectrum of human identity- and ego-development has the poles "healthy" and "sick", i. e. "constructive" and "destructive". The so-called sexual perversions are understood as manifestations of archaic ego-diseases (*Ammon*) The ego-structure-theory underlying this clinical concept produces a new definition of sexuality and sexual pathology. Orthodox psychiatry (without an empathetic understanding of mental disease such as sexual perversions) and orthodox psychoanalysis (based on drive theory) are out-

dated by Dynamic Psychiatry and its concept of human potentialities and ego-functions: every human being has a right to materialize his genuine needs and desires and grows and develops only in an interpersonal and social context.

Accordingly, this paper focusses on the ego-structural, psychodynamic and groupdynamic aspects of the ego-function of sexuality in the context of personality development. The gliding spectrum of mental health and illness lists both the common and the differentiating features of archaic ego-diseases, like those of psychosomatic diseases and depression, and also the psychogenetic differences of the sexual perversions (destructive sexuality).

To begin with, the essential hypotheses of *Ammon's* ego-structuretheory (1979) are outlined: ego- and identity-development sets out from the unconscious genuine potentialities of the child which mother and group either accept and understand or deny and delimit. The primary needs of the child for new impressions, contact and relationships are the psychodynamic expression of the central ego-functions of constructive aggression and anxiety which are open for and directed towards the environment. Essential for feeling alive is the other person. Extent and quality of the experience made in the early mother-child-symbiosis define the border of the inner-psychic space, the room for future identity expanding processes. Thus, human development is bedded into interpersonal and group relationships and depends on both one's own introjected, unconscious structures and on the corresponding possibilities of the other people.

Ammon gives a new definition of "psychic energy". In opposite to drive-theory, anchored in biology, ego-energy – as necessary for mental development – is a function of both former narcissistic supply from the primary group and later narcissistic recognition by the actual groups. Narcissistic supply is the necessary recognition of a person in his own right, primarily in the early mother-child-symbiosis through tender love and care, both physically and psychologically.

This theoretical approach entails a psychotherapeutic concept the characteristic therapeutic method of which is the direct and immediate confrontation of therapist and patient or group in the sense of "ego-structural working".

The sexually perverse reaction is not considered any more as an intrapsychic process of the drives. The following hypothesis is the starting point for further research:

"Sexuality is an examplary expression of identity whose constructive development is possible only in the successful interaction with the mother and primary group since on this level the body-ego serves as a model for primary-process-modes of experience under the dominance of flexible ego-boundaries." There is a tight connection between sexuality and creative processes. Both are particular ego-conditions: the ego-boundaries are temporarily open and the ego is reorganized and expanded.

Disturbed or destructive sexuality, the front of symptom behaviour, indicates a deficitary ego-structure, acquired in the early mother-child-symbiosis, especially on the body-ego level. The psychodynamic point of view shows the mother as only interested in her own narcissistic gratification: she only loves and idolizes the body or parts of the body of her child. She experiences that body as a "made thing" and is unable to accept her child in its needs for tender love and care. The lack of narcissistic supply from the mother – and as empirical research has shown from the father as well – leave a narcissistic deficit according to the ego-structure-model: the inevitable deformation of all central ego-functions such as aggression, demarcation, anxiety, creativity and sexuality. Sexualization as the most frequent facet of the various symptoms really reflects just elementary needs for contact, security, narcissistic supply and closeness. Sexualization is interpretated as the un-limited archaic defense strategy against the underlying fear of desertion and the threatening danger of psychotic desintegration: this rigid and deficitary defense strategy follows an unconscious repulsion compulsion.

However, symptom behaviour is a rudimentary and alienated attempt to establish relationships and has a relative position on the gliding spectrum between "constructive" and "destructive". This position is determined by the kind of the introjected primary experience, i. e. the extent of the deficit of the vital narcissistic supply, of really experienced destructive aggression and desertion anxiety. Two case studies examplify this psychodynamic and psychogenetic interdependence.

The symptoms are not regarded as an isolated process of diseases but the deeper disturbances of the ego-structure share common features on the gliding spectrum of archaic ego-diseases. The specific differences in the phenomenological-clinical symptomatologies have their origin in the specific life-histories of the patients.

The psychodynamic connexions and differences between the clinical symptomatologies of sexual perversion, psychosomatic reaction and narcissistic depression will be outlined, with the experience of mental and physical pain for an illustration.

In the extreme, the patient experiences his pain actively or passively, i. e. he either afflicts pain directly to his own body (going as far as suicide) or to another person as the last means to achieve a feeling of existence. This applies to the psychodynamics of sexual perversion, psychosomatic reaction and narcissistic depression in the context of the gliding spectrum and depending on the degree of the disease.

A pilot study investigated the central ego-functions of constructive aggression and inner and outer demarcation in patients with sexually perverse reactions with the "Ego-Structure-Test" of *Ammon*. The data will be compared the corresponding results of a group of psychosomatic, a group of depressive patients and a control group. Above all, the hypothesis about the different degrees and interdependence of the discussed ego-functions can be maintai-

ned. Concluding, one might call these first results, only a part of the entire research project of the Berlin School on the evaluation of the ego-structure theory, landmarks for psychotherapeutic strategies and their evaluation.

Literatur

Ammon, Gisela (1971): Studien der Kreativität in der Vorlatenz. In: Dyn. Psychiat. (4) 296-303
– (1973): Interaktion im Psychoanalytischen Kindergarten. In: *Ammon, Gisela* (Hrsg): Psychoanalytische Pädagogik (Hamburg: Hoffmann & Campe)
Ammon, Günter (1970): Gruppendynamik der Aggression (Berlin: Pinel-Publikationen)
– (1972): Zur Genese und Struktur psychosomatischer Syndrome unter Berücksichtigung psychoanalytischer Technik. In: Dyn. Psychiat. (5) 223-251
– (1972 a): Abrupter Durchbruch destruktiver Aggression als psychiatrisches Problem. In: Beiträge zur gerichtlichen Medizin, Bd. 27 (Wien: Deuticke)
– (1973): Dynamische Psychiatrie – Grundlagen und Probleme einer Reform der Psychiatrie (Darmstadt/Neuwied: Luchterhand)
– (1974): Psychoanalyse und Psychosomatik (München: Piper)
– (1975): Die Rolle des Körpers in der Psychoanalyse. In: Integrative Therapie 58 -76
– (1976): Das Borderline-Syndrom – ein neues Krankheitsbild. In: Dyn. Psychiat. (9) 317-348
– (1978): Das Verständnis eines Entwicklungsdefizit von Ich-Strukturen in Persönlichkeit und umgebender Gruppe als Grundlage für Wissenschaft und Praxis einer Dynamischen Psychiatrie. In: Dyn. Psychiat. (11) 120-140
– (1979): Das Ich-strukturelle und gruppendynamische Prinzip bei Depression und psychosomatischer Erkrankung. In: Dyn. Psychiat. (12) (im Druck)
Beck, B.; Rock, W.; Wiehl-Volbehr, A. (1978): Methodische Ansätze zu einer objetivierenden Ich-strukturellen Diagnostik im Rahmen des Ammonschen Ich-Strukturmodells am Beispiel der zentralen Ich-Funktion der Aggression. In: Dyn. Psychiat. (11), 152-164
– (1979): Methodische Ansätze zu einer objektivierenden ich-strukturellen Diagnostik im Rahmen des Ammonschen Ich-Strukturmodells am Beispiel der zentralen Ich-Funktion der Aggression und der Ich-Abgrenzung nach innen und außen. (Unveröffentlichtes Referat, gehalten auf dem X. Int. Symposium der DAP in Berlin)
Caruso, I. A. (1976): Narzißmus und Sozialisation (Stuttgart: Bonz)
Federn, P. (1972): Ego Psychologgy and the Psychoses (New York: Basic Books) dtsch: Ich-Psychologie und die Psychosen (Bern: Huber, 1956)
Forel, A. (1905): Die sexuelle Frage (Zürich)
Ford, C. S.; Beach, F. A. (1951): Patterns of Sexual Behaviour. dtsch.: Formen der Sexualität. Das Sexualverhalten bei Mensch und Tier. (Reinbeck: Rowohlt, 1968)
Freud. S. (1896): „Entwurf einer Psychologie" In: Aus den Anfängen der Psychoanalyse – Briefe an Wilhelm Fließ (Frankfurt/M: Fischer, 1962)
– (1900): „Traumdeutung", Ges. W., Bd. II/III
– (1905): Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie, Gs. W., Bd. V
– (1910): „Über Psychoanalyse", (Vierte Vorlesung), Ges. W., Bd. VII
– (1913): Das Interesse an der Psychoanalyse, Ges. W., Bd. VIII
– (1913a): Über die wilde Psychoanalyse, Ges. W., Bd. VIII
– (1914): Zur Einführung des Narzißmus, Ges. W., Bd. X
– (1922): Massenpsychologie und Ich-Analyse, Ges. W., Bd XIII
– (1925-1931): Die Widerstände gegen die Psychoanalyse, Ges. W., Bd. XIV
– (1927): Fetischismus, Ges. W., Bd. XIV
– (1938): „Abriß der Psychoanalyse", Ges. W. Bd. XVII
– (1938): Die Ich-Spaltung im Abwehrvorgang, Ges. W., Bd. XVII
Frischauer, P. (1968): Sittengeschite der Welt, II (Zürich: Droemer)
– (1970): Sittengeschichte der Welt, III (Zürich: Droemer)
Havelock Ellis (1921): Die Psychologie des normalen Geschlechtstriebs. In: *Moll, A.* (1921): Handbuch der Sexualwissenschaften (Leipzig: F. C. W. Vogel)
Hirschfeld, M. (1917): Sexualpathologie (Bonn)
– ; *Gaspar, A.* (1927): Sittengeschichte des Ersten Weltkrieges (Hanau: Müller und Kiepenheuer)

Keller, U. (1974): Ich-Spaltung in der Perversion. In: Dyn. Psychiat. (7) 216-230
– (1975): Über die psychodynamische Bedeutung von operativen Interventionen im psychotherapeutischen Prozeß. In: Dyn. Psychiat. (8) 369-385
– (1976): Perverse Reaktionen und Störungen der Objektbeziehungen beim Borderline-Syndrom. In: Dyn. Psychiat. (9) 399-419
– (1978): Möglichkeiten einer ambulanten dynamisch-psychiatrischen Behandlungsstrategie von archaischen Ich-Krankheiten am Beispiel der sexuell-perversen Reaktion. In: Dyn. Psychiat. (11) 191-211
Khan, M. S. (1964): The Funktion of Intimacy and Acting Out in Perversions. In: *Slovenko, R.*, Ed.: Sexual Behaviour and the Law (Springfield/III.: C. C. Thomas)
– (1968): Reparation to the Self as an Idolized Internal Objekt. In: Dyn. Psychiat. (1) 92-98
– (1972): Der Fetischismus als Selbstverneinung. In: *Pontalis J. B.*, Hrsg.: Objekte des Fetischismus (Frankfurt/M.: Suhrkamp)
– (1974): The Privacy os the Self (London: Hogarth)
Kinsey, A. C.; Pomeroy, W. B.; Martin, C. E. (1948): Sexual Behaviour in the Human Male (Philadelphia, London), dtsch.: Das sexuelle Verhalten des Mannes (Berlin, Frankfurt/M.: G. B. Fischer, 1955)
–;*Gebhard, P. H.* (1953): Sexual Behaviour in the Human Female. Dtsch.: Das sexuelle Verhalten der Frau (Berlin, Frankfurt/.: M. B. Fischer, 1954)
Krafft-Ebing, R. V. (1894): Psychopathia Sexualis (Stuttgart: Enke)
Laplanche, J.; Pontalis, J. B. (1972): Das Vokabular der Psychoanalyse (Frankfurt/M: Suhrkamp)
Magnan, V. (1892): Zwangsvorstellungen in Bezug auf den Geschlechtssinn. In: *Giese, H.*, Hrsg: Die sexuelle Perversion (Frankfurt/M.: Akademische Verlagsgesellschaft)
Masters, W. H.; Johnson, V. E. (1966): Human sexual Response (Boston/Mass./Little, Brown and Comp. Publ.), dtsch.: Die sexuelle Revolution
(Reinbek: Rowohlt, 1970)
Moll, A. (1921): Die Funktionsstörungen des Sexuallebens. In: *Moll, A.*: (Hrsg.) Handbuch der Sexualwissenschaften (Leipzig: F. C. W. Vogel)
Schilder, P. F. (1924): Das Körperschema. Ein Beitrag zur Lehre vom Bewußtsein des eigenen Körpers (Berlin: Springer)
Sigusch, V. (1978): Bemerkungen über Begriffe wie ,,abweichendes Sexualverhalten, ,,sexuelle Deviation", ,,Perversion". In: *Füllgraff, G.; Barbey, I.:* (Hrsg.) Stereotaktische Operationen bei abweichendem Sexualverhalten. Abschlußbericht beim Bundesgesundheitsamt (Berlin: Reimer, 1978)
Schorsch, E. (1975): Sexuelle Deviationen: Ideologie, Klinik, Kritik. In: *Schorsch, E.; Schmidt, G.:* Ergebnisse zur Sexualforschung (Frankfurt/M. Berlin/Wien: Ullstein)
–; *Schmidt, G.* Hrsg. (1975): Ergebnisse zur Sexualforschung (Frankfurt/M./Berlin/Wien: Ullstein)
– (1978): Die Stellung der Sexualität in der psychischen Organisation des Menschen. In: Der Nervenarzt (49) 456–460

Adresse der Autorin:
Dipl.-Psych. Ursula Keller-Husemann
Carmenstraße 7
4000 Düsseldorf 11

Pain and Suffering – A Psychosomatic Problem**

Robert H. Barnes*

Der Autor diskutiert ausführlich die theoretischen Fragen, die sich aus der Beobachtung psychophysiologischer und depressiver Begleiterscheinungen chronischer Schmerzzustände ergeben. Er liefert so eine Integration klinischer Beobachtung und neuerer theoretischer Konzepte. Der Autor ist Direktor des St. Luke's Pain und Stress Reduction Center, welches sich erstmalig zur Aufgabe gemacht hat, Patienten mit den schwersten Formen chronischer Schmerzzustände verschiedenster Organe im Sinne einer Psychosomatischen Medizin, die über eine bloße Schmerzbehandlung hinausgeht, zu behandeln. Der Autor berichtet über seine Erfahrungen in der therapeutischen Arbeit mit chronischen, benignen (nicht neoplastischen) Schmerzzuständen. Patienten, die chronisch an Schmerzen leiden, haben ohne Ausnahme schwere Depressionen und leiden unter psychosomatischen Störungen wie Magengeschwüren, Hochdruck, Fettsucht und zahlreichen Störungen des Muskel- und Skelettsystems jenseits der Erkrankung, die den Schmerz verursacht.
Ihre Bedeutung bekommt diese Arbeit dadurch, daß versucht wird, den Schmerz jenseits der organmedizinischen Betrachtung in einen psychologischen Zusammenhang einzuordnen, wie Federn dies in seinen Untersuchungen zur Ich-Grenze und Ammon dies in seinen Untersuchungen zur Ich-Abgrenzung in der Verwobenheit von psychosomatischen und depressiven Erkrankungen herausgestellt haben, wo der Schmerz zur Integration der Persönlichkeit dient. Die hier vorgestellten, empirischen Befunde sind ein reicher Fundus zur weiteren Diskussion des Zusammenhangs von Körperlichem und Psychischem.

Recently, the treatment of chronic pain has developed into a new speciality in the United States, a specialty reffered to as Dolorology. Generally, chronic pain is defined as pain which has lasted longer than six months, although this is an arbitrary time point that may, at times, be meaningless. The focus of this new field has generally been on benign or non-neoplastic pain. Recently, with the work of the *Simontons* (1978) the interest of Dolorogists in pain related to cancer has expanded. The pioneers in the field have been anaesthesiologists (cf. *John Bonica*) and neurosurgeons (cf. *Benjamin Crue* and *C. Norman Shealy*). Much of the early work focused on the use of nerve blocks und neurosurgical procedures such as cordotomy and thalamotomy. However, many persons with pain failed to respond to these techniques and required the development of much more comprehensive approaches, involving the broad application of behavioral-science knowledge. As one neurosurgeon remarked, "Once you start dealing extensively with these persons, you begin to talk like a psychiatrist, no matter what your background" (*Crue*, 1978). In recent years, a small but increasing number of psychiatrists have become involved in the treatment of chronic pain and in the development of comprehensive programs that are referred to as Pain Centers.

* M. D., President of the Institute for Human Services; Chief of the Department of Psychiatry, St. Luke's Hospital Medical Center, Phoenix, Arizona

** Vortrag gehalten auf dem X. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), Psychosomatische Erkrankung und Depression, vom 8.–12. Oktober 1978, Kongresshalle Berlin

Many years ago analysts, including *Freud* and *Fenichel,* looked upon pain as an affect. More recently *Szasz,* (1957) in his comprehensive review of "Pain and Pleasure" contrasted pain with anxiety. As *Szasz* points out, "the primary meaning of anxiety, for adult ego is that of a warning of 'danger ahead' ...anxiety is 'the danger of *losing* a needed object'(1957)". We can interpret pain analogously as a warning of danger of the *loss* of a part or the whole of the body. In this conceptualization *anxiety* is a reaction to the fear of some type of external object loss and *pain* is a reaction to the fear of bodily loss or injury. However, from a practical, clinical sense, pain is almost always associated with anxiety, and it seems very reasonable to use *Koskoff's* conceptualization that *pain* plus *anxiety* equals *suffering* (Koskoff, 1977). For emphasis, he notes that persons suffering from the intractable pain of cancer who are operated on by severing the connections between the frontal lobes and the thalamus continue to sense and describe pain and yet cease to "suffer". In a sense, the affect of anxiety has been removed from the pain. In the world of clinical practice, pain and anxiety are always associated, and often combined with depression to produce the complex state that we migth refer to as "suffering". As physicians, when we talk about pain, we are generally referring to the complex affect of *suffering.*

Szasz points out that modern medicine has left the treatment of anxieties to the psychiatrist and turned over the treatment of pain to the other more "organic" medical specialists. He eloquently summarizes this important historical point as follows, "The most clear-cut evidence of this philosophical orientation is revealed by the way in which the phenomenon of anxiety and pain have been split up and divided, so to speak, between psychiatry and organic medicine. Anxiety is the official domain of the psychiatrist, pain of the 'medical man' . . . . and, curiously, workers in each of these two large areas have largely maintained a hands off policy with regard to one another's special field of competence. Psychiatrists and psychoanalists have regarded pain as an organic problem and have dealt with it only when specifically labeled 'psychogenic' or 'hysterical' and hence properly assigned to the 'mind' (*Szasz*, 1957)".

While agreeing with *Szasz* as to how this has developed and remains in the minds of practice of most physicians, it is to be decried on theoretical grounds and to be condemned on practical, clinical grounds. It is a division that is fast changing in medicine as "organic" physicians become more sophisticated in behavioral science and as psychiatrists become more "holistic" and psychosomatic in their approach. The newer neuro-physiological and biochemical knowledge concerning pain is forcing us into a much more integrated, holistic or psychosomatic approach. As these developments progress, we begin to be less and less willing to accept dichotomies such as "real" or "organic" pain vs. "psychological" or "psychogenic" pain. More and more, we accept pain and suffering as an affectual state, having the same reality whether one finds a lesion impinging on an nerve ending or not. In the

truest sense *"pain is pain"*. As soon as we appreciate this and accept pain as an affect then we must see the deep involvement of psychiatry and psychology in the understanding and treatment of the pain patient. No longer does pain become the domain of the "organic" physician. Pain becomes very much a part of the domain of the psychiatrist and psychologist.

The basis for a more "holistic" approach to the understanding and treatment of pain comes from three sources. The first derives from the seminal thinking of *William Livingston* and can be captioned as the "reverberating circuit theory of pain (1943)". *Livingston's* very careful development of this theory was published in 1943 and derived form his special interest in causalgia. He was struck with the phenomonen of severe causalgia in the stump of an amputated limb. As he noted, very severe pain may come from the site of a severed member, even when the lesion is clean and well-healed and without any evident neuromas. He hypothesized that reverberating circuits were set up in the spinal cord and brain stem that constituted the source of severe continuing pain in the absence of any peripheral irritation. *Crue (1975)* and others have elaborated on this, and enhanced our realization that this is a very frequent mechanism in chronic pain of all types. In essence, this formulation says that if the nervous system is bombarded for any period of time with strong peripheral stimuli that are interpreted as pain, the traces are set up in the spinal cord and at higher levels to perpetuate this pain long after the initial stimulli have disappeared. Thus, we have a formula for understanding the continuing pain and suffering of the chronic back pain patient who continues to be disabled long after his disc has been eliminated and his weakened back fused. We have a way of understanding the continuing pain from a post-herpetic lesion, pain that persists long after the lesion has healed.

The second broad area from which derives much of our newer understanding of pain can be capsuled under the term, "The Gate Control Theory of Pain". The names associates with this are *Melzak* and *Wall* (1965), *Melzak* being a student of *Livingston* and heavily influenced by *Livingston's* theories as to pain mechanisms. Basically the gate control approach to pain postulates filters or gates that modulate pain, at the spinal cord and higher levels. It offers an explanation of the effects of counter-irritation at the periphery, serving to block pain transmission. It offers a very comprehensive explanation of how more "central" forces may effect the perception of pain. These central factors would includthe emotions of depression and anxiety, as well as learned behaviour, including previous experiences and cultural patterns. It presents an integration of the role of the limbic system and the reticular activating system, as well as the more traditional pain pathways and the cerebral cortex in pain perceptions and reactions.

The third source interrelates with the first two very closely and might be entitled the "enkephalin story (*Snyder,* 1977)". Approximately 15 years ago, research into the opiates indicated the existence of specialized neural receptors that attracted or fixed the opiate molecules. These receptors are located

in the spinal cord, essentially in areas that we might associate with the spinal cord gates or pain filters, as noted above. They are also found in the periaqueductal grey and in the limbic system. Periaqueductal area may well be associated with the brain stem pain gate and the limbic system with the emotional and memory aspects of pain. The existence of opiate receptors alerted scientists to the probable existence of endogenous opiate-like substances that might account for the evolutionary development of such opiate receptors in the areas noted.

In 1973, the extraction of an endogenous morphine-like substance was first reported and now has been repeatedly confirmed in both animals and humans. These opiate-or morphine-like substances have been referred to as enkephalins and are presently the focus of feverish research activity as to their role in pain as well as in depression, schizophrenia and drug addiction. Preliminary clinical trials with enkephalin extracts from animals have indicated their potential effectiveness in the relief of pain, depression, drug withdrawal and schizophrenia. We seem on the verge of a very comprehensive linking of pain with some of the most baffling problems in medicine and psychopathology. Thus, we begin to see how the problem of chronic pain is indeed a very core problem in psychosomatic medicine and how it is a most germane subject for the psychiatrist in both academic and clinical practice.

Clinical Considerations

For the clinician, an objective method of classifying chronic pain patients is of tremendous practical as well as heuristic interest. We very soon become aware of the importance of ego development in understanding the individual's reaction to chronic pain. *Nelson Hendler* (1978) of Johns Hopkins University has developed a very practical and useful classification system for chronic pain patients which takes into consideration ego development and strengths. Basically, he places chronic pain patients in four categories;

1. Chronic pain patients with *good* premorbid adjustment, both psychiatrically and sociologically, who have organically *definable* lesions with positive objective findings. *Hendler* refers to this group of patients as *objective pain patients* – patients who have a definite basis for their chronic pain and may be experiencing psychiatric difficulties *secondary* to this pain.

2. Chronic pain patients with *good* pre-morbid adjustment prior to the onset of their pain and with an *undefinable* or undetermined cause for their pain. These are patients who are following the same pattern as the first group, that is, experiencing difficulties in their lives as a result of the chronic pain. These he refers to as *undetermined pain patients.*

3. Chronic pain patients with *poor* pre-morbid adjustment and various psychiatric and personality problems and defects in ego development but who have *positive* objective findings in terms of their chronic pain. In these

patients, the degree of disability is disproportionate to the degree of organic impairment. He refers to this group of patients as *exaggerated pain patients.* These are often the patients with a great deal of secondary muscle tension and clear-cut anxiety. These patients are also frequently deeply depressed although, in our experience, all four groups of patients demonstrate significant depression.

4. Chronic pain patients with *poor* pre-morbid personality and very defective ego development who present with significant psychiatric disorders and with the chief complaint of pain. These are patients in whom no objective or organic basis can be discovered for their pain. He refers to this group as *affective* or *associative pain patients.*

This classification system is very helpful and illustrates again the value of the psychosomatic frame of reference in dealing with this tremendously important problem area.

I should like now to deal briefly with another aspect of psychosomatic medicine presented by these patients. Almost without exception, chronic pain patients are depressed, often deeply and suicidally depressed. There are many obvious and objective social and economic reasons for this including loss of job, income, and social and family status. Additionally there is the role reversal so often seen where the wife takes over as head of the household. At a deeper level, the meaning of the injury or the pain to the individual's self-concept and the disruption that it has caused in his body image, may play a major role in the depression. Impotence and other sexual dysfunctions are again extremely common in the chronic pain patient and almost universal in those with severe chronic back problems. Here the concept of a *vicious circle* is important because it plays a significant role in all aspects of the chronic pain problem – depression produces a generalized withdrawal, including sexual withdrawal, and this leads to sexual dysfunction and then further depression, further withdrawal, greater depression and on and on.

The chronic pain patient is a highly stressed individual, and thus it is not surprising that we find a high incidence of hypertension, severe tension and vascular headaches, arthritis, thrombophlebitis, colitis, peptic ulcer, addiction to tobacco with chronic, secondary pulmonary disease, alcoholism, obesity, etc. The concept of the *vicious circle* is central to understanding the complex clinical picture that these patients present. I would remind you of *Livingston's* concept of the reverberating neuro-circuit and the analogy of the vicious circle seen here in the psychosocial sense. Even though they represent different levels of abstraction, they are not conceptually far apart. Worthy of final and separate note is the high incidence of drug addiction in this group of patients. At times this seems to be secondary to basic developmental ego defects. However, at other times it seems to occur in persons whose initial ego development has been quite adequate but who have experienced an erosion of their ego through the effects of chronic pain and the secondary social and economic disabilities. Again, the vicious circle of heavier

and heavier drug usage, more and more withdrawal and depression, more and more pain and subsequently more and more drug usage is critical.

Treatment

I should like to proceed to a consideration of the modern treatment of chronic pain. This is where the field of psychiatry and psychosomatic medicine has a great contribution to make. As I noted previously, this field has spawned a new specialty which is referred to as Dolorology. The pioneer Dolorologists have not been psychiatrists, but a small but increasing number of psychiatrists are becoming involved. In our experience severe chronic pain can seldom be treated successfully except through a very comprehensive, multifaceted approach requiring either in-patient hospitalization or very intensive many hours a day, out-patient care. The only exceptions to this are those patients who are quite readily treated with nerve blocks, and a very fortunate group indeed. Chronic pain patients cannot be succsessfully treated by single modalities, whether these be physio-therapy, or biofeedback therapy or various behavioral modification therapies or intensive psychotherapy, individual or group. All of these and other modalities are important but they must be in a comprehensive program. We have learned this painfully through the years and from this has come the development of Pain Centers.

I should now like to review the therapeutic procedures utilized in a Pain Center that are critical in the modern, comprehensive management of chronic pain. While these methods and procedures are often applied and directed by non-medical personnel and by non-psychiatric medical practitioners, I would contend that they all fall within the potential area of expertise of the interested psychosomatic practitioner. I would also contend that comprehensive programs utilizing these various techniques can best be directed by physicians with an extensive psychiatric and psychosomatic background. Recent advances in pain management include the following:

1. Cutaneous neurostimulation.
2. The application of acupuncture.
3. The use of tricyclic medication.
4. The application of hypnosis, relaxation therapy and biofeedback to the problems of chronic pain.

Cutaneous Neurostimulation. The use of devices referred to as transcutaneous electroneurostimulators (TENS) has often had a dramatic effect on the control of chronic pain. It's introduction was related, in large measure, to the development of the posterior column implant operation of *Shealy's* (1972) for chronic pain: This operation involved the implanting of electrodes into the posterior column of the spinal cord, not entirely a benign or uncomplicated procedure. In order to screen candidates for this procedure, *Shealy*

began testing with cutaneous electrical stimulation and found that this was often quite effective in relieving chronic pain. The first stimulators were holdovers from another era of medicine, an era when electrotherapy was common and the devices were sold over the counter and through the *Sears* Catalogue. Very rapidly, highly compact and sophisticated stimulators were developed so that today the clinician has an array of devices from which to choose. Drawing on the work of *Melzak* and *Wall,* it has been hypothesized that these devices send signals into the spinal cord through the larger and faster conducting, myelenated nerve fibers and act to close the gate for pain impulses coming in through the slower conducting, largely unmyelenated pain fibers. Recently, it has been hypothesized that another, more central mechanism, involving the production of enkephalins is activated by TENS. While seldom constituting a therapeutic measure totally effective by themselves, they fit very nicely into a comprehensive treatment program and often give the patient significant initial relief while allowing the clinician time to develop other facets of the treatment program. They are often instrumental in improving the doctor-patient relationships and become a way of saying to the patient, "I know you are hurting and I know it is not all in your mind or imagination. I want to help and I'm going to." Proper use of these TENS has become part of the "art of medicine", an art that should never be totally delegated to nurses or physical therapists.

The application of the ancient Chinese therapy of acupuncture is now a well-known and generally well-accepted treatment in the pain field. *Sternbach* (1977) reports that *Sir William Osler,* before World War I, advised the use of acupuncture as well as electrical stimulation for the treatment of pain. The gate control theory has suggested that acupuncture, much like electrical stimulation, acts to close the spinal cord gate. More recently, the possibility that acupuncture stimulates the production of enkephalins within the central nervous system has been developed (*Mayer*, 1976). At times, the application of acupuncture has produced dramatic results and occasionally, lasting pain relief in chronic states. While transference and suggestion factors, and the placebo effect undoubtedly play major roles in the success of acupuncture, there seems to be little doubt that acupuncture also produces results through physiological mechanisms as well. The most crucial issue in terms of its use in pain control revolves not around whether it works or not, (it does), but rather whether it offers anything above and beyond what may be obtained through the skilled use of cutaneous electrical stimulation.

The role of tricyclic medication in pain control is another advance of mote. Physicians, for many years, have treated chronic pain patients with tricyclics because of the very high incidence of depression in these patients, as already noted. It was observed several years ago by clinicians that many chronic pain patients reported significant relief in 2-3 days and with much smaller doses of tricyclics than were usual in the treatment of depression, the latter often requiring a 2-3 week period. This suggested that other mechanisms above

and beyond those involved in the treatment of depression might be involved in relief of pain with tricyclic medication (*Sternbach*, 1976).

Research in animals and now in humans has uncovered an exciting new chapter in pain alleviation which is part of the "enkephalin story". There is reason now to believe that many persons with chronic pain suffer from a depletion of enkephalins and some investigators have even suggested that chronic pain is an "enkephalin deficiency state" (*Holpering* 1978). In any event, this system appears to be stimulated by tricyclic medication through the action of these drugs to increase the amount of serotonin available in the central nervous system. While the effect of the tricyclics on depression partly depends on serotonin changes, their antidepressant effects appear to be more directly related to increasing norepinephrine levels. Thus, their effect on chronic pain appears to involve a system not as crucial in the treatment of depression. However, clinical wisdom and practice suggest that tricyclic medication in chronic pain patients often be pushed to the higher dosage levels that are required in the treatment of depression and that maximum benefit not be expected for 2-3 weeks, as with depression, unrelated to chronic pain.

It should be noted in passing that one of the more potent phenothiazine's, fluphenazine, is often helpful in conjunction with the tricyclics, particularly in the treatment of head pain. It is also of interest that new tricyclics, such as chlorimipramin, are on the horizon and apparently have greater ability to increase brain serotonin levels than existing tricyclics. Thus, their effect in pain reduction seems to be much more profound (*Sternbach*, 1976).

The application of hypnosis, relaxation therapies and biofeedback to the problems of chronic pain has been of increasing importance. *Hilgard* (1975) a pioneer in the scientific evaluation of hypnosis, has recently reported on its effectiveness in chronic pain states, as a tool in the long term treatment of these patients. Self-or auto-hypnosis has many apparent advantages over more traditional hypnosis.

Shealy (1977) has been a pioneer in applying the older techniques of autogenics to the control of pain. He combines a number of different techniques with traditional autogenics and has captioned his approach Biogenics . The popularity of autogenics in Europe and its development by *Schultz* (1978) in Germany, is well-known. Its introduction to this country came about in the late 60's, coupled with the development of biofeedback. Traditional autogenics, as taught by its originator, *Schultz,* can be a rather tedious and heavy-handed approach to relaxation and bodily control. On the other hand, clinicians such as *Shealy* have developed more interesting and palatable approaches to training patients in the use of autogenics, and it is experiencing a great deal of popularity. It has the advantage of being easily remembered and applicable in many settings in which the patient may find himself, from quiet, relaxed environments to busy social scenes. Whether autogenics is substantially different in its deeper psychobiological functioning from hypnosis is an unanswered question. It is learned and often perceived by the patient as be-

ing an entirely different phenomena, one in which the patient more actively participates himself. However, it is not at all incompatible with hypnosis, particularly self-hypnosis, and a patient may be readily trained in both, with one significantly facilitating the learning of the other technique.

Deep states of relaxation are very readily assisted and monitored by the use of biofeedback techniques. EMG biofeedback, particularly using the frontalis muscle group, is the most generally used approach. The patient is constantly presented, either through visual or auditory signals or both, with the results of his relaxation efforts. These may be further facilitated by the use of autogenics or related relaxation techniques. Surface muscle electrical activity from the frontalis muscles may often be reduced to 1-3 microvolt levels. Relaxation of the autonomic nervous system is readily monitored and fed back to the patient by hand temperature feedback. Hand temperature correlates very highly with blood flow and thus gives an excellent measure of the degree of vascular dilation, in turn, a function of relaxation of the sympathetic nervous system. Some authors have found EEG biofeedback very helpful in pain control, particularly head pain and headaches (*Strobel*; *Glueck*, 1974).

The attainment of a deep level of relaxation, whether obtained through autogenics or related methods such as progressive relaxation, self-hypnosis or biofeedback leads to the establishment of bodily control over localized musculoskeletal spasms and sympathetic nervous system hypertonicity which are major components in most chronic pain states. When deeply relaxed, the patient can be instructed in the control of these dysfunctions with a promise of significant ability to control his pain as well. Such control can only be established, however, through rather intensive initial training and subsequent continuing practice of the techniques often for several hours a day for prolonged and indefinite periods of time. The development of visualization skills is often of significant assistance to the patient in localizing the areas of intended pain control.

Proper utilization of these techniques requires a very positive attitude toward their efficacy and toward the need for intensive training and continuing practice. Thus, attitudinal changes become an important part of the utilization of these approaches and positive mental programming should be incorporated. *Brown* (1977) has described the susceptibility of individuals when deeply relaxed through biofeedback training to positive suggestions. This is a well-known aspect of hypnosis, particularly in the use of post-hypnotic suggestion. *Coué'* is remembered from his euphemistic statement, "Every day in every way, I am better and better" (*Coué*, 1923). The use of such positives programming, while the patient is in a deeply relaxed and receptive state, becomes a critical part of the utilization of these techniques in pain control.

A modern, comprehensive pain center uses these recent developments in varying degrees in chronic pain management. Additionally, however, other

very important clinical techniques are utilized, techniques that are not unique to the pain field but are critical in the appropriate management of the patient with chronic, benign pain. Included are:

1. The removal of the patient from medication that is either highly habit-forming or addicting (cf. Percodan) or mood-altering, confusionproducing and learning-impairing, when overused (cf. benzodiazepines). Withdrawal from the latter may need to be gradual. For the opium group, oral Methadone has been found to be a very satisfactory withdrawal agent.
2. Transfer of the patient's scheduling of pain medication from a ,,pain contingent" basis to a "time contingent" schedule. Thus, the patient is no longer, in a sense, rewarded with attention and pills for the upsurgence of pain.
3. The local use of heat and cold (including "ice massage" with ice being applied directly to the pain site), combined with vigorous hand or mechanical massage. They decrease pain through a closure of the spinal gate for variable periods of time. They undoubtedly also serve a healing function through the improvement of muscle tone and circulation.
4. Exercises, both stretching and general body building, including specialized exercices for back dysfunctions are extremely important. *Seres* (1977), at the Northwest Pain Center in Portland, has made such procedures a core part of his chronic pain program and evaluates individual progress and outcome through measures of changes in body plasticity and mobility.
5. Special attention to the patient's nutritional status, including obesity, is often critical, especially with the inactive chronic back patient who may be a heavy, mesomorphic individual, previously engaged in heavy physical labor. However, nutritional status is of importance with almost all chronic pain patients. Such complications as chronic diabetes and hypoglycemia are not uncommon in this group of patients and may be another reflection of psychosocial stress. They are approached through the nutritional route. Tricyclic medication very frequently results in marked weight gain. Patients on these medications must be watched carefully for this complication.
6. Concern with the patient's general physical status is vital. So often the chronic pain patient is a victim of our segmented medical care system, having received excellent orthopedic or neurosurgical type services with little attention from other specialists or from generalists. Thus, his thrombophlebitis, chronic pulmonary disease, hypertension, long term overuse of alcohol, etc., may have received scant attention. It would simplify the pain center's task to ignore these problems, but this could often be disastrous to the patient's welfare, not to mention the medical legal problems thereby incurred. The adequate care of the chronic pain patient in a pain center requires a truly *holistic* approach.
7. Attention to the chronic emotional sequelae of pain and disability is also critical. These include anxiety, depression, family disruptions, and oftentimes severe demoralization. While more traditional, intensive individual psychotherapy is usually not undertaken in pain centers, skilled use of the group

process in staffings, community meetings and more structured group therapy sessions is invaluable. Regularly scheduled individual sessions and conjoint family sessions are commonly utilized. Tricyclic antidepressants, already mentioned in regard to pain control, are of great value and a significant proportion of these patients receive them for the treatment of depression.

8. Direct assistance with economic and social problems, job re-training, etc., may be a significant part of the pain center program for some patients. If rehabilitation to job status is possible, then this can be started with the help of state and private rehabilitation agencies. So often, however, return to work status is not a feasible goal, either because of age, education, or the risk that the patient offers to an industry of repeated injury. It should be made very clear to the patients in the pain center that the goal is pain *relief,* with rehabilitation, a goal only if it appears feasible and the patient shares this goal. If the patient is engaged in litigation, the pain center staff should make it clear that they will testify if subpoenaed and will certainly be cooperative to the extent that their therapeutic role justifies, but that they are not there to act as the patient's advocate.

Conclusions

This paper presents a summary of newer developments in the treatment of chronic pain with special reference to procedures useful in a comprehensive Pain Center program. Dealing with the affect of pain and its psychological and social consequences represents the practice of psychosomatic medicine in its most genuine sence. It represents a fine blending of psychological and physiological diagnostic and treatment procedures. While the professional utilization of any and all of these may be beyound the expertise of any single practitioner, nonetheless, they can and should be utilized together in a treatment program and are psychosomatic or psychophysiological in their intent and actions. Unfortunately, the human condition does not allow fine professional lines to be drawn between different techniques and procedures. Human need transcends the niceties of professional specialization.

An underlying theme that has been implicit in this presentation is one that, in closing, I should like to make explicit. When we deal with the patient with chronic pain, we are about the task of helping him to change his behavior and life style, to expand his life space and open himself to new and healthier relationships. We are teaching him how to again take responsibility for his life and the decisions that will mean the difference between health and disease. We are also about the task of helping him shift the responsibility for his life from surgeons and physicians and pills to his own shoulders and his own decision-making resources. In this process, the dynamics of the treatment milieu, both formal and informal, may be the crucial ingredient. Treatment of chronic pain is indeed a complex and sophisticated exercise in promoting ego growth and healing.

Schmerz und Leiden – ein psychosomatisches Problem

Robert H. Barnes

In den USA hat sich ein neues Spezialgebiet, das sich der Behandlung chronischer Schmerzzustände widmet, die „Dolorologie" entwickelt. Chronischer Schmerz ist definiert als Schmerz, der länger als sechs Monate besteht. Im Mittelpunkt des Interesses standen zunächst chronische Schmerzzustände, die von benignen Erkrankungen ausgingen, in neuerer Zeit hat man sich auch dem chronischen Schmerz bei Krebserkrankungen gewidmet. Anästhesisten und Neurochirurgen, die zur Behandlung chronischer Schmerzzustände Cordotomie oder Thalamotomie anwendeten, haben sich mit dem Problem als erste befaßt. Die Unzulänglichkeit dieser Methoden machte die Entwicklung umfassender Programme, „Pain Centers", notwendig.

Schmerz ist immer mit Angst und Depression verbunden und erst in dieser Kombination ist das Leiden des Patienten verständlich. Im Schmerz, der als Leiden verstanden wird, kann die Angst nicht mehr an den Psychiater und der Schmerz nicht mehr an den organisch-medizinischen Spezialisten zur Behandlung delegiert werden. Vielmehr ist ein ganzheitliches Verständnis des Patienten mit chronischen Schmerzzuständen erforderlich.

Die theoretische Basis für ein holistisches Verständnis chronischer Schmerzzustände sind: 1. Das Phänomen der Kausalgie. Hierbei handelt es sich um chronische Schmerzen, die von amputierten Gliedern ausgehen und nicht durch Veränderung im Bereich der Operationsnarbe erklärbar sind. Als Ursache hierfür wird hypothetisch ein Kreisen von Erregung zwischen dem Rückenmark und dem Hirnstamm angenommen. Durch diese Hypothese, die auch das limbische System und das aktivierende System der formatio reticularis einbezieht, ist das umfassende Verständnis von Schmerz, Angst und Depression möglich. 2. Die Enkephalin-Hypothese: Im Rückenmark und höheren Zentren findet man Rezeptoren für Opiate oder körpereigene Moleküle, die Enkephaline. Letztere sind Gegenstand der Forschung für Schmerz, Depression, Schizophrenie und Drogensucht.

Im klinischen Teil beschreibt der Autor vier Gruppen von Patienten mit chronischen Schmerzen. Dazu gehören Patienten mit objektivierbaren und nicht definierbaren Schmerzzuständen, die eine gesunde prämorbide Lebenseinstellung hatten und Patienten mit übertriebenen bzw. affektiv bedingten Schmerzzuständen, die prämorbid bereits Zeichen einer Ich-Schwäche erkennen ließen. Allen gemeinsam ist eine Depression, die auf soziale und ökonomische Veränderungen, aber im tieferen Sinne auf eine Störung des Selbst – und Körperbildes zurückzuführen ist. Hinzu kommen sexuelle Störungen, die einen circulus vitiosus in Gang setzen und körperliche Erkrankung wie Hochdruck, Spannungskopfschmerz, Athritis, Magengeschwür, Sucht u. a.

Die Behandlung chronischer Schmerzzustände erfordert ein umfassendes Programm von Physiotherapie mit Biofeedback, Verhaltenstherapie und intensiver Psychotherapie. Im weiteren liefert der Autor eine detaillierte Beschreibung der cutanen Neuro-Stimulation, der Akupunktur, der Anwendung trizyklischer Antidepressiva, der Anwendung von Hypnose, Entspannungstherapie und Biofeedback. Der körperliche und Ernährungszustand, die emotionalen Folgen von chronischem Schmerz und soziale und ökonomische Probleme müssen bei der Therapie ebenfalls berücksichtigt werden. Ziel der Behandlung ist es, dem Patienten zu ermöglichen, wieder die Verantwortung für sich selbst zu übernehmen.

Literature

Brown, B. (1977): Stress and the Art of Biofeedback (New York: Harper and Row)
Coué, E.(1923): How to Practice Suggestion and Autosuggestion (New York: American Library Service)
Crue, B. (1978): In Proceedings, Symposium: "Pain: Clinical Evaluation and Management Techniques" San Francisco, Nov. 5-6, 1977, available through B. M. A. tape series, 1978
Cure, B., (1975): Pain: Research and Treatment (New York: Academic Press)
Halperin, J. (1977): Proceedings, Symposium: "Pain: Clinical Evaluation and Management Techniques", San Francisco, Nov. 5-6, 1977, available through B. M. A. tape series 1978
Hendler, N. (1978):The Psychiatric Aspects of Chronic Pain. In: *Youmans, Y.* (Eds.): Textbook of Neurosurgery (Philadelphia: Saunders and Co.)
Hilgard, E.; Hilgard, J. (1975): Hypnosis in the Relief of Pain (Los Altos, Ca.: Hoffmann)
Koskoff, Y. D. (1977): The Nature of Pain and Suffering. In: Trial (13) 21-26
Livingston, W. (1943): Pain Mechanisms (New York: MacMillan and Co.)
Mayer, D. et al. (1976): Akupunktura Analgesia. In: Advances in Pain Researsch and Therapy (1) 751-754
Melzak, R.; Wall, P. (1965): Pain Mechanisms – A New Theory. In: Science (150) 971-979
Seres, J. et al. (1977): Evaluation and Management of Chronic Pain by Non-Surgical Means. In: Pain Management: Symposium on the Neurosurgical Treatment of Pain (Baltimore: Williams and Wilkins Company)
Shealy, C. N. (1972): Transcutaneous Electroanalgesia. In: Surgical Forum (23) 419-421
– (1977): Biogenic Health Maintenance (La Crosse, Wisc.)
Simonton, C. (1978): Getting Well Again (Los Angeles: J. P. Tarcher)
Snyder, S. (1977): Opiate Receptors and Internal Opiates. In: Scientific American (236) 44-50
Sternbach, R. (1976): Effects of Altering Brain Serotonin Activity on Human Chronic Pain. In: Advances in Pain Research and Therapy (1) 601-606
– (1977): Pain and Pain Patients. In: A Collection of Reference Materials, Proseminar, Inc.
Strobel, C. Glueck, B. (1974): Biofeedback in the Alleviation of Pain. In: *Weisenberg, M./Turksy, B.:* Pain (New York: Plenium Press)
Szasz, T. (1957): Pain and Pleasure (New York: Basic Books)
Schultz, J.; Luthe, W. (1978): Autogenic Methods (New York: Grune and Stratton)

Author's adress:
Robert H. Barnes, M. D.
St. Luke's Hospital Medical Building
421 N. 18 th Street, Suite 103
Phoenix, AZ 85006

The Integration of Depression and Somatic Disease**

Wilfred Dorfman*

Der Autor gibt einen Überblick über die klassischen psychosomatischen Krankheiten, wie sie von Franz Alexander und anderen Pionieren der Psychosomatischen Medizin beschrieben wurden und charakterisiert darüber hinaus jüngere Entwicklungen einer umfassenden modernen psychosomatischen Krankheitslehre. Er vertritt die Ansicht, daß gegenwärtige Konzepte der Depression die Integration psychologischer, genetischer, metabolischer und soziokultureller Faktoren erfordern. In dieser Arbeit wird die Wechselbeziehung von Depression und somatischer Erkrankungen, die einander ablösen können, bzw. daß die Depression oft Folge einer körperlichen Erkrankung ist, in einer detaillierten Diskussion beschrieben. Letztlich sind alle Erkrankungen, und nicht nur wenige auserwählte, psychosomatisch zu verstehen.
Der Autor versucht die Korrelation von Depression und psychosomatischer Erkrankung, die beide häufig miteinander verwoben sind, nachzuweisen. Er stellt differentialdiagnostische Überlegungen an, über verschiedene Typen der Depression, insbesondere der larvierten Depression, die in der Praxis des Allgemeinarztes überwiegt. Weiterhin stellt der Autor die verschiedenen Behandlungsmethoden für die verschiedenen Typen der Depression dar.
Er unterstreicht dabei eine wesentliche Forderung der Dynamischen Psychiatrie, die Arzt-Patienten-Beziehung in den Mittelpunkt allen ärztlichen Tuns zu stellen. Ein noch so differenziertes Spektrum von Behandlungsmöglichkeiten kann seine Wirkung erst entfalten in einer Medizin, die konzeptionell Psyche und Soma zu integrieren versucht.

In 1973, at the 2nd Congress of the International College of Psychosomatic Medicine, held in Amsterdam, the then current concepts of both depression and psychosomatic illness were reviewed in a courageous attempt to try to integrate them (*Dorfmann,* 1974 a). At the present time there are definitive indications that they are still segregated and in need of integration. And this despite the glaring fact that psyche and soma are intimately intertwined and interwoven.

It is estimated by the National Institute of Mental Health in the USA that 8 million persons each year have a severe enough depression to warant treatment. These estimates cannot be more than an deducated guess since many depressed persons do not report their difficulties, either to government agencies, their families or their family doctors. In some, it is due to denial, which may exist at either a conscious or unconscious level, and may be easily masked by somatic symptoms, somatic disease, alcoholism or acting out behavionr (*Dorfmann,* 1974 b). These somatic symptoms may hopefully eventually serve as a "ticket of admission" to their family doctor, who must then proceed with the necessary physical examinations, laboratory and other technological procedures. The cues and clues to the presence of a depression

* M. D., Prof., Editor-in-chief Psychosomatics, Past-President Academy of Psychosomatic Medicine, Brooklyn, New York (USA)

** Vortrag gehalten auf dem X. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), Psychosomatische Erkrankung und Depression, vom 8.-12. Oktober 1978, Kongreßhalle Berlin

are frequently missed in an era of superspecialization, where scotomatous vision and advances in technology have too often replaced the warmth, empathy and perceptive intuition that characterized the physician of no more than half a century ago. Instead he is superseded by an adhoc assembly of physicians and technicians. The frequently fruitless search for organic illness continues despite repeated examinations by repetitive physicians and elaborate investigative procedures. This is often necesseary to a realistic degree to meet scientific needs. However, when it becomes purely repetitive, *Kielholz* (1973) noted that it only too often intensifies the feelings of illness with the result that the patient becomes increasingly aware of his symptoms. If continued, this easily opens the gate to hypochondriasis (*Dorfmann* 1968; *Kielholz* 1973). It must be underscored that the patient is readily receptive to this relentless search for organic disease, since both he and society are more tolerant of physical deviations from the normal than those that may be emotionally induced or exaggerated. *Lehmann* (1973) feels that many psychosomatics disorders are masked depressions. The term "affective equivalents" was applied by *Foster Kennedy* (1944) to describe pain that responded to electroshock therapy. *Nissen* (1973) noted that hyperkinetic children often responded to amphetamines. He questioned whether this was due to a so-called paradoxical reaction to the drug or to a response to masked depression, since there is no clinical evidence of "minimal brain damage" or ,,minimal brain dysfunction.".

As for the older groups, aspirations and expectations which too often are not achieved at middle age, certainly may become somewhere unattainable as the aging process proceeds, and will often result in depression. Acting out behavior in these groups often releases sexual phantasies from their subterranean, sub-rosa existence and can become painful realities when they conflict with long ingrained concepts of morality and fidelity, imposed by a tyrannical superego. Additional trauma is provided when these sexual encounters result in les than adequate performance. Even with a sagging performance, guilt may not only be added but multiplied by an inflamed and hypertrophied conscience that will not tolerate any compromise. But perhaps more important is that the sexual inadequacy can no longer be projected on the spouse; it is now confronted to be within oneself, an event which is hardly therapeutic for depression or anything else.

The alcoholism seen in masked depressions is not of the "skid row" type. Many successful executives can perform their daily duties quite well, fortified by a two or three martini at lunch and a 5PM double or triple supplement. He is capable of returning home without any real difficulties in navigation. But then, after a hearty dinner and a bit of TV, he gradually begins to believe that alcohol is really the best tranquilizer and antidepressant available. This is easy indeed to rationalize since it is still approved by the FDA in the USA, which signifies that it is not only definitively safe, but efficacious. This is truly an endorsement when one wonders whether aspirin will survive

the careful and vigilant scrutiny still current. But to get back to our view he has had enough alcohol to stagger off to sleep, yet is able to resume work in the morning. Week-ends may be a bit different in that the blood alcohol level is higher. However, he can still get to work on Monday morning. Unfortunately, this blissful period of alcoholics numbness doesn't always remain static and becalmed. Increasing tolerance leads to increasing dosages and the well known picture of chronic alcoholism. The fact that alcoholism is basically a depressant rather than an anti-depressant must be noted since the remedy, as with our sexually acting out performer, once again proves to be hardly therapeutic (*Dorfmann,* 1971).

As for the current concepts of psychosomatic illness, these have undergone considerable change since *Dunbar* (1938, 1943) identified a specific personality profile for 8 conditions in which mind-body relationships could be established. In this list she included: fractures, the anginal syndrome, coronary occlusion, hypertension, rheumatic heart disease, cardiac arrhythmias, rheumatic fever (inclusive of rheumatic arthritis) and diabetes. Her contributions in 1938 were truly epochal. Later findings, however, indicated that specific conflicts were more important than these personality traits.

Alexander and French (1948) felt that the effects of emotions on specific organs were better related to the autonomic nervous system. They felt that emotions which were not adequately expressed could lead to chronic tension and its autonomic concomitants. The result was a clinical disturbance in function which could eventually produce pathological injury. *Alexander's* specificy hypothesis extended to include seven "holy" classical psychosomatic diseases. These were: bronchial asthma, essential hypertension, neurodermatitis, peptic ulcer, rheumatoid arthritis, thyrotoxicosis, and ulcerative colitis. It should be noted that *Alexander* was fully aware that in addition to the immediate conflict situation, there was also an "x" factor (or organic vulnerability) which helped to explain the choice of site to be involved.

Alexander et al. (1968) in their final report of reserach done at the Chicago Institute of Psychoanalysis (1951-1965), were still convinced that one could differentiate between the seven "holy" diseases. He found specificity in their individual conflicts and as a result shaped the goals of psychosomatic thinking for many years.

In considering some somatic problems, in an attempt to bridge the gap between medicine and psychiatry, it has been established that a period of hopelessness and helplessness often precedes such somatic illness as myocardial infarction, cerebral hoemorhage, cerebral thrombosis or perforation of a peptic ulcer. This "giving up", "given up" state has been described by *George Nagel* and the Rochester group. Depression can follow as well as precede a somatic illness. This is certainly understandable in patients with a malignancy or fatal illness who are aware of the nature of their problem and have not as yet come to terms with it.

Greene in 1954 pioneered in his belief that the onset of illness was related to object loss. His work was with patients with lymphomas, leukemias and Hodgkin's Disease – none of which were really "holy". He was able to correlate the onset of illness with a real, threatened or expected loss. All of these are psychodynamic considerations which are recognized to be of prime importance in the understanding of depression.

Schmale (1958) investigated the relationship between separation and depression to the onset of any illness; once again he did not limit himself to *Alexander's* "holy" seven. Together with *Adamson* (1965) he investigated psychiatric patients who were hospitalized and demonstrated loss of a highly prized source of gratification which was followed by a reaction of defeat.

As for cardiac considerations, *Hackett* and *Cassem* (1973) noted the role of optimism in recovery and in predicting a long term favorable outcome in patients with a recent myocardial infarction. It has also been observed by these authors that much of post-coronary depression is iatrogenic, produced by a well meaning, often perfectionistic and over-conscientious physician who overprotects the patient. This may easily be related to his own identification with the "disease of doctors." On the other hand, *Cannon* (1942) described "voodoo death"; this is caused by a disturbance of cardiac rhythm due to emotional stress, expecially where an actual or impending loss of status is involved. Post-coronary patients are prime subjects for cardiac arhythmias, due to myocardial involvement; they are also potential victims to an actual or impending loss of status. *Freud* (1958 a, b) noted the importance of self-esteem. And a drop in self-esteem is considered to be the most significant factor in the onset of depression.

Another factor in considering the links between psyche and soma in coronary disease is to note *Rosenman's* and *Friedman's* (1977) description of the coronary personality as a hard driving, ambitiouns, perfectionistic person, who is not only time-driven but whose coping capacities cannot meet his daily stress. It seems probable that under the guise of laudable ambition, and with its lofty and unattainable standards for success, must lie some insecurity and need to prove oneself worthy. The above authors have also noted that emotional stress causes the release of adrenergic catecholamines and glucocorticoids and that it enhances the myocardial needs for oxygen. Myocardial hypoxia can then lead to congestive failure.

Many such patients have revealed patterns of depression preceding their actual infarction. Nevertheless, personality factors alone cannot possibly account for an illness in which genetic, metabolic, sociocultural as well as psychological factors co-exist. Another factor which is too often neglected is the fortuitous location of one's arteriosclerotic plaques. Thus a clot in a major branch of a major blood vessel requires little of anything else along etiological lines to produce a devastating infarct.

In essential hypertension, once again repressed hostility is considered to be the basic mechanism involved. However, the use of Serpasil or reserpine

can precipitate a depression in susceptible persons who may have been free from overt depression for years. The explanation may be biochemical, due to a lowering of catecholamines; an equally viable explanation is that it slows down a person who just cannot be slowed down. In either instance a deep depression can result which sometimes is serious enough to warrant electroconvulsive treatment.

As noted above, most psychosomatic diseases have been implicated as reservoirs for repressed hostility that is incapable of expression. In hypertension, as with coronary disease, many factors may be involved – some environmental, some genetic, and some definitively medical. Adrenocortical and adrenal medullary hyperactivity, coarctation of the aorta, certain ovarian tumors, the administration of amine oxidase inhibitors or contraceptive pills, and, of course veneral disease. In additional comments, the actual taking of the blood pressure is subject to considerable error. Those with fatter upper arms have higher blood pressures than those with thin arms. And all oberservers don't measure the diastolic pressure the same way. It is the point where Korotkoff sounds become muffled and not when they disappear that is the true reading. This alone can make a difference in 10 points (*Beeson-McDermott,* 1975) – so that prognosis can be very depending upon the auditory acuity of the physician.

As for the gastro-intestinal considerations, peptic ulcer patients frequently suffer from depression between their attacks. Psychodynamic considerations have identified the ulcer victimas a "dependent personality" whose ulcer exacerbations occur when his needs for independence are in conflict with these basic needs. It is these unexplored and unexpressed needs for both dependence as well as independence that result in hostility turned against oneself – one of the major considerations in depression.

However, it must be underscored that persons who have no acid in their stomach (Achylia gastrica, in pernicious anemia) or a congenital absence of parietal cells in the stomach cannot get an ulcer simply because they have no hydrochloric acid in their stomachs. No matter, how dependent they may become, and no matter how intense their conflict – an ulcer of the stomach is impossible. However, they can get something else.

In ulcerative colitis, the somatic disease can alternate with depression and even with schizophrenia (*Dorfman,* 1952). Thus too vigorous a medical treatment with steroids can produce a remission of the colitis – only to yield to emotional decompensation. This may not be due totally to psychodynamic considerations, but may be caused by the steroids as well as the depletion of potassium.

Obesity can be a complex dilemma in which depression can produce a loss of appetite in endogenous depression, and a gain in reactive states where food is used to fill a void – which at times resembles a bottomless pit (*Dorfman,* 1975). It is frequently related to replace the hunger for love, which may prove to be insatiable. Compulsive eating without an appetite, especially at

night, frequently makes weight reduction difficult if not impossible. And if the weight loss is accomplished, maintenance is often very difficult and the patient quickly regains his hard earned losses. Incidentally, the diet may be broken without conscious intent, to prevent the emergence of depression. In addition to these psychodynamic mechanisms, physiological forces may also be involved. Fat cells, depleted during the weight loss, avidly seek refilling and have little difficulty in accomplishing this mission.

The relationship between intractable pain and depression has become increasingly important. Organic illness must be investigated and evaluated since both an organic disease and an emotional overlay may be concomitant. Chronic pain is often correlated with chronic depression – so that *Sternbach (Sternbach,* 1975) notes that there are many pitfalls when one tries to separate body and mind, in insisting that the pain is either somatogenic or psychogenic. It seems it would be best to treat the patient comprehensively.

An interesting "syndrome switch" occurs when one psychosomatic disorder switches to another, or alternates with depression. Thus, *DeLaFuente* (1973) noted that headaches may disappear when the patient is depressed. *Lopez-Ibor* (1973) noted that the symptoms of an ulcer may disappear after vagotomy and gastrectomy only to be followed by headaches. This syndrome shift has led *Ammon* (1975) to speculate that the psychosomatic symptom is part of the integration of the personality. It does mean clear that the patient may need the somatic symptom as a defense which was utilized in the past. This is now archaic; tactics are needed to strengthen the ego. And it is important to avoid direct dissolution of the symptom. The patient must be helped to a more mature behavior – thus, he cannot function at 26-36-46-56 or even 66 with the same behavior that was appropriate at 6 or 16.

Nemiah, Freyberger and *Sifneos* (1976) have emphasized the difficulties involved in treating many psychosomatic patients with psychoanalysis or psychoanalytically oriented psychotherapy. Their studies indicate that many of these patients are not capable of expressing their feelings during attempts at psychotherapy. Their verbal communications are usually limited to a boring and most weary recital of trivial events of the day in which any traces of affect are absent. It is their belief that the explanation does not always lie in simple denial, whether it be conscious or not. Neurophysiological considerations involving the limbic system and its connections to the cerebral cortex, may be an explanation. And these links, they feel, are not capable of being influenced by psychodynamic understanding or attempts at treatment based upon its principles. With due respect to these authoritative sources, it is the author's belief that the concomitant use of psychotropic drugs with psychoanalytically oriented therapy may make some of these patients more accessible. It should be empasized that these drugs do exert their effects on the limbic system, the very area involved in alexithymia. However, I do think changes in technique are necessary. They include face to face therapy and seeing the patient less frequently, (especially when he gets better). This

is usually a good medical technique; perhaps here it also serves to prevent the onset of early negative counter-transference.

As for the treatment of somatic disease and depression, the somatic disease must first be evaluated and treated. The psychotherapy of the emotional component, must be flexible, meeting the needs of the patient rather than those of the therapist, who may be limited by a scotomatous or unilateral orientation. Drug therapy has its potentialities as well as its pitfalls. Its potentialities lie in the realisation that endogenous depression, where biochemical parameters are involved, respond better than do reactive depressions (*Dorfman,* 1975 b)

Imipramine seems to be best for retarded depressions. Its desmethyl derivative seems to work a bit faster, with less sedation and less dryness of the mouth. Depressions associated with marked anxiety or agitation respond best to amitriptyline. The latter is almost specific for Involutional Melancolia. It can be combined with perphenacine in varying combinations, or with chlordiazepoxid as an additive effect. Doxepin combines an anti-anxiety and an anti-depressant effect in a single molecule. Either amitriptyline or doxepin in adequate dosage can be given at night as a hypnotic, thus avoiding the use of barbiturates which are too frequently abused.

The MAO Inhibitors have fallen into disrepute in the USA due to paradoxical hypertensive crises and the need to restrict foods containing tyramine. Thus ripened cheese, pickeled herring chopped liver and chianti wine are interdicted – and this interdiction alone can produce a depression.

Elektroshock therapy is reserved for those who are suicidal or where an adequate dosis or tricyclics have failed in an adequate effect.

As for Lithium (*Fieve,* 1975), this has been proven to be valuable in the prevention of both mania and depression in bipolar depressive disease. However, some scattered studies, both from England and the USA have indicated that it is also of value in unipolar states of depression. Some work indicates its possible value in alcoholism and prementrual tension, as well.

It should be emphasized that the influence of the doctor on the patient cannot be visualized on a rating scale, nor can be measured by a computer printout. Even excellently contrived double blind studies with chi-square confidence may be misleading. This is because the patient-doctor relationship is crucial and may completely override and outbalance the effects of drugs.

Conclusions

An attempt to integrate depression and somatic disease strikes at the very core of the perennial problem of trying to close the gap between medicine and psychiatry. Treatment must first be directed toward the management of the somatic problem. Emotional components require a flexible psychotherapy. Drug therapy has its potentialities in that definite biochemical parame-

ters have been established, espescially in endogenous depression. The pitfalls lie in the sober fact that drugs cannot solve problems, although they may make the patient more accessible to the doctor. The doctor-patient relationship emerges as the most crucial in treatment.

Zur Integration von Depression und somatischer Erkrankung

Wilfred Dorfmann

In Anbetracht der innigen Verwobenheit von Psyche und Soma weist der Autor auf die Notwendigkeit hin, Krankheitskonzepte von Depression und somatischen Erkrankungen miteinander zu integrieren. Er verweist auf die Untersuchungen des National-Instituts of Mental Health in den USA, welches die Zahl der Menschen mit einer behandlungsbedürftigen Depression in den USA auf acht Millionen schätzt.

Dabei ist die große Zahl von Patienten nicht berücksichtigt, die ihren Hausarzt mit somatischen Symptomen und Erkrankungen, die eine Depression maskieren, aufsucht, und die wegen Alkoholismus oder Verhaltensstörungen in Behandlung ist. Der Autor sieht diese somatischen Symptome als ein Kontaktversuch zum Arzt, die Erkennung der dahinter liegenden Depression wird jedoch erschwert dadurch, daß die Medizin weitgehend technisiert und auf somatische Behandlung spezialisiert ist. So ist der Patient gezwungen, auf diese oft nutzlosen und ihm nicht helfenden Untersuchungen einzugehen, weil aus gesellschaftlichen Gründen körperliche Erkrankungen eher akzeptiert sind als emotional oder psychisch bedingte Erkrankungen.

Als Beweis dafür, daß körperliche Erkrankung oft ein Äquivalent affektiver Störungen sind, führt der Autor die Behandlungsergebnisse an bei hyperkinetisch reagierenden Kindern, die mit Amphetaminen behandelt worden sind. Er spannt den Bogen bis zu älteren Menschen, die in der Auseinandersetzung mit der Realität, depressiv reagieren, sich in den Alkohol flüchten, weil z. B. sexuelle Wünsche und Fantasien nicht erfüllt werden können und auch nicht mehr i. S. einer Projektion durch den Partner abgewehrt werden können.

Angesichts dieses breiten Spektrums von somatischen Erkrankungen mit psychischem Hintergrund setzt sich der Autor mit den klassischen Theorien psychosomatischer Erkrankung von *Dunbar, Alexander* und *French* auseinander und betont den psychischen Hintergrund akuter somatischer Erkrankungen, die nicht zu den „klassischen" psychosomatischen Erkrankungen gerechnet werden. So kann einem Myokardinfarkt, einem apoplektischen Insult oder der Perforation eines Magenulcus ein Zustand von Hoffnungslosigkeit und Hilflosigkeit vorausgehen. Dies gilt in besonderem Maße für Patienten mit Malignomen oder tödlichen Erkrankungen. Ebenso läßt sich beobachten, daß der Verlust eines wichtigen Menschen zur Depression und anschließender körperlicher Erkrankung führt.

Die Depression nach einem Myokardinfakt kann durch überprotektives Verhalten des behandelnden Arztes, der sich unbewußt mit dem Patienten identifiziert, ausgelöst werden. Als weiteren wichtigen Faktor diskutiert der Autor das Auftreten von Herzrhythmusstörungen durch emotionalen Streß (z. B. drohender Verlust des sozialen Status) wie er auch im Phänomen des „Voodoo-Todes" beobachtet werden kann. Eine erzwungene Ruhigstellung des Patienten mit Myokardinfarkt, dessen Persönlichkeit durch eine perfektionistische Getriebenheit gekennzeichnet ist, kann dann nur eine Depression auslösen.

Anhand von einzelnen Krankheitsbildern zeigt der Autor im folgenden den Zusammenhang von psychischer und somatischer Erkrankung. Bei essentieller Hypertonie z. B. scheint unterdrückte Feindseligkeit grundlegend. So führt folgerichtig bei diesen Patienten die Behandlung des Hochdrucks mit Reserpin zu einer Depression. Auch das Ulcus-Peptikum ist psychodynamisch als gegen den eigenen Körper gerichtete Feindseligkeit zu verstehen, wobei der Konflikt zwischen den Wünschen nach Abhängigkeit und gleichzeitiger Unabhängigkeit zentral ist. Voraussetzung für die Entstehung eines peptischen Magengeschwürs ist die Anwesenheit von Magensäure, fehlt diese, so entsteht zwar kein Magengeschwür, aber die Patienten reagieren oft mit anderen Erkrankungen. Ebenso läßt sich für die im Wechsel auftretenden Symptome Fettsucht und Depression sowohl ein psychodynamischer wie auch ein pathophysiologischer Mechanismus nachweisen.

Zusammenfassend stellt der Autor fest, daß eine medizinische Behandlung allein nur das Alternieren somatischer, psychosomatischer bzw. depressiver Erkrankungen bewirkt. Oft löst sogar die Wegnahme des psychosomatischen Symptoms, das bisher der Integration der Persönlichkeit diente, schwerste Depressionen aus. Somit muß im therapeutischen Vorgehen die somatische Erkrankung wie auch die Depression behandelt werden. Dafür wesentlich ist die Arzt-Patienten-Beziehung, die im Mittelpunkt der Therapie stehen muß, denn allein durch Antidepressiva oder Tranquilizer können auf die Dauer diese Krankheitsbilder nicht geheilt werden. Wesentlich ist, daß der Autor dies auch für die hausärztliche Behandlung fordert, vor allem in Anbetracht der großen Patientenzahl mit oft maskierten somatischen Symptomen, auf die er anfangs hinwies.

Literature

Alexander, F.; French, T. M. (1946): Studies in Psychosomatic Medicine (New York: Ronaldo Press)

Alexander, F., French, T. M. Pollock, G. H. (1968): Psychosomatic Specifity (1) (Chicago: University of Chicago Press)

Ammon, G. (1975): Analytic Group Psychotherapy as an Instrument for Treatment and Research of Psychosomatic Disorders. In: *Aronson* and *Wolberg* (Eds.): Group Therapy. An Overview (Stratton: International Med. Bk.Co.)

Beeson-McDermott (1975): Text-Book of Medicine (W. B. Saunders) 14th edition
Cannon, W. (1942): Voodoo Death. In: American Anthropologist (44) 169
DeLaFuente, P. (1973): In: *Kielholz* (Ed.): Masked Depression (Bern: Huber)
Dorfman, W. (1952): Narcoanalysis in Ulcerative Colitis. In: N. Y. State J. of Med. (52) 2019
– (1961): The Enigma of Obesity. In: Psychosomatics (2) 187
– (1968): Hypochondriasis as a Defense Against Depression. In: Psychosomatics (9) Sept.-Oct.
– (1971): Recognition and Management of Masked Depression. In: Proc. World Congress of Psychiatry (Excerpta Medica, Int. Congress Series) (274)
– (1974a): Depression and Psychosomatic Disease. Proc. 2nd. Congress Int. Coll. of Psychosom. Med., Amsterdam 1973. In: Psychother. Psychosom. (23) 87-93
– (1974b): Recognition and Management of Masked Depression in Clinical Practice. In: N.Y. State J. of Med. (74) 2373-75
– (1975): Psychopharmacology, 3rd Congress of the International College of Psychosomatic Medicine, Rome
Dunbar, H. F. (1938): Emotions and Bodily Changes (New York: Columbia University Press)
– (1943): Psychosomatic Diagnosis (New York: Hoeber)
Engel, G. L. (1968): A Life Setting Conductive to Illness. The Giving up-Given up Complex. In: Bull. Menninger Clin. (32) 355-365
Freud, S. (1958a): Beyond the Pleasure Principle. In: Standard Edition. Ed. by *J. Strachey*, XIV (London: Hogarth Press)
– (1958b): On Narcissism: An Introduction. In: Standard Edition. Ed. by *J. Strachey*, XIV (London: Hogarth Press)
Fieve, R. R. (1975): Lithium Prophylaxis in Affective Disorders. In: N. Y. State J. of Med. (75) 1219-21
Greene, W. A. Jr. (1954): Psychological Factors in Reticuloendothelial Disease. In: Psychosom. Med. *(16) 220-230*
Hackett, T. P.; Cassem, N. H. (1973): Psychologic Effects of Acute Coronary Care. In: Textbook of Coronary Care. Ed. by *J. E. Meltzer* (Amsterdam: Excerpta Medica)
Kennedy, F. (1944): The Neuroses related to Manic-Depressive Constitution. In: M. Clin. N. Ameri. (28) 452
Kielholz, P. (Ed.) (1973): Psychosomatic Aspects of Depressive Illness. In: Masked Depression (Bern: Huber)
Lehmann, H. E. (1973): Masked Depression. Ed. by *P. Kielholz*, Ibid.
Lopez-Ibor, J. J. (1973): Masked Depression. Ed. by*P. Kielholz*, Ibid.
Nemiah, J. G.; Freyberger, H.; Sifneos, P. E. (1976): Alexithymia: A View of the Psychosomatic Process. In: Modern Trends in Psychosomatic Medicine – 3. Ed. by *O. W. Hill* (London: Butterworths)
Nissen, G. (1973): In: Masked Depression. Ed. by *P. Kielholz*. Ibid.
Rosenman, R. H.; Friedman, M. (1977): The Possible Role of Behavioral Patterns in Proneness and Immunity to Coronary Heart Disease. In: Coronary Heart Disease. Ed. by *Russek, H.* L. and *Zohman, B. L. (Philadelphia: J. H. Lippincott)*
Schmale, A. H. Jr. (1958): The Relation of Separation and Depression to Disease. In: Psychosom. Med. (20) 259-277
Schmale, A. H. Jr.; Adamson, J. D. (1965): Object Loss, Giving Up and the Onset of Psychiatric Disease. In: Psychosom. Med. (27) 557-576
Sternbach, R. A. Pain Patients – Traits and Treatment. (New York: Academic Press)

Prof. Wilfred Dorfman, M. D.
1921, New Kirk Avenue
Brooklyn, New York 11226
USA

Bücher- und Zeitschriftenspiegel

Gerhard Brandl (Hrsg.)
Vom Ich – zum Wir
Ernst-Reinhard-Verlag München-Basel, 1979, 190 Seiten

Das Buch heißt im Untertitel „Individualpsychologie konkret" und stellt dieses Konzept als eine psychohygienische Grundkonzeption in dreifacher Weise dar:

Die Beiträge von *R. Kausen, J. Rattner,* und *W. Schmidtbauer* bemühen sich das „asoziale Vereinzeltsein" überwinden zu helfen. Die Beiträge von *R. Wiegand, G. Zurhorst, G. Brandl* und *R. Schmidt* beschreiben die positiven und negativen Kräfte des sozialen Feldes des modernen Menschen; die Arbeiten von *R. F. Antoch, H. J. Tymister* und *R. Boettcher-Lüpges* sind dem Lernen für ein zukünftiges Gemeinschaftsleben gewidmet.

Der Autor versteht Neurose als Erstarrung, indem ein beziehungsloses Ich um sich selbst kreist. Psychotherapie stellt einen Reifungsprozeß dar, durch den das bisher nicht Erreichte verwirklicht werden kann, wobei auch Elemente von Erziehung, einer nicht autoritären oder einseitigen Erziehung, einfließen können. In dem Gespräch zwischen Ich und Du sind beide Partner Geführte, die das Ergebnis noch nicht kennen und in dem es um die Frage einer lebendigen menschlichen Zukunft geht. Erst durch ein Du wird der Mensch zum Ich, in diesem Sinne kann die Mutter als der erste Mitmensch bezeichnet werden. Von daher kann die Öffnung in die Gemeinschaft ohne kollektivistische Gefährdung erfolgen. An diesem Punkt setzt die Kritik aller messenden objektivistischen Verfahren und aller Technologie, z. B. in der Pädagogik ein.

Die Autoren der ersten drei Kapitel beschreiben die augenfälligen Phänomene des modernen Menschen und fordern eine die Gesamtpersönlichkeit umfassende Therapie: Ganzheitliches Denken in der modernen Medizin (*Kausen*); „Transfusion von Sympathie und Verstehen" und „Schulung des Wertempfindens" (*Rattner*, der es sich auch zur Aufgabe macht, Kultur und Bildungsgüter neben der Bearbeitung individueller Lebensproblematik in Klein- (20) und Großgruppen (600 bis 700 Personen) zu vermitteln); *Schmidbauer* beschreibt den Begriff der Ich-Schwäche bzw. Ich-Stärke und bezieht ihn auf das soziale Umfeld und zitiert die Narzißmustheorie *Kohuts* und die von *H. E. Richter* beschriebenen Störungen der Familiengruppe. Das notwendige emotionale Wachstum und Gemeinschaftsgefühl kann in Selbsterfahrungsgruppen gewonnen werden.

Die Autoren diskutieren wichtige Fragen und Probleme des modernen Menschen und seiner Gesellschaft und fordern auf der Basis der Individual-

psychologie *Alfred Adlers* das Ernstnehmen der Gesamtpersönlichkeit des Menschen. Der Untertitel „Individualpsychologie konkret" bezieht sich wohl auf die konkreten Bereiche wie Therapie, Erziehung, Familie, Schule und Berufswahl, der Zusammenhang und die Entstehungsbedingung der Problematik bleiben weitgehend unkonkret. Ebenso wie das therapeutische Vorgehen oder die Methoden der Erziehung. Obwohl die Hinwendung vom Ich zum Du und zur Gemeinschaft zum obersten Prinzip gemacht wird, steht letzlich nur das Ich im Mittelpunkt der Betrachtung. Der interpersonelle und gruppendynamische Aspekt der Störungen wie auch der Therapie bzw. Erziehung wie er in der Dynamischen Psychiatrie *Günter Ammons* oder in der Psychoanalytischen Pädagogik *Gisela Ammons* vertreten wird, bleibt weitgehend unbeachtet. Meines Erachtens ist erst in der Auseinandersetzung mit einer konkreten Person oder Gruppe emotionales Wachstum und Findung einer eigenen Identität und Autonomie möglich.

Brigitte Marsen (Berlin)

Volkmar Sigusch
Sexualität und Medizin

Kiepenheuer & Witsch, Köln, 1979, Seiten

Das Buch, das eine Sammlung von Arbeiten aus dem Bereich der Sexualmedizin von verschiedenen Autoren enthält, wird von *Volkmar Sigusch* herausgegeben, einem Schüler von *Hans Giese.* Die Sammlung von Arbeiten ist insofern gut ausgewählt, da sie sowohl für jeden Arzt, aber auch für viele Laien verständlich ist. Sexualität wird weder in ihren physiologischen noch in ihren psychischen Aspekten im Rahmen des Medizinstudiums adäquat behandelt und der praktizierende und niedergelassene Arzt muß sich sein Wissen über Sexualität, abgesehen von den anatomischen Grundlagen, weitgehend sekundär aneignen. Er ist hier in einer ähnlichen Situation wie jeder andere, der in seiner Kindheit und Jugend seitens der Eltern nicht genügend aufgeklärt wurde. Andererseits wird der Arzt immer wieder mit der Erwartung seiner Patienten konfrontiert, auch Fachmann gerade in sexuellen Problemen zu sein. Das vorliegende Buch setzt sich auch mit diesem Fragenaspekt auseinander und versucht, geeignete Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten für den Arzt, z. B. in Form von Balintgruppen etc. aufzuzeigen und ein Problembewußtsein dafür zu schaffen.

Die Beiträge des Buches sind insgesamt kritisch und setzen sich mit unterschiedlichen Meinungen auseinander. Beispielhaft ist hierfür das Kapitel über Psychochirurgie, wo detailliert mit zahlreichen Beispielen die Unmenschlichkeit dieses medizinischen Fachgebietes nachgewiesen und ein Standpunkt bezogen wird, in dem gefordert wird, Psychochirurgie solle generell verboten werden.

Aus dynamisch-psychiatrischer Sicht kann diese Forderung nur unterstützt werden, da die Organmedizin bisher den Beweis noch nicht angetreten hat, daß bestimmte psychische Veränderungen tatsächlich nicht psychotherapierbar sind und daß sie nur durch eine Operation, die eine endgültige und nicht wieder gut zu machende psychische Veränderung hervorruft, zu therapieren sind.

Hier zeigt sich jedoch eine Schwäche der Auswahl der vorliegenden Arbeiten, daß außer den Hinweisen auf *Wilhelm Reich* keine echte therapeutische Alternative aufgezeigt wird. Es wäre zu wünschen gewesen, daß sich einige Kapitel mit den therapeutischen Aspekten sexueller Störungen auseinandersetzen und psychodynamisch fundierte Fallbeispiele und den therapeutischen Verlauf aufzeigen. Es wäre dann das möglich, was in einem der Kapitel über die Balintgruppenarbeit gefordert wird, nämlich, daß durch die Diskussion konkreter Fallbeispiele eine echte therapeutische Alternative erarbeitet und somit dem Arzt als auch dem Patienten ein neuer Weg gezeigt wird.

Hartwig Volbehr (Berlin)

Daniel P. Hallahan, William M. Cruickshank
Lernstörungen bzw. Lernbehinderung
Pädagogisch-psychologische Grundlagen

Ernst Reinhardt Verlag, München Basel, 1979, 255 Seiten

Aus der Beschäftigung mit umfangreicher Literatur versuchen die Autoren eine Konzeption für die zukünftige Auseinandersetzung mit den Problemen der Lernbehinderung zu entwickeln. Lernbehinderung wird „als Produkt multivariabler Kausalfaktoren" betrachtet, in deren Vordergrund *Hallahan* und *Cruickshank* als ätiologische Determinanten neben neurologischen Dysfunktionen, die die Autoren als ubiquitäres Phänomen im Bereich der Lernbehinderung annehmen, ernährungs- und umweltbedingte Deprivationen stellen.

Diese beiden Formen einer beeinträchtigenden frühkindlichen Umgebung stehen in dem vorliegenden Buch jedoch nicht als Repräsentanten einer generell defizitären, Lernbehinderung begünstigenden oder verursachenden Umwelt, sondern werden verabsolutiert.

Dies führt zu einer allgemeinen Forderung nach einer nicht näher umrissenen politischen Veränderung im Sinne einer Verbesserung der sozialen Bedingungen in den unteren sozioökonomischen Schichten durch eine proteinreiche Ernährung und adäquate sensorische Stimulation. Zum anderen ergibt sich für die Autoren als Konsequenz die kompensatorische Anwendung perzeptumotorischer Trainingsprogramme, deren Leistungseffizienz in einer

vergleichenden Untersuchung der bisher entwickelten Programme aufgelistet wird.

Als Ziele zukünftiger wissenschaftlicher Arbeit im Bereich der Lernbehinderung nennen die Autoren als Essenz interdisziplinäre Zusammenarbeit, die Entwicklung geeigneter Forschungsinstrumentarien und die Setzung von Prioritäten bei Forschungsprojekten – globale Forderungen, die ohne konkretes Vorgehen enttäuschen.

Unklar bleibt ebenso der Standpunkt der Autoren bezüglich des gesamten Entstehungsrahmens von Lernbehinderungen: Ernährungsfaktoren stehen gleichwertig und ohne Zusammenhang neben psychogenetischen und emotionalen Bedingungsfaktoren, was zu sehr allgemein gehaltenen und durchaus nicht neuen Vorschlägen führt, die angesichts der methodischen Aufwendigkeit (z. B. transkulturelle Untersuchungen über den Zusammenhang von Lernfähigkeit und Ernährungsqualität) und dem Ausmaß der bearbeiteten Literatur einfach enttäuschend sind. Wirkliche Grundlagen für Forschung und praktisches Tun werden letztlich kaum gezeigt, es werden höchstens Hinweise auf das Feld möglicher Deprivation in mehr physiologischen Sinne gegeben.

Barbara Nies (Berlin)

Eduard W. Kleber
Tests in der Schule – Instrumente zur Gewinnung diagnostischer Information zur Lernsteuerung und Lernkontrolle

Ernst-Reinhardt-Verlag, München-Basel, Reihe UTB, 1979, 235 Seiten

Das Anliegen des Buches ist es, dem Lehrer Tests so nahe zu bringen, daß er sie als seine Hilfsmittel einsetzen kann, so daß die Entwicklung der Persönlichkeit in der Schule „möglicherweise nicht mehr gehemmt werden muß". Erfreulich ist, daß das Buch sowohl von Testgläubigkeit wie Testfeindlichkeit entfernt ist, auch kritisch Tests analysiert, die einen Mangel an persönlichkeitsrelevanten Dimensionen aufweist.

Der Versuch, mit Testergebnissen das Lehrerurteil zu objektivieren, schafft mehr Gerechtigkeit in der oftmals „schicksalshaften Bedeutung" der Schulnoten für den weiteren Lebensweg. Auch wenn meines Erachtens Persönlichkeitstests zu wenig inhaltlich gewürdigt werden und die Ebene der pädagogischen Intention etwas in den Hintergrund tritt, so wird doch allgemein verständlich eine Einführung in die Testkonstruktion überhaupt, die Begrenzung von Testverfahren, Testanalyse und die wichtigsten statistischen Prinzipien in guter Didaktik dargestellt. Das Buch ist für alle Lehrer und Psychologen im schulischen Bereich zu empfehlen, die Tests als ein Hilfsmittel im gesamten pädagogischen Rahmen ihres Unterrichts integrieren möchten.

Wolfgang Rock (Berlin)

Gerhard Faßnacht
Systematische Verhaltensbeobachtung – eine Einführung in die Methodologie und Praxis
Ernst-Reinhardt-Verlag, München-Basel Reihe UTB, 1979, 218 Seiten

Im vorliegenden Buch wird versucht Bedingungen aufzustellen, für eine theoriefreie Beobachtung, d. h. für eine „wissenschaftliche systematische" Verhaltensbeobachtung. Damit ist der Vor- und Nachteil dieses Buches gleichzeitig angesprochen: Dadurch, daß der Methodik der Verhaltensbeobachtung, den Schwierigkeiten der Datenerhebung, der Verlaufsbeobachtung u. a. ein weiter Raum gegeben wird, wird präzise und konkret im Detail der gesamte Spielraum von Verhaltensbeobachtung erfaßt. Andererseits wird durch den Verzicht auf eine Theorie, d. h. daß eine Theorie für die Verhaltensbeobachtungen als nicht notwendig erachtet wird, eine künstliche Trennung zwischen Methodik und Wissenschaftstheorie der gesamten Sozialwissenschaften gezogen.

Das Buch schließt daher mit der ungelösten Frage: „Was ist eine psychologische Theorie, was soll und kann eine psychologische Theorie überhaupt leisten"? Genau an diesem Punkt fängt Auseinandersetzung an. Wünschenswert wäre nach diesem Buch über die „reine Methodik" eine Fortsetzung der Auseinandersetzung auch im inhaltlichen Sinne zu Ziel und Zweck von Humanwissenschaften. Methodik und Inhalt sind m. E. letztlich doch nicht zu trennen. Trotz dieser Einschränkung liefert das Buch eine große Reihe wichtiger Anregungen gerade auch für den praktischen Umgang mit Verhaltensbeobachtung.

Wolfgang Rock (Berlin)

Marijke Mantek
„Frauen-Alkoholismus"
Ernst Reinhardt Verlag, 1979, 160 Seiten

Die Autorin, Referentin in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, legt in diesem Bändchen eine empirische Untersuchung zu den wesentlichen Determinanten des Frauenalkoholismus vor. Ein Fragebogen mit 209 Items wurde von weiblichen und männlichen Alkoholikern sowie je einer weiblichen und männlichen Kontrollgruppe beantwortet. Die Studie bewegt sich im üblichen Rahmen von fragebogenorientierten Erhebungsverfahren und versucht damit Alkoholkonsum und Alkoholwirkung, soziale und ökonomische Merkmale, biographische Daten und aktuelle Lebenssituation einschließlich der „partnerschaftlichen Interaktion" zu erfassen. Die statistisch gewonnenen Ergebnisse werden auf der Ebene der Lerntheorie diskutiert. Angelpunkt ist dabei die mit Hilflosigkeit einhergehende fehlende

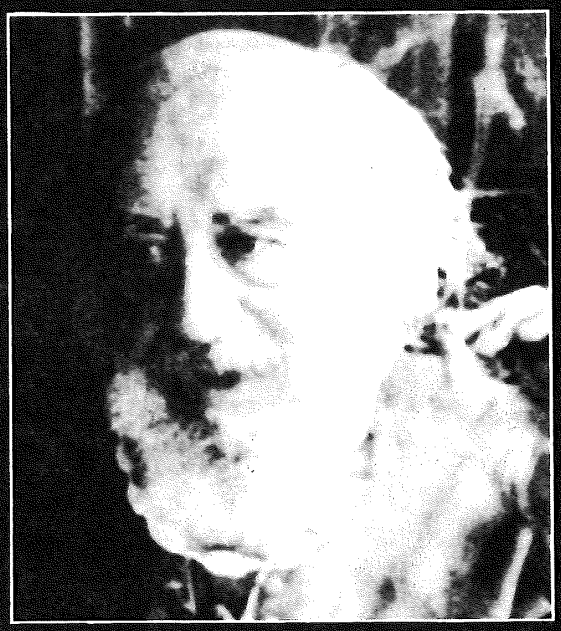
soziale Sicherheit bei Alkoholkranken beiderlei Geschlechts, die in sozialen Situationen mit einem Vermeidungs- und Rückzugsverhalten reagieren. Im Unterschied zu den Alkoholikern träfen bei den Alkoholikerinnen zwei Risikofaktoren in stärkerem Maße zusammen: das Gefühl der Entfremdung in den wichtigen Lebensbereichen von Partnerschaft und sozialem Kontakt und die Erwartung an den Alkohol, diese Versagungserlebnisse auszugleichen.

Naturgemäß können mit den genannten Methoden gewonnene Ergebnisse nicht sehr tiefschürfen. Die Autorin spricht zwar von „früh erfahrenen Defiziten", die aber in ihrer Genese und Dynamik nicht hinreichend verstanden und erklärt werden können, zumal eine Konzeption der Primärgruppendynamik und die unbewußte Dimension fehlen. Als Konsequenzen für die Therapie bieten sich aus der in einzelnen Punkten informativen Untersuchung folgerichtig nur triviale Handlungsanweisungen im Sinne der Verhaltenstherapie an.

Gerd Röhling (Berlin)

Gestalt-Therapie

»Die Stärken der Gestalt-Therapie liegen genau dort, wo die Psychoanalyse, die sich vor lauter Kopfarbeit den Zugang zu den verschütteten Emotionen versperrt, ihre größte Schwäche hat; es gibt also auch für Psychoanalytiker keinen Grund, nicht von Perls zu lernen. Jetzt endlich kann man ihn aus erster Hand studieren.« *DIE ZEIT*



Frederick S. Perls,
Ralph F. Hefferline,
Paul Goodman
Gestalt-Therapie.
Wiederbelebung des Selbst
Aus dem Amerikanischen von
Wolfgang Krege.
Konzepte der Humanwissenschaften.
222 Seiten, Register, kart., 25,– DM.

Frederick S. Perls,
Ralph F. Hefferline,
Paul Goodman
Gestalt-Therapie.
Lebensfreude und
Persönlichkeitsentfaltung
Aus dem Amerikanischen von
Wolfgang Krege.
Konzepte der Humanwissenschaften.
263 Seiten, Register, kart., 25,– DM.

Frederick S. Perls
Gestalt-Therapie in Aktion
Aus dem Amerikanischen von
Josef Wimmer.
Konzepte der Humanwissenschaften.
2. Auflage, 292 Seiten, kart.,
26,– DM.

Frederick S. Perls
Das Ich, der Hunger
und die Aggression
Die Anfänge der Gestalt-Therapie.
Aus dem Englischen von
Gudrun Theusner-Stampa.
Konzepte der Humanwissenschaften.
330 Seiten, kart., 26,– DM.

Klett-Cotta

IM INTERNATIONALEN JAHR DES KINDES DER UNO

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

PSYCHOANALYTISCHE THERAPIE VON KINDERN UND JUGENDLICHEN

Kongreßzentrum Maritim Lübeck-Travemünde 14.–19. November 1979

VORLÄUFIGES PROGRAMM (Änderungen vorbehalten)

MITTWOCH, 14. November 1979

18.00 Uhr REGISTRATION im Salon Timmendorf

21.00 Uhr Zwangloses TREFFEN der Referenten in der Lounge des Hotels Maritim

DONNERSTAG, 15. November 1979

10.00 Uhr ERÖFFNUNG

Dr. med. **Günter Ammon**
Präsident der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), Berlin

Dr. med. **George Vassiliou,** Griechenland
Präsident der World Association for Social Psychiatry, Athen

Dr. med. **John L. Carleton,** USA
Generalsekretär der World Association for Social Psychiatry, Santa Barbara

Dr. med. Dr. P. H. **Edward J. Dehné,** USA
International Health Society, Carson City, Nevada

Dr. phil. **Gustav Hans Graber,** Schweiz
Ehrenpräsident der Internationalen Studiengemeinschaft für Pränatale Psychologie (ISPP)
Ehrenpräsident der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin (DGPM)

Dr. med. **Hallym Calehr,** Indonesien
Präsident des International Acupuncture Psychosomatic Center (JAPC), Bandung, Java

Mgr. psychol. **Jerzy S. Pawlik,** Polen
Vizepräsident der Sektion Psychotherapie der Polnischen Psychiatrischen Gesellschaft, Warschau

IN THE INTERNATIONAL YEAR OF THE CHILD OF THE UNO

XI. International Symposium of the Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP) Psychoanalytical Therapy for Children and Adolescents

Congress Center Maritim Lübeck-Travemünde, November 14–19, 1979

PRELIMINARY PROGRAMME (subject to change)

WEDNESDAY, November 14, 1979

6.00 p.m. REGISTRATION at the Congress Center Maritim, Lounge Timmendorf

9.00 p.m. MEETING of the Lecturers in the Lounge of Hotel Maritim

THURSDAY, November 15, 1979

10.00 a.m OPENING CEREMONY

Günter Ammon, M. D. (West Germany)
President of the Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP), Berlin

George Vassiliou, M. D. (Greece)
President of the World Association for Social Psychiatry, Athens

John L. Carleton, M. D. (USA)
Secretary General of the World Association for Social Psychiatry, Santa Barbara, California

Edward J. Dehné, M. D., Dr. P. H. (USA)
Governor of the International Health Society, Carson City, Nevada

Gustav Hans Graber, Ph. D. (Switzerland)
Honorary President of the Internationale Studiengemeinschaft für Pränatale Psychologie (ISPP), Bern
Honorary President of the Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin (DGPM)

Hallym Calehr, M. D. (Indonesia)
President of the International Acupuncture Psychosomatic Center (IAPC), Bandung, Java

Mgr. psychol. **Jerzy S. Pawlik,** (Polen)
Vice President of the Department of Psychotherapy of the Polish Psychiatric Association, Warsaw

Dr. med. **Béla Buda,** Ungarn
Leiter der psychotherapeutischen Abteilung des Nationalinstituts für Sportgesundheitswesen und physische Erziehung, Budapest

Prim.dr.sci.med. **Ivan Milaković,** Jugoslawien
Mediterranean Social Psychiatric Association (MESPA), Sarajewo

Prof. Dr. med. Dr. phil., **Nicholas Destounis,** Griechenland
Präsident der Hellenic Society of Psychosomatic Medicine (HSPM), Athen

Prof. Dr. phil. **Antonio Mercurio,** Italien
Präsident der Associazione Psicoterapeuti Italiana, Direktor des Istituto di Psicoterapia Analitica, Rom

Dr. **Lore Watzka**
Geschäftsführerin der Österreichischen Studiengesellschaft für Kinderpsychoanalyse, Salzburg

Grußbotschaften deutscher Fachverbände:

Deutsche Gruppenpsychotherapeutische Gesellschaft (DGG):
Gisela Ammon, Berlin, Präsidentin der DGG

Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin (DGPM):
Dr. med. **Dieta Biebel,** Hamburg

Deutsche Gesellschaft für Positive Psychotherapie (DGPP):
Dr. med. **Nossrat Peseschkian,** Wiesbaden

Chairmann: **Gustav Hans Graber** (Bern)

1. Hauptreferat
Gisela Ammon (Berlin)
Zur Renaissance der Psychoanalytischen Pädagogik im ich-strukturellen Gewand

2. Hauptreferat
John L. Carleton (Santa Barbara)
The Soma, Psyche and Social of Primary Groups

12.30 Uhr DISKUSSIONSGRUPPEN

15.00 Uhr

Chairmann: **John L. Carleton** (Santa Barbara, California)

3. Hauptreferat
Günter Ammon (Berlin)
Kindesmißhandlung als Ausdruck spezifischer Ich-Struktur und Gruppendynamik

4. Hauptreferat
George Vassiliou (Athen)
Present Aspects of the Multi-focal/Multi-level Approach to Family Functioning and Mal-functioning

17.30 Uhr DISKUSSIONSGRUPPEN

Béla Buda, M. D. (Hungary)
Director of the Psychotherapeutic Department of the National Institute for Health in Sports and Physical Education, Budapest

Ivan Milaković, Prim. dr. sci. med. (Yugoslavia)
Mediterranean Social Psychiatric Association (MESPA), Sarajevo

Prof. **Nicholas Destounis,** M. D., Ph. D. (Greece)
President of the Hellenic Society of Psychosomatic Medicine (HSPM), Athens

Prof. **Antonio Mercurio,** Ph. D. (Italy)
President of the Associazione Psicoterapeuti Italiana, Director of the Istituto di Psicoterapia Analitica, Rome

Lore Watzka, M. D. (Austria)
Secretary of the Österreichische Studiengesellschaft für Kinderpsychoanalyse, Salzburg

Greeting Messages of German Professional Associations:

Deutsche Gruppenpsychotherapeutische Gesellschaft (DGG):
Gisela Ammon, Berlin, President of the DGG

Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin (DGPM):
Dieta Biebel, M. D., Hamburg

Deutsche Gesellschaft für Positive Psychotherapie (DGPP):
Nossrat Peseschkian, M. D., Wiesbaden

11.00 a.m. Chairman: **Gustav Hans Graber** (Bern)

1st Main Lecture
Gisela Ammon (Berlin)
On the Renaissance of Psychoanalytical Pedagogics in an Ego-structural Framework

2nd Main Lecture
John L. Carleton (Santa Barbara)
The Soma, Psyche and Social of Primary Groups

12.30 p.m. DISCUSSION GROUPS

3.00 p.m. Chairman: **John L. Carleton** (Santa Barbara)

3rd Main Lecture
Günter Ammon (Berlin)
Child Abuse as Result of Spezific Ego-structure and Group-Dynamics

4th Main Lecture
George Vassiliou (Athens)
Present Aspects of the Multifocal/Multi-level Approach to Family Functioning and Mal-functioning

5.30 p.m. DISCUSSION GROUPS

19.30 Uhr ARBEITSGRUPPEN (Parallelveranstaltungen)

1. Chairmann: **Brigitte Marsen** (Berlin)
Fotini Ladaki/Hans Ditt (Düsseldorf)
Die Bedeutung des Märchens in der Kinder- und Jugendlichentherapie

2. Chairmann: **Gertraud Reitz** (München)
Nossrat Peseschkian (Wiesbaden)
Positive Psychotherapie – Selbsterfahrung und Demonstration einer Lebenssituation

3. Chairmann: **Regine Schneider** (Düsseldorf)
Petra Wottrich (München)
Gruppenfähigkeit in einer Kindergruppe (mit Video)

4. Chairmann: **Andreas von Wallenberg Pachaly** (Berlin)
Dieta Biebel (Hamburg) / **Ulrike Harlander** (Berlin) / **Everhard Jungeblodt** (Düsseldorf)
Identität in Kindheit und Alter

5. Chairmann: **Manfred Link** (München)
Dörte Griepenstroh / Wilfried Vogelbusch (Berlin)
Das Prinzip narzißtischer Zufuhr für die kindliche Entwicklung

6. Chairmann: **Hartwig Volbehr** (Berlin)
Jerzy S. Pawlik (Warschau)
Analytic Psychodrama

21.00 Uhr Sitzung des INTERNATIONALEN WISSENSCHAFTLICHEN BEIRATS der Deutschen Akademie für Psychoanalyse im Kongreßzentrum Maritim, Salon Braunlage

---

FREITAG, 16. November 1979

10.00 Uhr

Chairmann: **George Vassiliou** (Athen)

5. Hauptreferat
Béla Buda (Budapest)
Einige theoretische und technische Probleme der Fokaltherapie bei Jugendlichen: Die Rolle der Ich-Entwicklung und Ich-Integration

Chairmann: **Andreas v. Wallenberg** (Berlin)

6. Hauptreferat
Burkhard Gülsdorff (München)
Früherkennung von Depression bei Kindern

Chairmann: **Gisela Ammon** (Berlin)

7. Hauptreferat
Karin Schibalski (München)
Leiterwechsel und Trennung bei zwei psychotherapeutischen Jugendlichengruppen

8. Hauptreferat
Jerzy S. Pawlik (Warschau)
Analytic Psychodrama in Group Psychotherapy of Adolescents

9. Hauptreferat
Edward J. Dehné (Nevada, USA)
International Health Society – 35 Years of Service

10. Hauptreferat
Everhard Jungeblodt (Düsseldorf)
Die besondere Identitätsproblematik bei Jugendlichen und älteren Menschen unter Berücksichtigung der Ich-Funktion der Aggression

7.30 p.m. WORKSHOPS (Parallel Lectures)

1st Chairman: **Brigitte Marsen** (Berlin)

Fotini Ladaki (Düsseldorf), **Hans Ditt** (Düsseldorf)
The Significance of Fairy Tales in the Therapy of Children and Adolescents

2nd Chairman: **Gertraud Reitz** (München)

Nossrat Peseschkian (Wiesbaden)
Positive Psychotherapy – Selfexperience and Demonstration of a Life Situation

3rd Chairman: **Regine Schneider** (Düsseldorf)

Petra Wottrich (Munich)
Group-Ability in a Child Group (with Videotapes)

4th Chairman: **Andreas von Wallenberg Pachaly** (Berlin)

Dieta Biebel (Hamburg) / **Ulrike Harlander** (Berlin) / **Everhard Jungeblodt** (Düsseldorf)
Identity in Childhood and Old Age

5th Chairman: **Manfred Link** (Munich)

Dörte Griepenstroh / Wilfried Vogelbusch (Berlin)
The Principle of Narcissistic Supply in Child Development

6th Chairman: **Hartwig Volbehr** (Berlin)

Jerzy S. Pawlik (Warsaw)
Analytic Psychodrama

9.00 p.m. Meeting of the INTERNATIONAL SCIENTIFIC ADVISORY BOARD of the Deutsche Akademie für Psychoanalyse in the Congress Center Maritim, Braunlage Lounge

---

FRIDAY, November 16, 1979

10.00 a.m.

Chairman
George Vassiliou
(Athens)

5th Main Lecture
Béla Buda (Budapest)
Some Theoretical and Technical Problems in the Focal Therapy of Adolescents: The Role of Ego-Development and Ego-Integration

Chairman
Andreas von Wallenberg Pachaly (Berlin)

6th Main Lecture
Burkhard Gülsdorff (Munich)
Early Diagnosis of Depression in Children

Chairman
Gisela Ammon
(Berlin)

7th Main Lecture
Karin Schibalski (Munich)
Exchange of Group Leaders and Separation in two Psychotherapeutic Adolescent Groups

8th Main Lecture
Jerzy S. Pawlik (Warsaw)
Analytic Psychodrama in Group Psychotherapy of Adolescents

9th Main Lecture
Edward J. Dehné
(Nevada, USA)
International Health Society – 35 Years of Service

10th Main Lecture
Everhard Jungeblodt
(Düsseldorf)
The Specific Identity Problems of Adolescents and Old People with Regard to the Ego-function of Aggression

12.30 Uhr DISKUSSIONSGRUPPEN

15.00 Uhr

Chairmann:
Regine Schneider
(Düsseldorf)

1. Kurzreferat
Gustav Hans Graber (Bern)
Embryo und Ohr – Ein psychophysiologischer Beitrag zur pränatalen Psychologie

Chairmann:
Ivan Milaković
(Sarajevo)

2. Kurzreferat
Ronaldo Ruthner
(München)
Die Hebephrenie: Eine Kritik aus dynamisch-psychiatrischer Sicht

Chairmann:
Ulrike Harlander
(Berlin)

3. Kurzreferat
Dietrich Hullmeine (Berlin)
Psychotherapie eines autistischen Kindes mit offen psychotischen Episoden

4. Kurzreferat
Fotini Ladaki (Düsseldorf)
Psychoanalytische Pädagogik und transkulturelle Entwicklungspsychologie

5. Kurzreferat
Erda Siebert (Düsseldorf)
Die aktive nonverbale Kommunikation beim ich-strukturellen Arbeiten in der Kindertherapie

6. Kurzreferat
Wilfried Schibalski / Bernd Augustin (München)
Kinderprostitution

7. Kurzreferat
Helmut Cox (Düsseldorf)
Die Problematik von Trennung und Anpassung im Falle eines suizidalen jugendlichen Patienten

8. Kurzreferat
Reinhild Geier (Hamburg)
Der Umgang mit der defizitären Aggression im psychotherapeutischen Prozeß von Asthmapatienten unter Berücksichtigung der Familiendynamik

9. Kurzreferat
Agnes Wiehl-Volbehr
(Berlin)
Veränderungen des Übergangsobjektes im Verlauf einer Kindertherapie

17.30 Uhr DISKUSSIONSGRUPPEN

20.00 Uhr ARBEITSGRUPPEN (Parallelveranstaltungen)

7. Chairmann: **Ilse Burbiel** (München)
Gisela Ammon / Dörte Griepenstroh (Berlin):
Die Rolle der gruppendynamischen Supervisionsarbeit in der Konzeption Psychoanalytischer Kindergärten

8. Chairmann: **Manfred Link** (München)
Andreas von Wallenberg Pachaly / Karin Wangemann (Berlin):
Dynamisch-soziometrische Untersuchungen in Kindergruppen verschiedenen Alters

9. Chairmann: **Ingeborg Urspruch** (München)
Juan Pundik (Madrid):
Filizide Tendenzen in unserem alltäglichen Leben

10. Chairmann: **Burkhard Gülsdorff** (München)
Wolfgang Binswanger (Kreuzlingen):
Umgang mit selbstgefährdeten Menschen in der psychotherapeutischen Klinik

11. Chairmann: **Erda Siebert** (Düsseldorf)
Ulrike Winkelmann / Ilse Burbiel / Mechthild Fuchs (München):
Was ist psychoanalytische Gruppendynamik in der Schule?

12.30 p.m. DISCUSSION GROUPS

3.00 p.m.

Chairman
Regine Schneider
(Düsseldorf)

1st Short Lecture
Gustav Hans Graber (Bern)
Embryo and Ear – a Psychophysiological Contribution to Prenatal Psychology

Chairman
Ivan Milaković
(Sarajevo)

2nd Short Lecture
Ronaldo Ruthner (Munich)
Hebephrenia – a Critique from a Dynamic-Psychiatric Point of View

Chairman
Ulrike Harlander
(Berlin)

3rd Main Lecture
Dietrich Hullmeine (Berlin)
Psychotherapy of an Autistic Child with Open Psychotic Episodes

4th Short Lecture
Fotini Ladaki (Düsseldorf)
Psychoanalytic Pedagogics and Transcultural Developmental Psychology

5th Short Lecture
Erda Siebert (Düsseldorf)
Active Non-verbal Communication in Ego-structural Work in Child Therapy

6th Short Lecture
Wilfried Schibalski / Bernd Augustin (München)
Child Prostitution

7th Short lecture
Helmut Cox (Düsseldorf)
The Problem of Separation and Adaptation in the Case of a Suicidal Juvenile Patient

8th Short Lecture
Reinhild Geier (Hamburg)
The Handling of Deficitary Aggression in the Psychotherapeutic Process of Asthma Patients with Regard to Their Family Dynamics

9th Short Lecture
Agnes Wiehl-Volbehr (Berlin)
Changes of the Transitory Object in the Process of a Child Therapy

5.30 p.m. DISCUSSION GROUPS

8.00 p.m. WORKSHOPS (Parallel Lectures)

7th Chairman: **Ilse Burbiel** (Munich)
Gisela Ammon / Dörte Griepenstroh (Berlin):
The Importance of Groupdynamical Supervision within the Conceptual Framework of Psychoanalytic Kindergardens

8th Chairman: **Manfred Link** (Munich)
Karin Wangemann / Andreas von Wallenberg Pachaly (Berlin):
Dynamic Sociometrical Investigation in Child Groups of Different Age Levels

9th Chairman: **Ingeborg Urspruch** (Munich)
Juan Pundik (Madrid):
Filicidal Tendencies in Every-day Life

10th Chairman: **Burkhard Gülsdorff** (Munich)
Wolfgang Binswanger (Kreuzlingen):
Dealing with Suicidal Patients in a Psychotherapeutic Clinic

11th Chairman: **Erda Siebert** (Düsseldorf)
Ulrike Winkelmann / Ilse Burbiel / Mechthild Fuchs (Munich):
What is Psychoanalytic Group-dynamics in School

SONNABEND, 17. November 1979

10.00 Uhr

Chairman:
Dieta Biebel (Hamburg)

Chairman:
Gerd Röhling (Berlin)

Chairman:
Mohammed El Safti (Düsseldorf)

11. Hauptreferat
Hartwig Volbehr (Berlin)
Therapeutische Probleme bei drogenabhängigen Jugendlichen

12. Hauptreferat
Regine Schneider (Düsseldorf)
Defizitäre Sprache bei autistisch reagierenden Kindern

13. Hauptreferat
Nicholas Destounis (Athen)
The Adolescent of the Year 2000

14. Hauptreferat
Ulrike Harlander (Berlin)
Zur Dynamik von real vollzogenem Inzest in der Familie und phantasiertem Inzest

15. Hauptreferat
Maria Orwid (Krakow)
The Main Psychotherapeutic Trends in Poland with Spezial Attention of the Department of Child and Adolescent Psychiatry in Kraków

16. Hauptreferat
Hallym Calehr (Java, Indonesien)
Kinderpsychotherapie bei Schulschwierigkeiten. Transkulturell-klinische Studien mittels Psychotherapie und Akupunktur

12.30 Uhr DISKUSSIONSGRUPPEN

15.00 Uhr

Chairman:
Zdzislaw Mieniewski (Krakau)

Chairman:
Wolfgang Binswanger (Kreuzlingen)

Chairman:
Dörte Griepenstroh (Berlin)

17. Hauptreferat
Antonio Mercurio (Rom)
A New Way of Living the Oedipus Complex According to the Therapeutic School of the "Sophia University of Rome"

18. Hauptreferat
Lore Watzka (Salzburg)
Die Entwöhnung – ein Prägungsmoment der Ich-Entwicklung

10. Kurzreferat
Thomas Culemann (München)
Die Bedeutung der Psychoanalytischen Pädagogik für die Früherkennung in öffentlichen Einrichtungen

11. Kurzreferat
Bernd Vigener (München)
Der leichte frühkindliche Hirnschaden – ein naturwissenschaftliches Vorurteil?

12. Kurzreferat
Ursula Andress (Düsseldorf)
Die Stufen der Rückgewinnung des Körpergefühls in der Psychotherapie eines autistisch reagierenden Kindes

13. Kurzreferat
Brigitte Marsen (Berlin)
Ich-Struktur und Gruppendynamik bei jugendlichen Patienten mit essentieller Hypertonie

SATURDAY, November 17, 1979

10.00 a.m.

Chairman:
Dieta Biebel
(Hamburg)

11th Main Lecture
Hartwig Volbehr (Berlin)
Therapeutic Problems in the Therapy of Adolescent Drug Addicts

Chairman:
Gerd Röhling
(Berlin)

12th Main Lecture
Regine Schneider
(Düsseldorf)
Deficitary Language of Autistic Children

Chairman:
Mohammed El Safti
(Düsseldorf)

13th Main Lecture
Nicholas Destounis (Athens)
The Adolescent of the Year 2000

14th Main Lecture
Ulrike Harlander (Berlin)
On the Dynamics of Really performed Incest in the Family and Imagined Incest

15th Main Lecture
Maria Orwid
(Cracow, Poland)
The Main Psychotherapeutic Trends in Poland with Special Attention to the Department of Child and Adolescent Psychiatry in Cracow

16th Main Lecture
Hallym Calehr
(Java, Indonesia)
Child Psychotherapy of Patients with School Problems. Transcultural Studies by Means of Psychotherapy and Acupuncture

12.30 p.m. DISCUSSION GROUPS

3.00 p.m.

Chairman:
Zdzislaw Mieniewski
(Cracow, Poland)

17th Main Lecture
Antonio Mercurio (Rome)
A New Way of Living the Oedipus Complex According to the Therapeutic School of the "Sophia University of Rome"

Chairman:
Wolfgang Binswanger
(Kreuzlingen)

18th Main Lecture
Lore Watzka (Salzburg)
Weaning – An Imprinting Moment of Ego Development

Chairman:
Dörte Griepenstroh
(Berlin)

10th Short Lecture
Thomas Culemann (Munich)
The Significance of Psychotherapeutic Pedagogics for Early Diagnosis in Public Institutions

11th Short Lecture
Bernd Vigener (Munich)
Minimal Brain Damage of the Young Child – a Scientific Prejudice?

12th Short Lecture
Ursula Andress (Düsseldorf)
The Stages in the Process of Retrieving the Body Feeling in the Psychotherapy of an Autistic Child

13th Short Lecture
Brigitte Marsen (Berlin)
Ego-structure and Group-dynamics of Adolescent Patients with Essential Hypertonia

SONNABEND, 17. November 1979

Chairman:
Dörte Griepenstroh (Berlin)

14. Kurzreferat
Fotini Ladaki (Düsseldorf)
Kinderehen in anderen Kulturen

20.00 Uhr FESTLICHER EMPFANG der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) im Salon Schleswig-Holstein des Kongreßzentrums Maritim;
Festansprache durch Dr. Burkhard Gülsdorff, Leiter des Münchner Lehr- und Forschungsinstitutes der DAP
Verleihung der Goldmedaille der DAP an Frau Gisela Ammon für ihre großen Verdienste um die Entwicklung Psychoanalytischer Kindergärten

SONNTAG, 18. November 1979

10.00 Uhr

Chairman:
Burkhard Gülsdorff
(München)

19. Hauptreferat
Wolfgang Rock / Wilfried Vogelbusch (Berlin)
Ansätze einer objektivierenden ich-strukturellen Diagnostik, dargestellt am Beispiel der zentralen Ich-Funktion der Sexualität, der Angst und des Körper-Ichs

Chairman:
Béla Buda
(Budapest)

20. Hauptreferat
Gerd Röhling (Berlin)
Die Behandlung von Kindern in der Anstaltspsychiatrie

Chairman:
Nicholas Destounis
(Athen)

21. Hauptreferat
Nossrat Peseschkian
(Wiesbaden)
Positive Familientherapie – Therapie der Zukunft

22. Hauptreferat
Andreas von Wallenberg Pachaly (Berlin)
Gruppendynamisches und ichstrukturelles Verständnis der Anorexia nervosa

23. Hauptreferat
Ivan Milaković (Sarajevo)
Vorgeburtliches (deglutives) Stadium der libidinösen Entwicklung

24. Hauptreferat
Zdzislaw Mieniewski
(Krakau)
Über den Alkoholgenuß bei Jugendlichen

12.30 Uhr DISKUSSIONSGRUPPEN

SATURDAY, November 17, 1979

Chairman:
Dörte Griepenstroh
(Berlin)

14th Short Lecture
Fotini Ladaki (Düsseldorf)
Child Marriage in Other Cultures

8.00 p.m. RECEPTION
in Lounge Schleswig-Holstein of the Congress Center Maritim by the Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP): Greetings by Burkhard Gülsdorff, M. D., Director of the Munich Lehr- und Forschungsinstitut of the DAP
Dedication of the Gold Medal of the DAP to Gisela Ammon for her great Merits-concerning the Development of Psychoanalytic Kindergardens

SUNDAY, November 18, 1979

10.00 a.m.

Chairman:
Burkhard Gülsdorff
(Munich)

19th Main Lecture
Wolfgang Rock / Wilfried Vogelbusch (Berlin)
Approaches to Objectivating Ego-structural Diagnostics, examplified by the Central Ego-functions of Sexuality, Anxiety and Body-Ego

Chairman:
Béla Buda
(Budapest)

20th Main Lecture
Gerd Röhling (Berlin)
The Treatment of Children in Hospital Psychiatry

Chairman:
Nicholas Destounis
(Athens)

21st Main Lecture
Nossrat Peseschkian
(Wiesbaden)
Positive Familytherapy – the Therapy of the Future

22nd Main Lecture
Andreas von Wallenberg Pachaly (Berlin)
A Groupdynamic and Ego-structural Understanding of Anorexia Nervosa

23rd Main Lecture
Ivan Milaković (Sarajevo)
Prenatal (deglutive) Phase of Libido Development

24th Main Lecture
Zdzislaw Miniewski (Poland)
On Alcohol Consumption of Adolescents

12.30 a.m. DISCUSSION GROUPS

15.00 Uhr

Chairman:
Everhard Jungeblodt
(Düsseldorf)

15. Kurzreferat
Manfred Link (München)
Die Entwicklung der Sexualität im Psychoanalytischen Kindergarten

Chairman:
Nossrat Peseschkian
(Wiesbaden)

16. Kurzreferat
Gudrun Lehmann
(München)
Sucht bei Kindern

Chairman:
Gertraud Reitz
(München)

17. Kurzreferat
Nicholas Destounis (Athen)
On Juvenile Delinquency

18. Kurzreferat
Kurt Oehler (München)
Legasthenie, Eine testpsychologische Untersuchung

19. Kurzreferat
Emil Wieczorek (Hamburg)
Gruppenfähigkeit als ein Kriterium für die Beendigung von Kindertherapien

20. Kurzreferat
Wolfgang Binswanger
(Kreuzlingen)

21. Kurzreferat
Thomas Lindau (Düsseldorf)
Die gruppendynamische Bedeutung des Einsatzes traditionell psychiatrischer Behandlungsmethoden

22. Kurzreferat
Edward J. Dehné
(Nevada, USA)
Shaping the Future of Mental and Environmental Health

17.30 Uhr DISKUSSIONSGRUPPEN

20.00 Uhr ARBEITSGRUPPEN (Parallelveranstaltungen)

12. Chairmann: **Kurt Oehler** (München)
Wolfgang Rock (Berlin):
Gruppendynamische Interpretation von projektiven Tests

13. Chairmann: **Hallym Calehr** (Java, Indonesien)
Gertraud Reitz / Helma Sick / Monika Kästner / Veronika Büttner (München):
Die Familiendynamik mißhandelter Frauen

14. Chairmann: **Christine Zohner** (München)
Hella Kleucker (Berlin):
Entwicklung von Ich-Funktionen – Direktbeobachtungen im Psychoanalytischen Kindergarten

15. Chairmann: **Dieta Biebel** (Hamburg)
Regine Schneider (Düsseldorf)
Probleme bei der Adoption von Kindern

16. Chairmann: **Wilfried Vogelbusch** (Berlin)
Hartwig Vollbehr / Dietrich Hullmeine / Anke Meilicke (Berlin):
Zwangsmaßnahmen bei straffälligen Jugendlichen und Drogensüchtigen: therapeutisch oder antitherapeutisch?

3.00 a.m.

Chairman:
Everhard Jungeblodt
(Düsseldorf)

15th Short Lecture
Manfred Link (Munich)
Development of Sexuality in the Psychoanalytical Kindergarden

18th Short Lecture
Kurt Oehler (Munich)
Reading Disturbances. A Test-psychological Investigation

Chairman:
Nossrat Peseschkian
(Wiesbaden)

16th Short Lecture
Gudrun Lehmann (Munich)
Child Addiction

19th Short Lecture
Emil Wieczorek (Hamburg)
Group Ability as Criterion for the Termination of Child Therapy

21st Short Lecture
Thomas Lindau (Düsseldorf)
The Group Dynamic Significance of the Use of Traditional Psychiatric Treatment Methods

Chairman:
Gertraud Reitz
(Munich)

17th Short Lecture
Nicholas Destounis (Athens)
On Juvenile Delinquency

20th Short Lecture
Wolfgang Binswanger
(Kreuzlingen)

N.N.

22nd Short Lecture
Edward J. Dehné
(Nevada, USA)
Shaping the Future of Mental and Environmental Health

5.30 p.m. DISCUSSION GROUPS

8.00 p.m. WORKSHOPS (Parallel Lectures)

12th Chairman: **Kurt Oehler** (Munich)
Wolfgang Rock (Berlin):
Groupdynamic Interpretation of Projective Tests

13th Chairman: **Hallym Calehr** (Java, Indonesia)
Gertraud Reitz / Helma Sick / Veronika Büttner (Munich):
Family Dynamics of Abused Women

14th Chairman: **Christine Zohner** (Munich)
Hella Kleucker (Berlin):
Development of Ego-Functions – Direct Observation in a Psychoanalytical Kindergarden

15th Chairman: **Dieta Biebel** (Hamburg)
Regine Schneider (Düsseldorf):
Problems in the Adoption of Children

16th Chairman: **Wilfried Vogelbusch** (Berlin)
Hartwig Volbehr / Dietrich Hullmeine / Anke Meilicke (Berlin):
Coercive Measures in Dealing with Criminal Adolescents and Drug Addicts: Therapeutic or Antitherapeutic?

MONTAG, 19. November 1979

10.00 Uhr

Chairman:
Hartwig Volbehr
(Berlin)

25. Hauptreferat
Mohammed Said El-Safti
(Düsseldorf)
Das spezifische Problem der Übertragung und der Objektbeziehung in der Therapie Jugendlicher

Chairman:
Fotini Ladaki
(Düsseldorf)

26. Hauptreferat
Nicholas Destounis (Athen)
Adolescence and Identity Crisis

Chairman:
Hella Kleucker
(Berlin)

27. Hauptreferat
Dieta Biebel (Hamburg)
Möglichkeiten der Prävention in der prä- und postnatalen Phase menschlicher Entwicklung im Rahmen der Dynamischen Psychiatrie

28. Hauptreferat
Wolfgang Rock (Berlin)
Entwicklung und Kreativität – Ein Beitrag zur allgemeinen Theorie der Intelligenz

29. Hauptreferat
Karl-Georg Nickel
(Hamburg)
Kinder- und Jugendkriminalität aus Dynamisch-Psychiatrischer Sicht

23. Kurzreferat
Donald C. Wallace (USA)
Problems of re-integration in community with psychiatric patients

24. Kurzreferat
Ursula Avé-Lallemant
(München)
Der Sterne-Wellen-Test im Kindergarten

12.30 Uhr DISKUSSIONSGRUPPEN

15.00 Uhr

Chairman:
Wolfgang Rock
(Berlin)

25. Kurzreferat
Helma Sick / Gertraud Reitz
(München)
Frauenmißhandlung – Kindesmißhandlung. Bericht aus einem Frauenhaus

Chairman:
Ulrike Winkelmann
(München)

26. Kurzreferat
Christine Zohner (München)
Kinder in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik

Chairman:
Bernd Vigener
(München)

27. Kurzreferat
Rosemarie Fleck (Berlin)
Gruppendynamische Balintgruppen für Erzieher und Pädagogen. Ein Aspekt der Psychoanalytischen Pädagogik innerhalb der Dynamischen Psychiatrie

ab 21.00 Uhr ZWANGLOSES ZUSAMMENTREFFEN im Lehr- und Forschungsinstitut Hamburg der DAP
Laufgraben 37, 2000 Hamburg 13,
FAREWELL

MONDAY, November 19, 1979

10.00 a.m.

Chairman:
Hartwig Volbehr
(Berlin)

25th Main Lecture
Mohammed Said El Safti
(Düsseldorf)
The Specific Problem of Transference and Object Relationships in the Therapy of Adolescents

Chairman:
Fotini Ladaki
(Düsseldorf)

26th Main Lecture
Nicholas Destounis (Athens)
Adolescence and Identity Crisis

Chairman:
Hella Kleucker
(Berlin)

27th Main Lecture
Dieta Biebel (Hamburg)
Possibilities for Prevention in Pre- and Post-natal Phase of Human Development in the Framework of Dynamic Psychiatry

28th Main Lecture
Wolfgang Rock (Berlin)
Development and Creativity – a Contribution to the General Theory of Intelligence

29th Main Lecture
Karl-Georg Nickel
(Hamburg)
Infantile and Adolescent Delinquency – Viewed from a Dynamic Psychiatric Point of View

23rd Short Lecture
Donald C. Wallace (USA)
Problems by Reintegration in Community with psychiatric patients

24th Short Lecture
Ursula Avé-Lallement
(Munich)
The Stars-Waves-Test in Kindergarden

12.30 p.m. DISCUSSION GROUPS

3.00 p.m.

Chairman:
Wolfgang Rock
(Berlin)

25th Short Lecture
Helma Sick / Gertraud Reitz
(Munich)
Abuse of Women and Children – Report on a Women's House

Chairman:
Ulrike Harlander
(Berlin)

26th Short Lecture
Christine Zohner (Munich)
Children in a Dynamic Psychiatric Clinic

Chairman:
Bernd Vigener
(Munich)

27th Short Lecture
Rosemarie Fleck (Berlin)
Groupdynamic Balintgroups for Educators and Teachers. An Aspect of Psychoanalytical Pedagogics in Dynamic Psychiatry

9.00 p.m. INFORMAL MEETING in the Hamburg Institute for Research and Training of the Deutsche Akademie für Psychoanalyse, Laufgraben 7, 2000 Hamburg 13,

FAREWELL

Die Dynamisch-Psychiatrische Klinik Menterschwaige

sucht

aufgeschlossene Mitarbeiter:

examinierte Krankenschwester/Krankenpfleger

die Interesse an anderen Menschen haben und verantwortungsvoll in einem lebendigen Team mitarbeiten wollen.

Bezahlung nach Tarif

Die Dynamisch-Psychiatrische Klinik Menterschwaige ist eine psychotherapeutische Modellklinik in einem Waldgebiet am Stadtrand von München. Fortbildungsmöglichkeiten im weitesten Umfange und Zusatzausbildungen möglich.

Dynamisch-Psychiatrische Klinik Menterschwaige,
Geiselgasteigstr. 203, 8000 München 90, Tel.: 089/64 50 65 oder 64 40 16

Beilagenhinweis: Bitte beachten Sie die Beilagen der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige sowie ein Subscriptionsblatt des Ernst-Reinhard Verlages.

Anschrift des Herausgebers/editor's address:
Dr. med. Günter Ammon, Wielandstr. 27/28, 1 Berlin 15

Manuskripte nehmen entgegen/manuscripts should be sent to:
Hauptschriftleitung Dr. med. Günter Ammon und Gisela Ammon, Wielandstr. 27/28, 1 Berlin 15

Weitere Mitglieder der Redaktion/members of the editorial staff:
Ulrike Harlander (Rezensionen), Dietrich Hullmeine, Dr. med. Elke Jansen, Wilfried Vogelbusch, Dörte Griepenstroh, Dipl.-Psych. Wolfgang Rock, Dr. med. Gerd Röhling, Dr. med. Hartwig Volbehr, Helmut Volger (Anzeigen), Dipl.-Soz. Karin Wangemann, Lehr- und Forschungsinstitut für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik (LFI) der DAP, Wielandstr. 27/28, 1 Berlin 15

Burkhard Gülsdorff, Arzt, Dipl.-Psych. Ilse Burbiel, Mag. theol. Manfred Link, Dr. med. Karin Schibalski-Ammon, Winfried Schibalski (Rezensionen)
Münchner Lehr- und Forschungsinstitut der DAP, Leopoldstr. 87, 8 München 40

Ursula Andress, Soz.-Päd., Dipl.-Psych. Fotini Ladaki, Dipl.-Psych. Hans Ditt, Dipl.-Psych. Helmut Cox, M. S. El-Safti, lic., lett, Everhard Jungeblodt, Dr. med Regine Schneider, Dipl.-Psych. Erda Siebert, Düsseldorfer Lehr und Forschungsinstitut der DAP, Kurfürstenstr. 10, 4 Düsseldorf 1

Karl-Georg Nickel, Arzt, Mag. art. Kai Josef Pazzini; cand. med., Mag. theol. Ursula Schmidt Hamburger Lehr- und Forschungsinstitut der DAP, Laufgraben 37, 2 Hamburg 13

Um Unterbrechungen der Belieferung zu vermeiden, bitten wir, unserer Auslieferung Adressenänderungen rechtzeitig mitzuteilen.