Dynamische Dynamic Psychiatrie Psychiatry

Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse Herausgegeben von Günter Ammon

Gisela Ammon

Präventive Kindergartenarbeit - Zur Diagnostik schizophren machender Aspekte in Familiengruppen

Interpersonelle Pathologie in Familien mit schizophren reagierenden Kindern

Dieta Biebel

Die schizophren reagierende Mutter

J. L. Carleton

Therapeutic Dependency in the Treatment of Schizophrenia

M. Erdreich

Psychotherapeutic Journeys with Schizophrenic Patients living in the Community

Akira Fujinawa

Schizophrene Patienten und Selbstbildnisse

Ulrike Harlander

Betrachtungen zum Thema Kreativität und Psychose

Der leibliche Niederschlag pathogener Gruppendynamik bei Schizophrenen – Diagnose

und Therapie, ein Konzept

E. Dehné

Comprehensive Medical Evaluation of Psychiatric Cases

Nicholas Destounis

Schizophrenia, a Psycho-Social-Cultural Approach

PSYCHOTHERAPIE RSCHIZOPHRE

14. Jahrgang

4./5. Heft 1981

PINEL-PUBLIKATIONEN BERLIN

Dynamische Psychiatrie / Dynamic Psychiatry

Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse Organ der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), der World Association for Dynamic Psychiatry WADP, der Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft (DGG), der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin (DGPM), der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige, der Deutschen Gesellschaft für Dynamische Psychiatrie (DGDP) und der Psychoanalytischen Kindergärten

14. Jahrgang, 4./5. Heft 1981, Nr. 69/70

Herausgegeben von Günter Ammon

unter Mitarbeit von F. Antonelli, Roma – C. Bahnson, Philadelphia – R. Barnes, Phoenix – F. V. Bassin, Moskau – L. Bellak, New York – H. R. Böttcher, Jena/Leipzig – B. Buda, Budapest – J. L. Carleton, Santa Barbara – A. Carmi, Haifa – Wu Chen-I, Peking – 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 – U. Jakab, Belmont – K. B. Janz, Hannover – U. Keller-Husemann, Düsseldorf – M. Knobel, Campinas – E. Linnemann, København – U. Mahlendorf, Santa Barbara – L. Miller de Paiva, Sao Paulo – K. Okonogi, Tokio – M. Orwid, Krakow – J. F. Pawlik, Warschau – E. Ringel, Wien – E. Rosenblatt, Santiago – V. S. Rotenberg, Moskau – F. S. Rothschild, Jerusalem – E. Servadio, Roma – D. Shaskan, Los Angeles – A. E. Sherozia †, Tbilisi – 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.

Gisela Ammon (Berlin) Präventive Kindergartenarbeit – Zur Diagnostik schizophren machender Aspekte in Familiengruppen	163
Béla Buda (Budapest) Interpersonelle Pathologie in Familien mit schizophren reagierenden Kindern	179
Dieta Biebel (München) Die schizophren reagierende Mutter	187
J. L. Carleton (Santa Barbara) Therapeutic Dependency in the Treatment of Schizophrenia	202
M. Erdreich (Haifa) Psychotherapeutic Journeys with Schizophrenic Patients living in the Community	233
Akira Fujinawa (Kyoto) Schizophrene Patienten und Selbstbildnisse	250
Ulrike Harlander (Berlin) Betrachtungen zum Thema Kreativität und Psychose	262
W. Billeter (Zürich) Der leibliche Niederschlag pathogener Gruppendynamik bei Schizophrenen – Diagnose und Therapie, ein Konzept	277
E. Dehné (Carson City) Comprehensive Medical Evaluation of Psychiatric Cases	295
Nicholas Destounis (Athen) Schizophrenia, a Psycho-Social-Cultural Approach	301
Nachrichten	306

Präventive Kindergartenarbeit – Zur Diagnostik schizophren machender Aspekte in Familiengruppen**

Gisela Ammon, Berlin*

Die Autorin gibt zur Fragestellung der Verursachung schizophrener Erkrankungen eine Darstellung der Diagnostik im präventiven Feld der von ihr geleiteten Psychoanalytischen Kindergärten. Anhand zweier Falldarstellungen erläutert sie die wesentlichen gruppendynamischen Kennzeichen der Verursachung schizophrener Symptome in Familiengruppen und unterscheidet zwischen schizophren-machenden Primärgruppen und schizophren-machenden Aspekten oder Tendenzen in diesen Gruppen. Die auch für die Schizophrenietherapie aufschlußreiche, wenn auch von ihr abgegrenzte, Schizophrenie-Prävention und präventive Diagnostik nutzen die wesensmäßige Gruppengewachsenheit des Menschen, um zur Zeit der Entwicklung der psychischen Strukturen im Kindesalter durch konstruktive Gruppenumgebungen für Eltern und Kinder bei diesen zu bzw. vor Beginn der Symptombildung im pathogenen Ursachenfeld der Familiengruppe Korrekturen erreichen zu können.

In unseren Psychoanalytischen Kindergärten konnten wir im Laufe der Jahre immer wieder das Entstehen psychischer Erkrankungen und die Entwicklung gesunder Ich-Strukturen im frühen und späteren Kindesalter beobachten. Wir haben mehrfach die gruppendynamischen und ich-strukturellen Prozesse zu beschreiben versucht (Gisela Ammon 1969; 1972; 1973; 1976; 1978; 1979), die der gesunden oder kranken Entwicklung zugrunde-

Anliegen dieses Referates ist es, unsere Erfahrungen und Einsichten über die gruppendynamischen Entstehungsursachen und die gruppendynamische Entstehungsgeschichte der schizophrenen Reaktionen wiederzugeben. Die Psychoanalytischen Kindergärten stellen mit ihren Kinder-, Eltern- und Erziehergruppen hierfür ein ausgezeichnetes Forschungsfeld dar, in welchem entwicklungsfördernde und entwicklungshemmende Momente erlebbar und erkennbar werden. Ohne daß ich die Behauptung der sogenannten endogenen Ursachen der Schizophrenie, also ihre biologisch-genetische Vererbung hier diskutieren möchte, kann ich jedoch aus den Erfahrungen und Beobachtungen in unseren Psychoanalytischen Kindergärten sagen, daß wir über eine große Anzahl von Anhaltspunkten darüber verfügen, daß schizophrene Reaktionen durch verschiedene Formen von Gruppendynamiken oder ihren Elementen und insbesondere durch die Gruppendynamik des sozialenergetischen Geschehens (Günter Ammon, Gisela Ammon, Dörte Griepenstroh, 1981; Dörte Griepenstroh, Andreas v. Wallenberg Pachaly, 1979) hervorgerufen werden.

* Lehranalytikerin der Deutschen Akademie für Psychoanalyse, Begründerin und Leiterin der Psychoanalytischen Kindergartenbewegung Vortrag, gehalten auf dem XII. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für

Psychoanalyse (DAP), 8.-13. Dezember 1980, Kongreßzentrum München

164 Gisela Ammon

Für unsere besondere Fragestellung, die Entstehung der schizophrenen Reaktion, haben wir die im gruppendynamischen Milieu der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige bei den Patienten, aber auch bei deren Eltern gruppendynamisch sich zeigenden Verhaltensweisen und Ich-Strukturen verwenden können. Mit besonderem Gewinn konnten wir die Familien, aus denen die schizophren reagierenden Patienten der Klinik kommen, studieren und sie mit den familiären Konstellationen von Kindergarteneltern vergleichen. Insbesondere habe ich mich bemüht, die Unterschiede zwischen schizophren-machenden Familiengruppen herauszustellen, wie wir sie in unserer Klinik antreffen können, und den Familiengruppen in unseren Psychoanalytischen Kindergärten, die im allgemeinen nicht im strengen Sinne als schizophren-machende Familiengruppen zu bezeichnen sind.

Wenn wir Eltern und Kinder beobachten, finden wir unterschiedliche Familiendynamiken hinter einer gleitenden Skala von herausfordernden Verhaltensweisen bis zu schwersten psychischen Störungen. Bei den von uns in die Psychoanalytischen Kindergärten aufgenommenen Kindern und Eltern handelt es sich um Menschen, die nicht als psychiatrisch auffällig diagnostiziert werden können. Es sind Eltern aus allen sozialen Schichten, die am Arbeitsplatz erfolgreich sind, die in den verschiedensten Beziehungen zu anderen Menschen stehen und die sich in der Lage fühlen, ihre Lebensziele zu verfolgen.

Dennoch zeigen manche dieser Familien im Laufe ihrer Teilnahme an der Elternarbeit pathogene Aspekte, in die die präventive ich-strukturelle Arbeit eingreift und sie positiv zu verändern vermag. Wir haben hier allerdings unterscheiden gelernt zwischen einer schizophren-machenden Dynamik und schizophren-machenden Aspekten der Primärgruppendynamik, welch letztere allein wir bisher in unseren Psychoanalytischen Kindergärten antreffen konnten. Unserem diagnostischen Verständnis und der Direktbeobachtung von Kindern liegt hierbei das von Günter Ammon (1957, 1959, 1968, 1969, 1971 a, 1971 c, 1972, 1973, 1974, 1975, 1978, 1979, 1980) entwickelte Konzept einer gruppendynamischen Krankheitsgenese zugrunde, zu dessen Weiterentwicklung und Differenzierung die Arbeit in den Psychoanalytischen Kindergärten einen Beitrag geleistet hat.

Wenn wir die präventive Arbeit auch auf einzelne pathogene Aspekte beschränken, so müssen wir doch von der bisherigen Arbeit her annehmen, daß sich unsere Konzeption des präventiven Arbeitens auch auf diejenigen Familien erweitern ließe, deren Dynamiken zu schwersten psychiatrischen Erkrankungen führen. Dies läßt sich auch deshalb sagen, weil wir das Ausmaß pathogener Wirkungen von Familiengruppen auf ihre Kinder auf einer gleitenden Skala anordnen können – ebenso wie wir dies im Rahmen unserer Konzeption für die verschiedenen Symptomformationen und ihre Ausprägungsgrade sowie für die ich-strukturellen Defizite der einzelnen Persönlichkeiten tun. Die gleitende Skala verschiedener Krankheitsbilder, Ausprä-

gungsgrade und pathogener Gruppendynamiken ist theoretischer Ausdruck dessen, daß wir, um unseren Erfahrungen und Beobachtungen gerecht zu werden, eine ganzheitliche Vorstellung der Persönlichkeitsentwicklung, sei sie gesund oder krank, entwickeln mußten. Es zeigt sich aber auch, daß es uns erst mit Hilfe der Vorstellung gleitender Übergänge möglich wird, den Unterschied zwischen pathogenen Aspekten einer Gruppendynamik und massiv pathogenen Gruppendynamiken zu erfassen und voneinander abzugrenzen.

Als schizophren machend möchte ich eine Dynamik bezeichnen, die mit großer Wahrscheinlichkeit schizophrene Reaktionen nach sich zieht. Die bekannten Schizophrenie-Forscher und -Therapeuten, besonders Sullivan (1962), Frieda Fromm-Reichmann (1950), Rosen (1962), Searles (1969) sowie die Kommunikationswissenschaftler, wie z. B. Bateson (1956), Jackson (1960), Haley (1969) und Weakland (1969), aber auch Lidz et al. (1957) und Wynne et al. (1958) gehen vom schizophren reagierenden Patienten aus, beschreiben ihre pathogenen Familiengruppen und die diese Gruppen bestimmende Dynamik.

Ich habe im Unterschied zu dieser Vorgehensweise gruppendynamische Prozesse im Vorfeld der Symptombildung untersucht, wie sie sich auf den verschiedenen gruppendynamischen Ebenen unserer Kindergartenarbeit abzeichnen. Es sind konstruktiv-kreative, also keine pathogenen Gruppen. Auch die Familiengruppen sind mit ihren pathogenen Tendenzen eingebettet in das kreative Gruppenmilieu der Kindergärten. Es fehlt diesen Familiengruppen die Jahre und oft Jahrzehnte anhaltende Isolierung und das oftmals erstarrte soziale Außenseitertum, das ihnen m. E. erst zu der massiven pathogenen Wirksamkeit verhilft.

In Abgrenzung zur schizophren-machenden Dynamik handelt es sich bei schizophren-machenden Aspekten von Familiendynamiken darum, daß einige Phänomene isoliert vorhanden sind, die in ihrer Summe und Insgesamtheit eine schizophren machende Dynamik ergeben könnten. Z. B. kann die Ambivalenz der Eltern, die Kinder sowohl symbiotisch an sich zu binden als auch den Kontakt zu ihnen abzuwehren, unterschiedlich in die Ich-Funktionen des Kindes involviert sein. Das Kind kann z. B. für intellektuelle oder sportliche oder musische Interessen aus der Symbiose freigegeben werden, obwohl sonst ein unbewußtes Kontaktverbot gegenüber Beziehungen zu anderen Menschen besteht.

Was geschieht in Familiengruppen, in denen man von schizophren-machenden Aspekten oder Tendenzen sprechen kann? Aufgrund unserer in Kinder- und Elterngruppen gewonnenen Direktbeobachtungen und Erfahrungen – sie werden unterstützt durch die Arbeit in den Supervisionsgruppen, durch die von Eltern und Erziehern angefertigten Protokolle und Berichte, durch die Lebensläufe der Eltern über ihre Kinder, durch soziometrische Messungen sowie testpsychologische Untersuchungen und die von Kindern gemalten Bilder – können wir folgende Grundzüge feststellen, die

166 Gisela Ammon

zur Entwicklung schizophrener Persönlichkeitsanteile beitragen würden: Das alle Grundzüge umfassende gruppendynamische Basisgeschehen ist die Tatsache, daß Kinder und Familienmitglieder symbiotisch aufeinander angewiesen und voneinander abhängig sind und in dieser symbiotischen Situation verharren. Äußere Trennung und innere Abgrenzung können nicht vollzogen werden, weil dies den realen psychischen Zusammenbruch eines oder mehrerer Familienmitglieder bedeuten würde (Günter Ammon, 1981).

Zur Aufrechterhaltung der lebensnotwendigen Symbiose werden verschiedene Mittel eingesetzt: Es werden Außenkontakte verboten, weil diese die Forderung nach Umstrukturierung der Symbiose und Auseinandersetzung mit der symbiotischen Situation mit sich bringen würden, was wiederum als Bedrohung der Existenz der einzelnen Familienmitglieder bzw. ihrer Symbiosen erlebt wird.

Innerhalb der Familie werden die Bedürfnisse nach sozialenergetischem Kontakt mittels des bekannten double-bind-Mechanismus (Weakland, 1969) reguliert. Besonders die Kinder erfahren hierdurch die ambivalente Gleichzeitigkeit von Zuwendung und Abneigung, verbunden mit dem unausgesprochenen Verbot, diesen ambivalenten Widerspruch in Frage stellen zu dürfen.

Bei der Äußerung von Bedürfnissen und Gefühlen reagieren wichtige oder alle erwachsenen Familienmitglieder untereinander oder auf die Kinder durch den ebenfalls bekannten Gummizaun-Mechanismus (Wynne, 1958), d. h. das schweigende Ausweichen allen Kontaktversuchen gegenüber, die permanente, undifferenzierte und fassadenhafte, scheinbare Freundlichkeit als Reaktion auch auf Äußerungen von Ärger und Wut, was sich äußert in den nicht zu öffnenden, scheinbar endlos dehnbaren Gummigrenzen der Familiengruppe und ihrer Mitglieder.

Zu den schizophren-machenden Aspekten gehören Wahrnehmungsverbote, z. B. in Form bestimmter Auffassungen und Beurteilungen von anderen Menschen und Situationen, die einer festgelegten Familienideologie folgen, die nicht in Frage gestellt und korrigiert werden darf. Derartige Familienideologien haben ebenfalls die Funktion, die Symbiose zu fixieren. Eigenständige Erfahrungen und Auffassungen werden als Gefährdungen der Familie erlebt und verhindert, besonders durch Uminterpretation von Ereignissen und Situationen durch die Erwachsenen, durch Verleugnen, Verschweigen und Belügen, wodurch die Wahrnehmungen des Kindes genichtet werden.

Was bei dem existentiellen Interesse der Familie, die Symbiose aufrecht zu erhalten, erstaunt, ist, daß diese Symbiose immer auch eine extrem angstmachende Situation für alle Familienmitglieder darstellt. Besonders sind die Kinder immer der Bedrohung ausgesetzt, durch Störung der Symbiose von allen Erwachsenen verlassen zu werden. So haben die Kinder immer wieder erleben müssen, daß der Vater oder die Mutter oder auch eines der Geschwister körperlich schwer erkrankte, wenn Familienkonflikte anstanden. Sie

haben auch erleben müssen, daß diese Krankheiten lebensbedrohlich werden konnten oder mußten Selbstmorddrohungen bzw. Selbstmordversuche in der Familie miterleben. Häufig finden wir auch die Drohung, das Kind aus dem Haus bzw. in ein Heim zu geben. Hinzu kommt das Klima einer ständigen Vorwurfshaltung, und daß dem Kind das Gefühl vermittelt wird, daß es selbst an all den bedrohlichen Umständen schuld sei.

Ergebnis dieses extremen Widerspruchs von Festgehaltensein in einer auseinandersetzungslosen Symbiose einerseits und Bedrohung durch Verlassenund Vernichtetwerden andererseits ist, daß Kinder aus solchen Familien eine extrem ambivalente Gefühlsunsicherheit verinnerlicht haben. Wir beobachten in unseren Kindergruppen, daß sie Kontakt- oder Spielangebote fliehen oder zerstören und daß sie Forderungen nach eigenständigem Fühlen und Handeln als Verlassenwerden erleben. Dies sind frühe Äußerungsformen der in der psychotischen Ich-Struktur des späteren Patienten verankerten Ambivalenz.

Wichtig erscheint mir an dieser Stelle auch ein weiterer gruppendynamischer Gesichtspunkt in Familien mit schizophren machenden Tendenzen. Es ist der Grundzug der Idealisierung der Familienmitglieder untereinander. Die erwachsenen Familienmitglieder formen sich ein ideales Bild von ihrem Kind und stellen nur zu diesem Bild Beziehungen und Kommunikation her. In dieses Bild gehen die unerfüllten Bedürfnisse der Eltern ein. Von seiten der Erwachsenen besteht dem Kind gegenüber ein Wahrnehmungsverbot, in seiner realen Lebenssituation wird es übergangen und ist somit verlassen, wenn auch nicht losgelassen aus der Symbiose. Hierbei handelt es sich um ein projektives Geschehen, in welchem unerfüllte Wünsche der Eltern im Kind Gesalt annehmen sollen. Hierdurch ist das Kind gezwungen, zu sein, wie das Idealbild von ihm verlangt. Die erwachsenen Familienmitglieder sind in dieser Erwartung gegenüber den Kindern außerordentlich autoritär, andererseits verführerisch, indem sie eine phantastische Zauber- und Märchenwelt an die Stelle der sie ständig kränkenden Realität setzen. Die Kinder sind hingerissen von dieser schönen Welt der Eltern, auch die die Familie umgebenden Menschen, Nachbarn, Freunde, Berufskollegen sind fasziniert. Immer machen diese Eltern nach außen hin den Eindruck, "perfekte" Eltern zu sein.

Die Folge hiervon ist, daß Konfliktstoff vermieden werden muß. Die Eigenständigkeit und Realität der Wahrnehmung, die Äußerung von Bedürfnissen und Gefühlen der Kinder, kommen einer tiefgreifenden Kränkung und Verletzung der Erwachsenen gleich. Bei sich anbahnenden Konflikten werden deshalb in diesen Familien die möglichen Konfliktstoffe überprotektiv beseitigt. Die Erwachsenen regulieren und kontrollieren alles und versuchen so, notwendige Auseinandersetzungen zu vermeiden. Diese, der Aufrechterhaltung der Familiensymbiose dienenden Verhaltensweisen, sind allein an den pathologisch verformten Bedürfnissen der Erwachsenen orientiert. Sie dienen einem Schein von Selbstwertgefühl der Erwachsenen, geben

168 Gisela Ammon

ihnen die Scheinidentität verantwortungsvoller Eltern, die sich um die Kinder zu sorgen und sich ihnen zuzuwenden scheinen. So dienen sie einer Illusion der Erfüllung sozialenergetischer Defizite.

Ergebnis des soeben Ausgeführten ist, daß eine Anzahl von Ich-Funktionen der Kinder nur rudimentär entwickelt werden, da die Ich-Struktur eben nur in realer Auseinandersetzung wachsen kann. Die ich-strukturellen Defizite betreffen vor allem das zentrale Ich. An den Kindern, die vornehmlich in einer Gruppendynamik von sogenannten Kind-Müttern aufgewachsen sind, wird sichtbar, daß all jene Ich-Funktionen – insbesondere die des sekundären Ich – hoch entwickelt sind, die die eigene kindliche Mutter ausbeuterisch als Hilfs-Ich-Funktionen für sich selbst benötigt hat.

Jenseits der schizophren machenden Tendenzen sind die Kinder dieser Familien – wie es sich in der Kindergartengruppe darstellt – passiv und von angepaßter Liebheit. Bei kleinsten Anforderungen und notwendigen Auseinandersetzungen reagieren sie destruktiv-aggressiv mit Wutausbrüchen, als hätte man sie mißhandelt, oder auch durch autistischen Rückzug und mit einer breiten Skala von Verweigerungsaktionen, wie z. B. Schwachsinnig-Spielen, Nichthören, Nichtsehen, Nichtsprechen, Ignorieren oder Weglaufen.

Wir haben verstehen gelernt, daß in Gruppen, in denen nicht auf Bedürfnisse, Interessen und Gefühle eingegangen wird, wo es an jeglicher Hilfe bei Ängsten fehlt, die lebensnotwendig erforderliche Sozialenergie verweigert wird. In unseren Kindergruppen können wir das unterschiedlich große Ausmaß der sozialenergetischen Kraft beobachten, über das ein Kind verfügt. Sozialenergetisch verarmte Kinder sind resignativ, sie erwarten z. B. von ihren Eltern an Zuwendung kaum noch etwas anderes als Essen und Geschenke. Dort, wo es um die Äußerung von Spielphantasien, das Erfinden von Spielen und gemeinsamen Projekten geht, sind diese Kinder auffallend dürftig und inhaltsarm, wenn sie auch andererseits differenziert sind in ihrer Phantasie, solange ihre autistische Welt ungestört erhalten bleiben kann. Als ein diagnostisches Kriterium für fehlende Sozialenergie müssen wir auch die oben genannten kontaktabwehrenden Verhaltensweisen wie Schweigen, Nichthören und Weglaufen werten.

Ein weiteres Kriterium ist die Art und Weise, wie die Kinder auf Anforderungen reagieren. Kinder, die den Tendenzen einer schizophren machenden Gruppendynamik ausgesetzt sind, verlangen, daß keine Anforderungen an sie gestellt werden, daß sie im Gegenteil dauernd bemuttert und verwöhnt werden, daß man alle Konflikte und Anlässe zur Auseinandersetzung für sie beseitigt.

Um das bisher Gesagte zu verdeutlichen, will ich an dieser Stelle das Beispiel eines Kindes anführen, dessen Kindheit durch ständige, für es uneinfühlbare Kontaktabbrüche bestimmt war.

Claudia lebte bis zu ihrem fünften Lebensjahr in Frankreich, ihren Vater sowie auch ihren Stiefvater verlor sie durch tragische tödliche Unfälle. Hinzu kam, daß die Mutter das Land verließ und mit ihrem Kind nach Deutschland zurückkehrte. Kurz danach erkrankte sie lebensgefährlich und lag für mehrere Monate im Krankenhaus. Claudia wurde von einer Sozialarbeiterin bei einer ihr und ihrer Mutter unbekannten Pflegefamilie untergebracht.

Im Alter von sechs Jahren kam Claudia zu uns in den Kindergarten. Der Schulpsychologe hatte sie nach dreimonatiger Schulzeit als nicht schulreif vom Unterricht zurückstellen lassen und den Kontakt zum Psychoanalytischen Kindergarten vermittelt. Claudia lebte in einer ziemlich abgeschlossenen Phantasiewelt; die Realität des Kindergartens nahm sie nicht wahr. Sie hatte zwar ein großes verbales Mitteilungsbedürfnis, konnte jedoch nur aus ihrer Phantasie- und Märchenwelt erzählen.

Es schien, als hätte sie nie Erlebnisse mit anderen Menschen gehabt, sich nie in einer Welt realer Ereignisse bewegt. Auffällig war, daß sie so tat, als habe sie nie französisch sprechen gelernt, obwohl sie diese Sprache bis zum fünften Lebensjahr ausschließlich gesprochen hatte. Auf direkte Anforderungen oder Kontaktangebote von Kindern bzw. Erziehern reagierte Claudia wütend, blitzschnell fegte sie Spielsachen, Geschirr und Bücher vom Tisch, sprang unvermittelt über Tische und Stühle, lachte, schrie, kreischte und hampelte ziellos herum.

In der Elterngruppe wurde die extreme Kontaktangst und Einsamkeit der Mutter spürbar. Immer wieder setzte sie ihre eigene Suizidalität in Szene und die Elterngruppe war ständig in Sorge um sie. Sie wurde entlastet, bekam Hilfe in der Betreuung ihrer Tochter angeboten. Auch Claudia begab sich oft in extrem gefährliche Situationen. So konnte sie sich plötzlich von der Hand der Mutter losreißen, über die Straße laufen, ohne auf den Verkehr zu achten oder aber sich selbst und andere Kinder verletzen, indem sie z. B. Bauklötze durch die Gegend warf oder andere Kinder vom Stuhl stieß.

Claudia war die einzige und engste Bezugsperson ihrer Mutter, beide lebten auf engem Raum zusammen. Sobald Claudia ihr Recht auf Zuwendung und nach Kontakt forderte und deshalb u. U. die Mutter, die emotional immer abwesend war, durch Nörgeln und Quängeln terrorisierte, um dadurch dennoch ihre Zuwendung zu erhalten, schob die Mutter sie in ihr Zimmer und sperrte sie sogar ein, um ungestört ihrer Hausfrauentätigkeit nachgehen zu können.

Trotz der häufig für Kinder, Erzieher und auch die Elterngruppe schwer erträglichen Anfangssituation gelang es dennoch, daß Claudia allmählich Vertrauen bekam und mehr und mehr Kontakte zulassen konnte. Wir waren uns darin einig, daß Claudia sich nach einem Jahr aus einem "struppigen Teufel" in ein "liebenswertes Mädchen" verwandelt hatte. Ein erneuter Schuleintritt war auf den verschiedenen Gruppenebenen vorbereitet, Claudia sollte mit sechs anderen Kindern ihrer Gruppe gemeinsam in dieselbe Klasse eingeschult werden. Plötzlich fehlte sie am ersten Schultag unvermittelt.

Bei Nachforschungen stellte sich heraus, daß die Mutter sich in der Nacht entschlossen hatte, ihr Kind in ein Internat zu bringen und schon im Zug saß, um ihre Tochter dort abzugeben. Mit keinem Menschen hatte sie dar- über gesprochen. Die Mutter nahm auf diese Weise ihrer Tochter die Kindergruppe und alles ihr Bedeutsame und Wichtige erneut weg und stieß sie noch dazu von sich, indem sie sie einer unbekannten, Angst machenden Situation auslieferte und noch am selben Tag im Internat allein zurückließ.

Was wir am Beispiel von Claudia studieren können, sind einmal die pathologisch gewordenen Reaktionen, bei denen Claudia versucht, die abrupten für sie uneinfühlbaren Kontaktabbrüche zu bewältigen - die tödlichen Unfälle der Väter, das Fortgehen aus Frankreich, das Eingesperrtwerden in ein Zimmer während der Hausarbeit der Mutter usw. Zum anderen ist es das Verhalten der Mutter, die alles daransetzt, Claudia symbiotisch an sich zu binden. Wir haben das mehrfach tragische Zerschlagen der Ansätze zu beginnenden symbiotischen Beziehungen in Claudias Leben als Kontaktverbote der Mutter zu verstehen, die alleiniger Symbiosepartner der Tochter bleiben wollte. Zugrunde lagen offenbar schwerste existentielle Ängste der Mutter, die selber im zweifachen Tod der Ehepartner eine Bestätigung ihrer eigenen Verlassenheits- und Todesangst erleben mußte. Claudia versuchte sich durch autistische Phantasien einerseits und die diffus ausagierten Aggressionen gegenüber realen Kontaktanforderungen andererseits gegen die klammernde Symbiose der Mutter zur Wehr zu setzen. Die autistische Phantasiewelt und destruktiv ausagierte Aggressionen sind die beiden Formen akut psychotischen Reagierens, die wir auch bei unseren erwachsenen Patienten mit psychotischer Ich-Struktur durchgehend feststellen können.

Welch tiefgreifende Beängstigung der Mutter durch die wachsenden Beziehungen der Tochter zu den Kindern und Erziehern ihrer Gruppe im Kindergarten entstanden ist, läßt sich daran ermessen, daß die Mutter, um die Auseinandersetzung mit den Bedürfnissen, den neuen Interessen und Gefühlen ihrer Tochter zu vermeiden, diese schließlich abrupt aus der Kindergruppe herausnahm. Um die daraus resultierende große Wut der Tochter darüber ebenfalls zu umgehen, brachte sie sie in das Internat. Wir müssen davon ausgehen, daß ein solchermaßen in die Verlassenheits- und Todesangst zurückgestoßenes Kind in der Folge jegliche Aggression vermeiden wird, um wieder in die Symbiose mit der Mutter aufgenommen zu werden. Es kommt auf diese Weise zu einem gruppendynamisch erzwungenen Angepaßtsein an die symbiotischen Erwartungen der Mutter und an die schizophren-machende Situation.

Ich-strukturell ergeben sich hieraus folgende Konsequenzen: Die Ich-Funktion der konstruktiven Aggression ist destruktiv deformiert, die Angst ebenfalls destruktiv. Beiden Ich-Funktionen fehlt die Regulationskraft, das bedeutet, daß diese wichtigen Ich-Funktionen des zentralen Ich dysregulativ die gesamte Ich-Struktur immer dann zerschlagen, wenn reale Kontakte und Identitätsanforderungen anstehen.

Mit dem nun folgenden Beispiel möchte ich die lebensverbietende Symbiose verdeutlichen:

Amalie war ein agiles, kräftiges Kind mit gedrungenem Körperbau, jedoch redegewandt und bereit, jeden, der ihr begegnet, besonders aber alte Damen in ein Gespräch zu verwickeln. Auffällig war von Anfang an, seit sie in unserem Kindergarten war, ihre große Eßlust. In ihrer Kindergruppe gelang es ihr immer wieder, andere Kinder zu kommandieren und die gesamte Gruppe zu dominieren. Durch ihre Redegewandtheit und altkluge Mitteilungen versuchte sie, bei den Kindern ebenso wie bei den Erwachsenen Kontakt auf einer verbalen Ebene herzustellen und im Mittelpunkt zu stehen. Zunehmend häufiger waren die Kinder jedoch nicht bereit, Amalies Verhalten zu tolerieren. Amalie war bei entsprechender Ablehnung völlig hilflos, schrie verzweifelt und zog sich dann in einen Winkel zurück und begann zu onanieren. Es wurde bald deutlich, daß Amalie sich von niemandem, sei es von Erziehern oder von Kindern, trösten lassen konnte, wenn sie so verzweifelt schrie und ausschließlich nach der Mutter verlangte. Sowohl in der Erziehergruppe als auch in der Elterngruppe war Amalie immer wieder Thema der Auseinandersetzung, die jedoch ergebnislos blieb. Man konnte Amalie nicht verstehen. Auch die Mutter konnte zum Verständnis ihres Kindes nichts beitragen.

Eines Tages machte eine der Erzieherinnen die Entdeckung, daß die Mutter ihre Tochter zum Stillen an die Brust gelegt hatte, sie im Arm hielt als sei sie noch ein Säugling. Amalie war inzwischen dreieinhalb Jahre alt. Als die erstaunte Erzieherin dieses Erlebnis in der Supervisionsgruppe erzählte, begann über Amalies Verhalten ein Prozeß der Aufklärung. Der Hintergrund war, daß die Mutter ihr erstes Kind unehelich geboren, abgelehnt, vernachlässigt und sogar mißhandelt hatte. Zur Zeit der Geburt des ersten Kindes, eines Sohnes, war sie noch Studentin und gab der Existenz ihres Sohnes alle Schuld an ihrer Unfähigkeit, ihr Studium zu bewältigen. Sie lebte damals in einem Studentenheim, wo sie das Kind in einem Laufställchen untergebracht hatte und es als einzige Fürsorge mit Nahrung und mit notdürftiger Körperpflege versorgte.

Eine Art von emotionalem Kontakt hatte das Kind nur, wenn zufällig Mitbewohnerinnen des Heimes das Kind im Zimmer, in der Cafeteria oder auf der Wiese passager tätschelten und mit ihm sprachen. Amalies Mutter war selbst in ihrer eigenen Kindheit von der Mutter mißhandelt worden. Diese zerkratzte ihr das Gesicht, bis es blutete, wenn sie wütend war über das schreiende Kind. Das gleiche tat sie mit Amalies Bruder, wenn sie sich durch sein Schreien belästigt fühlte.

Amalie, zehn Jahre jünger als ihr Bruder, war nach den Worten der Mutter ganz im Gegensatz zu ihrem Sohn ein Wunschkind. Geschieden von ihrem ersten Ehemann und neu verheiratet, wollte sie an Amalie alle früheren Fehler wiedergutmachen.

Wir konnten nach diesen Informationen, die die Mutter lange Zeit nicht

172 Gisela Ammon

in die Elternarbeit einbringen konnte, verstehen, daß Amalie in einer arretierten Symbiose mit der Mutter festgehalten wurde. Amalie, die durch ihr redegewandtes Verhalten kontaktfreudig schien, war in Wirklichkeit an jeglichen Kontakten, außer denen zu ihrer Mutter, gehindert.

An Amalie kann man m. E. gut erkennen, wie lebensverbietend eine Symbiose sein kann, wenn sie in erster Linie den Ich-Defiziten der Mutter dient. Wir müssen hier Mißhandlung und arretierende Symbiose als zu einem psychodynamischen Zusammenhang gehörig verstehen. Günter Ammon (1979) hat gezeigt, welch große Verlassenheitsängste Kinder mit ihren Bedürfnissen bei solchen Eltern auslösen können, die selbst verlassene und mißhandelte Kinder waren. Die unbewußte Erwartung an die eigenen Kinder ist die, volle Erfüllung der in der eigenen Kindheit verwehrten symbiotischen Bedürfnissen zu erhalten. Mit ihrer Tochter hatte sich die Mutter diese symbiotischen Wünsche endlich zu erfüllen gesucht, während sie bei ihrem ersten Kind diese enttäuschten Erwartungen durch destruktive Wut beantwortete.

Als schizophren-machende Tendenz müssen wir in diesem Fall die symbiotische Vereinnahmung des Kindes sehen, aus der die Mutter es nur in einigen ich-funktionalen Teilbereichen freilassen konnte, die zudem nur als pseudokonstruktiv bewertet werden müssen: das kluge Reden, die körperliche Pseudo-Aktivität und die pseudokonstruktive Aggression durch herrschsüchtiges Verhalten.

In den geschilderten Beispielen von Claudia und Amalie mußten die Kinder auch deswegen Symbiosepartner bleiben, weil die Mütter bzw. Väter nicht zu tragenden Partnerschaften oder Beziehungen fähig waren. Natürlich müssen die symbiotischen "Partnerschaften" zu den Kindern die Eltern immer wieder enttäuschen, denn kein Kind kann die ursprünglichen Identitätsbedürfnisse völlig verleugnen und real die Ehepartner ersetzen. Die Identitätsbedürfnisse der Kinder bleiben ständiger virulenter oder destruktiv-offener Konfliktstoff. Die Eltern werden ihre Enttäuschung hierüber immer wieder an den Kindern festmachen bzw. auslassen, wodurch diese in einem Klima von Schuldgefühlen aufwachsen müssen.

Für die präventive ich-strukturelle Arbeit habe ich auszugehen von unserer Erkenntnis, daß Menschen sich genuin in Gruppen entwickeln und daß an den Grenzen von Individuum und Gruppe die Persönlichkeit, die Identität und die einzelnen Ich-Funktionen entstehen und Gestalt annehmen. Die klinische Arbeit Günter Ammons und seiner Schule, unsere nicht-therapeutische gruppendynamische Arbeit und auch meine Konzeption der ichstrukturellen Prävention folgen dieser Erkenntnis.

Dies bedeutet:

1. Die Gruppe ist das sozialenergetische Feld des Kindes, wie Günter Ammon es bezeichnet, aus dem ihm die Funktionskraft der einzelnen Ich-Funktionen erwächst. Sozialenergie entspringt emotionaler direkter Auseinandersetzung.

- 2. Die Gruppe ist auch das Feld der Gestaltung der einzelnen Ich-Funktionen und der Persönlichkeit. Sie gewährleistet dies dann, wenn sie nicht psychisch tot, sondern vielmehr ereignisreich, kreativ und lebendig ist, wenn Bedeutsames und Wichtiges in ihr geschieht, das ernst genommen wird.
- 3. Die Gruppe ist ein mütterlicher Ort, wo Schutz und Vertrauen hergestellt werden müssen, damit Krisen, Aggressionen, Verzweiflung und auch Todesangst nicht verleugnet, sondern angenommen und verstanden werden und ihren Platz finden können.
- 4. Die Gruppe stellt auch die lebensnotwendigen Hilfs-Ich-Funktionen zur Verfügung. Unter Hilfs-Ich-Funktionen verstehen wir die Ich-Anteile, die von anderen Gruppenmitgliedern getragen werden, ehe sie strukturell verinnerlicht bzw. aufgebaut sind.
- 5. Die Gruppe artikuliert die Identitätsforderungen an die Kinder, d. h. fordert sie heraus, die Ich-Potentiale und ihre Persönlichkeit zu entwikkeln. Dies leistet sie dann, wenn sie als Gruppe selbst erweiterungsfähig ist und die Gruppengrenzen flexibel regulieren kann, so daß die Gruppe auch die Dimension der Entwicklungsmöglichkeiten einschließt und die Prozesse ihrer Realisierung zu tragen, zu schützen und zu fördern vermag.
- 6. Zu jeder Gruppe gehören die von uns gruppendynamisch verstandenen Prozesse der Wahrnehmung und der direkten emotionalen Auseinandersetzung. Für unsere präventive Arbeit haben sie einen wesentlichen methodischen Stellenwert.

Größere Gruppen sind ihrer Tendenz nach positiver zu bewerten als kleine Gruppen, die über lange Zeit zusammenleben, da größere Gruppen ein umfangreicheres Potential an differenzierter Bewegung und Veränderung und daraus resultierender Notwendigkeit zur ich-strukturellen Veränderung der einzelnen Gruppenmitglieder haben.

Das veränderungslose Verharren in einer symbiotischen Gruppendynamik stellt auch immer einen Nährboden für schizophren-machende Tendenzen bereit. Eine präventive Arbeit sollte daher m. E. in erster Linie die Kleinfamilie durch andere Menschen ergänzen, die zu ihr emotionale und existentielle Beziehungen aufnehmen.

Wir können in unserer Kindergartenarbeit auf Schritt und Tritt erleben, wie die verschiedenen Gruppen im Kindergarten – Kinder-, Eltern- und Erziehergruppen – für jedes einzelne Kind psychodynamisch wirksam werden, die Kraft jeder Gruppe allen Kindern zugute kommt. Die größere Vielfalt an Erlebnisweisen, bedeutsamen Inhalten, Identifikationsangeboten, Wahrnehmungs- und Sichtweisen bedeutet für jedes einzelne Kind ein erweitertes gruppendynamisches Feld von Entwicklungsmöglichkeiten. Die Differenziertheit und Vielfalt des Erlebens sowohl als auch die dynamische Intensität des Geschehens spielen hier eine wichtige Rolle. Die Gruppendynamik der Kleinfamilie ist gewissermaßen aus ihrer Fixierung herausgelöst und wird in

174 Gisela Ammon

ein größeres gruppendynamisches Umfeld eingebettet. Pathogene Einflüsse von Vätern und Müttern können dadurch relativiert werden in ihrem Gewicht. Der in der schizophren machenden Familie zu verzeichnende Aspekt des Kontaktverbotes nach außen wird aufgehoben und infrage gestellt. Die kontaktabwehrenden, bereits auf dem Wege der ich-strukturellen Verinnerlichung befindlichen Verhaltensweisen werden Stoff von Konflikt und Auseinandersetzung in den Kinder-, Eltern- und Erziehergruppen. M. E. kommt es in der präventiven Arbeit u. a. auch darauf an, daß die scheinbar nicht konflikthaften pathologischen gruppendynamischen Tendenzen konflikthaft gemacht werden. Darin, daß sie scheinbar nicht konflikthaft sind, sehe ich einen entscheidenden Anteil ihrer pathogenen Wirksamkeit.

Eltern, die im Sinne des "Gummizauns" aus eigener Lebens- und Kontaktangst sich besonders dann gegen andere Menschen abschirmen, wenn es um die Belange der eigenen Kinder geht, werden in ihrer Elterngruppe erleben, daß sie durch ihre Emotionsleere und Standpunktlosigkeit affektive Empörung bei den Mitgliedern der Elterngruppe auslösen. Die anderen Eltern werden besonders deswegen wütend, weil sie spüren, daß sie nicht ernstgenommen werden, sondern verrückt gemacht werden sollen. Wenn es auch nicht Aufgabe einer Elterngruppe ist, im Sinne einer nachholenden Ich-Entwicklung therapeutisch mit den Eltern zu arbeiten, so ist sie doch Spiegel und Reflex der eigenen Verhaltensweisen und von allergrößtem Wert für die Wahrnehmung der eigenen Kinder, die im Unterschied zur Elterngruppe häufig nur indirekt und verschlüsselt auf den "Gummizaun" reagieren können.

Wir kennen alle den Begriff der sogenannten Uneinfühlbarkeit, den die herkömmliche Psychiatrie geprägt hat, um das schizophrene Verhalten zu kennzeichnen. M. E. ist er ein Wesenszug einer krankmachenden Familiendynamik und bedeutet nichts weiter, als daß die Kinder nicht "eingefühlt", d. h. nicht verstanden worden sind. Angstmachende, nicht verstandene Erlebnisse wurden Kindern nicht als verstehbar vermittelt, sondern das Kind wurde diesen Erlebnissen hilflos überlassen. Dieses Nicht-Verstanden-Werden äußert sich dann beim erwachsenen Patienten im scheinbar nicht verstehbaren Symptom. Kindergruppen sind deshalb immer wieder der Ort, wo Erzieher und häufig auch die Kinder verständnis- und fassungslos panische Angst, scheinbar unmotiviert destruktive Aggression oder eine große, offenbar tief sitzende existentielle Verzweiflung eines Kindes erleben.

In der Gegenübertragung erleben Erzieher Kränkung oder Wut, verbunden mit Nicht-Verstehen-Können, was häufig große Beunruhigung auslöst. Genau an dieser Stelle setzt präventives Arbeiten an. Sorge und Unruhe der Erzieher sind die ersten Signale, die ein Kind unter diesen Umständen zu äußern vermag. Sie setzen eine Kette von Fragen und Forderungen nach Auseinandersetzung in Gang, die sehr schnell auch die Elterngruppe und die Eltern des Kindes erreichen.

Gravierende gruppendynamische Vorgänge pflegen sich in dieser Art zu

öffnen und zugänglich zu werden. Todes- und Vernichtungsängste eines Kindes können plötzlich oder allmählich verstanden werden als die unbewußten Suiziddrohungen der Eltern oder eines der Elternteile, als Drohung, das Kind aus der Kindergruppe zu nehmen, weil es sich aggressiv verhält, oder als die unverstandenen Gefühle einer Familie, in der sich Autounfälle häufen oder verursacht durch die schwere psychosomatische Krankheit eines Elternteiles, die immer wieder zu Krankenhausaufenthalten oder Operationen Anlaß geben.

Ein von den Eltern übermäßig idealisiertes Kind wird, solange dieser gruppendynamische Mechanismus nicht aufgelöst werden konnte, alle Vorgänge in der Kindergruppe als kränkend erleben und abweisen. Es wird unbewußt danach trachten, sich die idealisierende Pseudo-Zuwendung der Eltern zu erhalten und den Eltern immer wieder mitzuteilen, daß es sich in der Kindergruppe nicht wohlfühlt. Die Eltern, die meist zu Beginn die anderen Kinder durch Fürsorglichkeit, Interesse an den Kindern und ein schwer zu durchschauendes perfektes Elterntum beeindrucken, werden sich immer zu Sprechern der Sorgen der Kinder ihrer Kindergruppe machen. Der Mechanismus der Idealisierung wird allein dadurch in Frage gestellt, wenn die Elterngruppe bemerkt, daß die Wahrnehmung der Eltern des Kindes mit der Wahrnehmung der anderen Eltern und Erzieher in diametralem Gegensatz steht. Auch kann ein Kind durch seine Außenseiterrolle, durch destruktives Gruppenverhalten oder dadurch, daß es sich immer wieder zum Sündenbock macht, auf seine emotionale Verlassenheit aufmerksam machen.

Präventive Arbeit heißt, in die ursprüngliche Entwicklung der Ich-Struktur von Kindern einzugreifen. Die erste Lebensgruppe eines Menschen als das gruppendynamische und sozialenergetische wichtigste Entwicklungsfeld hat allen Anspruch darauf, erforscht zu werden. Diese, das ganze Leben eines Menschen prägende psychische Entwicklung sollte mit allen uns zur Verfügung stehenden Erkenntnissen über die Ich-Strukturbildung und Gruppendynamik des Unbewußten beachtet werden.

Es war nicht die Absicht in dieser Arbeit, schizophren reagierende Familien und Kinder zu beschreiben, sondern vielmehr einzelne Tendenzen aufzuzeigen, die, wenn sie konzentriert in einer Familiengruppe bei entsprechendem somatischen Entgegenkommen auftreten, zu einer Schizophrenie führen könnten.

Prävention ist nach unserer Auffassung das zur Verfügung-Stellen gesunder, konstruktiver Lebensgruppen für Kinder und ihre Entwicklung. Prävention erfordert Diagnostik und Forschung. Auch Diagnostik und Forschung sind m. E. nicht zu trennen. Konstruktive Gruppendynamiken sind per se ich-strukturelle Forschungsfelder. Der einem Kind und seiner Familie adäquaten Auseinandersetzung und präventiver Hilfe geht das Bedürfnis nach Verstehen-Wollen und Kontakt voraus. Nichts anderes kann die Basis von Diagnostik und wissenschaftlicher Erkenntnis sein, wenn wir nahe an den wirklichen, häufig verschütteten und verunstalteten Bedürfnissen von

176 Gisela Ammon

Menschen, besonders auch Kindern Erkenntnisse sammeln wollen. Das Verstehen-Wollen ist eines der wichtigsten Kennzeichen lebendiger Gruppen, sowie auch die Wurzel echter wissenschaftlicher Gruppen- und Entwicklungsforschung, wie sie nach unserer Konzeption der Dynamischen Psychiatrie verstanden wird.

Preventive Work in Psychoanalytical Kindergardens - Diagnosing Aspects Causing Schizophrenia in Family Groups

Gisela Ammon, Berlin

In the preventive field of a Psychoanalytical Kindergarden the author introduces her conception of diagnosing schizophrenia causing tendencies in family groups of early childhood. As result of her longstanding work and research with groups of children and parents she differentiates between schizophrenogenic families and such family groups where some aspects or tendencies causing schizophrenia can be observed. The author discusses some significant groupdynamical and ego structural facts of behaviour patterns in family groups which, if accumulated all together, evoke schizophrenic reactions with high probability. Of importance is:

1. The contact prohibiting symbiosis, which is so strong that leaving this symbiosis produces a psychic breakdown of one or more members of this family. The prohibition of contact outside the family has the function to prevent this psychic breakdown.

2. The well-known double-bind mechanism can be regulated by social ener-

getic needs.

3. Also the rubber-fence-mechanism prevents that children perceive their parents and siblings as different human beings so that ego demarcation will not be allowed to grow.

4. Children's observations which do not correspond with the so called ideology of family are concealed by prohibition of perception. This can be done by means of denying, suppressing and lying but always includes the unconscious threat to lose the rudimentary contact with the family.

5. A climate of anxiety and fear of death connected with a continous behavior causing guilt feeling forces the children to cooperate with the parents' demands. The children consider themselves guilty of severe illnesses of the family or also of death.

6. There exists an insecurity of feelings. Offers of contact and demands for independence entail the experience of abandonment of the child and have

to be refused.

7. The family members are idealizing each other, this has to be understood as a projective event where the incarnation of the parents' unfulfilled wishes takes place in the child. The parents have contact mostly with the ideal picture of their child but do not experience or feel the real one. Two brief case studies exemplify the family's group dynamic reflected at different group levels of the Psychoanalytical Kindergarden. Important events of children and parent's life history demonstrate schizophrenia generating tendencies. Aspects of life history and the actual "hic et nunc" situation are put into relationship. The author's findings are methodologically based on the group for supervision of Kindergarden co-workers and psychoanalytically trained parental worker - parents meet once a week in a group -, reports written by parents and Kindergarden co-workers, life history reports written by the parents of their children, sociometrical and testpsychological findings, also on paintings of the children.

Literatur

Ammon, Gisela (1969): Beobachtungen in einem Psychoanalytischen Kindergarten (Berlin: Pinel-Publikationen)

(1972): Psychosomatische Syndrome bei Kindern und ihre Aufhebung. Vortrag vor dem Psychotherapie-Institut der Ignatius-von-Loyola-Universität in Rom, 13. 10. 1972

 (1973): Vorstufen psychosomatischer Erkrankungen. In: Dyn. Psychiat. 6, 11–32
 (1976): Kindliche Borderline-Phänomene im Kindergarten. In: Dyn. Psychat. 9, 451–469 - (1978): Die Rolle der Prävention im kindlichen Spiel - Psychoanalytische Kindergärten innerhalb der Dynamischen Psychiatrie. In: Dyn. Psychiat. 11, 174-191

(1979): Präventive Maßnahmen - Psychoanalytische Kindergärten und Psychoanalytische Pädagogik. In: Ammon, Günter (Hrsg.) Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 1

(München: Ernst Reinhardt)

Ammon, Günter (1957): The Psychotherapeutic Process of a Painter with Schizophrenic Reaction, Demonstrated with Pictures. Proceedings 6, Convent. of Internat. M. Soc. F. psychol. Mexico-City, University

(1959): Theoretical Aspects of Milieutherapy. The Menninger School of Psychiatry, Topeka,

Cansas, USA (Berlin, 1977: Pinel-Publikationen)

- (1968): "The Schizophrenogenic Mother" in der Übertragung. In: Dyn. Psychiat. (1), 34 - (1969): Oralität, Identitätsdiffusion und weibliche Homosexualität. In: Dyn. Psychiat. (2), 63-82
- (1971 a): Auf dem Weg zu einer Psychotherapie der Schizophrenie I. In: Dyn. Psychiat. (4), 9-28
- (1971 b): Auf dem Weg zu einer Psychotherapie der Schizophrenie II. In: Dyn. Psychiat. (4),
- (1971 c): Auf dem Weg zu einer Psychotherapie der Schizophrenie III. In: Dyn. Psychiat. (4), 181-201
- (1972): Auf dem Weg zu einer Psychotherapie der Schizophrenie IV, Familiendynamik und Krankheitsgeschichte. In: Dyn. Psychiat. (5), 81-107
- (1973): Dynamische Psychiatrie Grundlagen und Probleme einer Reform der Psychiatrie. (Darmstadt: Luchterhand; München: Kindler)
- (1974): Was ist Psychoanalytische Therapie? In: Psychotherapie und medizinische Psychologie (5), 153-162
- (1975): Die Rolle des Körpers in der Psychoanalyse. In: Integrative Therapie 1, 58-76
- (1978): Das Verständnis eines Entwicklungsdefizits von Ich-Strukturen in Persönlichkeit und umgebender Gruppe als Grundlage für Wissenschaft und Praxis einer Dynamischen Psychiatrie. In: Dyn. Psychiat. (12), 120-140

178 Gisela Ammon

(1980): Ich-strukturelle und gruppendynamische Aspekte bei der Entstehung der Schizo-phrenie und deren Behandlungsmethodik. In: Dyn. Psychiat. (13), 429–450

u. Mitarb. v. Andreas von Wallenberg Pachaly (1979 b): Schizophrenie. In: Ammon, Günter (Hrsg.) Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. I (München: Ernst Reinhardt)

Ammon, Günter; Ammon, Gisela; Griepenstroh, Dörte (1981): Das Prinzip von Sozialenergie – gleitendes Spektrum und Regulation. In: Dyn. Psychiat. (14), 1-15

et al. (1979 a): Kindesmißhandlung (München: Kindler)

Bateson, Gregory et al. (1956): Toward a Theory of Schizophrenia, dt. Übers. in: Habermas, Jürgen et al. (Hrsg.) Schizophrenie und Familie (Frankfurt am Main, 1969: Suhrkamp) Fromm-Reichmann, Frieda (1950): Principles of Intensive Psychotherapie, dt. Übers. Intensive

Psychotherapie, Grundzüge und Technik (Stuttgart, 1959: Hippokrates)

Griepenstroh, Dörte; v. Wallenberg Pachaly, Andreas (1979): Das energetische Prinzip bei Freud und Ammon. In: Ammon, Günter (Hrsg.) Handbuch der Dynamischen Psychiatrie Bd. I (München: Ernst Reinhardt)

Haley, Jay (1969): Die Interaktion von Schizophrenen. In: Habermas, Jürgen et al. (Hrsg.)

Schizophrenie und Familie (Frankfurt am Main, 1969: Suhrkamp)

Jackson, Don D. (1960): A Critique on the Genetics of Schizophrenia, dt. Übers. Kritik der Literatur über die Erblichkeit von Schizophrenie. In: Habermas, Jürgen et al. Schizophrenie und Familie (Frankfurt am Main, 1969: Suhrkamp)

Laing, Ronald D. (1965): The Divided Self (London: Pelikan)

Lidz, Theodore et al. (1957): Marital Schism and Marital Skew, dt. Übers. Spaltung und Strukturverschiebung in der Éhe. In: Habermas, Jürgen et al. (Hrsg.) Schizophrenie und Familie (Frankfurt am Main, 1969: Suhrkamp)

Rosen, John N. (1962): Direct Psychoanalytic Psychiatry, dt. Übers. Psychotherapie der Psy-

chosen (Stuttgart, 1964: Hippokrates)

Searles, Hàrold F. (1969): Das Bestreben, den anderen verrückt zu machen – Ein Element in der Atiologie und Psychotherapie der Schizophrenie. In: Habermas, Jürgen et al. (Hrsg.) Schi-

Sullivan, H. S. (1962): Schizophrenia as a Human Process (New York: W. W. Norton)

Weakland, John H. (1969): "Double-Bind"-Hypothese und Dreier-Beziehung. In: Habermas,

Jürgen et al. (Hrsg.) Schizophrenia in as a Human Process (New York: W. W. Norton)

Weakland, John H. (1969): "Double-Bind"-Hypothese und Dreier-Beziehung. In: Habermas,

Jürgen et al. (Hrsg.) Schizophrenia as a Human Process (New York: W. W. Norton)

Wynne, Lyman C. et al. (1958): Pseudo-Mutuality in the Family Relations of Schizophrenics,

The Process of Committee of the Process of Schizophrenia Management (New York: W. W. Norton)

dt. Übers. Pseudo-Gemeinschaft in den Familienbeziehungen von Schizophrenen. In: Habermas, Jürgen et al. (Hrsg.) Schizophrenie und Familie (Frankfurt am Main, 1969: Suhr-

Anschrift der Autorin: Gisela Ammon Prinz-Friedrich-Leopold-Str. 21 1000 Berlin 38

Interpersonelle Pathologie in Familien mit schizophren reagierenden Kindern**

Béla Buda, Budapest*

Obwohl Freud und seine Nachfolger die schizophrene Erkrankung für nicht behandelbar hielten, ist aus der psychoanalytischen Wissenschaft das Bemühen um die Behandlung schizophren reagierender Patienten erwachsen. Der Autor referiert hierzu die wesentlichsten Auffassungen bekannter psychoanalytisch arbeitender Schizophrenietherapeuten sowie die kommunikationstheoretischen Konzepte. Beide Zweige sieht er als auf einem Wege der Entwicklung der alle diese Ansätze synthetisierenden Dynamischen Psychiatrie der Berliner Schule. In der Frage des therapeutischen Umgehens mit der Familie schizophren reagierender Patienten sieht Buda die aus der Dynamischen Psychiatrie erwachsene Veränderung in der Behandlung schizophren Erkrankter. Es wird nicht die Familie behandelt, sondern der einzelne kranke Mensch, wodurch allein der Therapeut andere Erfahrungen als die pathogenen Erfahrungen aus der Familiengruppe dem Patienten zur Verfügung stellen kann.

Obwohl Freud und die ersten Psychoanalytiker über die Schizophrenie ähnliche Ansichten hatten wie die anderen psychiatrischen und psychologischen Schulen ihrer Zeit, d. h. sie die Schizophrenie für prinzipiell uneinfühlbar, unverständlich und der analytischen Behandlung für nicht zugänglich hielten, hat die Psychoanalyse jedoch auch in ihren ersten Jahrzehnten zur Erklärung der Ätiologie der Schizophrenie sehr viel beigetragen. Das Konzept einer frühen, prägenitalen Ich-Schädigung bzw. Ich-Störung wurde schon durch die Klassiker der Psychoanalyse aufgeworfen, und die Ursache krankhafter Persönlichkeitsentwicklung in der Schizophrenie wurde in dem krankmachenden Einfluß der elterlichen Familie gesehen.

Die klassischen Theorien wurden dann in den vierziger und fünfziger Jahren unseres Jahrhunderts weiterentwickelt. Die britische Schule der Psychoanalyse (z. B. Klein, Mahler, Winnicott, Fairbairn, usw.) hoben die nicht hinreichende Trennung der schizophren reagierenden Persönlichkeit, bzw. die mangelnde Individuation hervor. Federn (1952) und andere haben festgestellt, daß der Kern der Schizophrenie auf die ungenügende Bildung und das ungenügende Funktionieren der Ich-Grenzen zurückzuführen ist. Andere amerikanische Psychoanalytiker haben die Übertragung mütterlicher Psychopathologie auf das Kind als den hauptsächlichen pathologischen Faktor bezeichnet.

Dieser letzte Gedanke ist das bekannte Konzept von der "schizophrenogenen Mutter", welches auch heute in der Literatur der Psychoanalyse, der Sozialpsychiatrie und der Schizophrenieforschung einen großen Widerhall findet.

Psychoanalyse (DAP), 8.-13. Dezember 1980, Kongreßzentrum München

^{*} Dr. med., Leiter der Abteilung für Psychotherapie, Nationalinstitut für Sportmedizin, Bu-dapest, Ungarn 1. Vizepräsident der World Association for Dynamic Psychiatry WADP, Chairman des ungarischen Zweiges der WADP

** Vortrag, gehalten auf dem XII. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für

180 Béla Buda

Später sind Theorien entstanden, die die Mechanismen der pathogenen Wirkung der Mutter komplex und ausführlich erklärt haben. Die kommunikationstheoretische Schule von Palo Alto (Bateson, 1972; Jackson, 1968; Haley, 1963; Watzlawick et al. 1967) hat das entscheidende pathogenetische Moment in der "double-bind"-Kommunikation der Eltern mit dem Kind und besonders der Mutter gesehen. Diese Kommunikationsart entwickelt eine überstarke Bindung des Kindes zu seinen Eltern oder zu seiner Mutter und bedeutet eine Zwickmühle oder Beziehungsfalle (wie die üblichen deutschen Übersetzungen des Ausdruckes "double-bind" lauten) und meint, daß das Kind sich nur solange angstfrei fühlen und im Gleichgewicht befinden kann, solange es unter der Kontrolle der Mutter und der Familie bleibt, und seine eigenen Wünsche und Strebungen nach Selbstständigkeit verdrängt und verneint.

Untersuchungen haben aber nicht bestätigt, daß die Mutter allein an der schizophrenen Entwicklung ihres Kindes schuld ist. Auch der Vater übt pathologische Wirkung aus (*Cheek* in: *Jackson*, 1968). Schon in den fünfziger Jahren gab es eine wachsende Anzahl von Forschern, die die ganze elterliche Familie schizophren reagierender Patienten als pathologisches System aufgefaßt haben. Die Forschungsgruppen von *Lidz* und *Wynne* haben dann darauf hingewiesen, daß die Familien der Schizophrenen eine wahnhafte Vorstellungswelt und ein entfremdetes, die Realität verleugnendes Normenund Wertsystem bilden, irreale Rollenverteilung verwirklichen möchten und eine so starke Bindung zwischen den Familienmitgliedern erreichen, daß eine Schädigung des kindlichen Ich unmöglich vermieden werden kann.

Diese Beobachtungen haben auch gezeigt, daß die Familien schizophren reagierender Kinder nicht nur ein pathogenetisches Sozialisationsmilieu entstehen lassen, sondern auch an der Aufrechterhaltung von pathologischen Verhaltensmanifestationen des schon erkrankten Kindes beteiligt sind. Das seelische Gleichgewicht der scheinbar gesunden Eltern hängt von der Pathologie des Kindes ab, die schizophrene Erkrankung eines Familienmitgliedes ist daher eine wichtige Bedingung des Funktionierens der Familie.

Diese Auffassungen wurden zum Anlaß familientherapeutischer Bemühungen, welche mit ihren auffallend guten therapeutischen Ergebnissen den familienpathologischen Ansatz zur Schizophrenieforschung weiter verstärkten. Man findet in der Fachliteratur so viele überzeugende familienpathologische Fallberichte und Beobachtungen, daß es nicht schwierig ist, die wichtigsten psychopathologischen Zusammenhänge auch bei den eigenen Patienten festzustellen. Beginnt man die psychotherapeutische Behandlung eines schizophren reagierenden Jugendlichen, erfährt man sofort, wie stark der gemeinsame, systemhafte Widerstand der Familie wird, und auch junge Psychotherapeuten können beobachten, daß die Dekompensierung eines bisher als gesund geltenden Familienmitgliedes oft der symptomatischen Besserung oder den Selbstständigkeitsversuchen des "Kranken" in der Familie folgt.

Ähnliche Beobachtungen haben die dynamisch denkenden und arbeiten-

den Psychotherapeuten davon überzeugen können, daß auch die Schizophrenie einen "Sinn" hat, d. h. einen entwicklungsgeschichtlichen, ontogenetischen und sozialisationstheoretischen Sinn, gleichzeitig auch einen systemtheoretischen Sinn, und daß auch die Schizophrenie psychotherapeutischen Bemühungen zugänglich ist.

Durch die Theorie der Berliner Schule der Psychoanalyse und der Dynamischen Psychiatrie (der Schule von Günter Ammon) verstärkt und erweitert sich unsere Kenntnis dieser Zusammenhänge. Nach dieser Theorie-Konzeption verneint und verdrängt die Familie für das Kind ganze Bereiche der zwischenmenschlichen Realität und verursacht dadurch unentwickelte, zur Verhaltenssteuerung unfähige, undifferenzierte Strukturelemente im kindlichen Ich. Diese Elemente hat Günter Ammon metaphorisch, aber sehr treffend als "Loch im Ich" bezeichnet. Er selbst und die Berliner Schule führen die Bildung eines solchen Lochs auf den ungelösten Symbiosekomplex des Kindes und die Pathologie der sozialisierenden Primärgruppe bzw. der Familie zurück, die als sog. Laios-Komplex in Erscheinung tritt (Ammon, 1973, 1979).

Es ist sehr interessant, der Auffassung der Berliner Schule über die Psycho-bzw. Soziogenese der Schizophrenie in Einzelheiten zu folgen. Ammon und seine Schüler haben in ihren Theorien fast alle früheren Feststellungen der Schizophrenieforscher synthetisiert. Die unmittelbare pathologische Rolle der Mutter wird hervorgehoben, die archaische Ich-Störung (meist der Borderline-Persönlichkeit) der Mutter wird direkt auf das Kind übertragen. Die Mutter aber lebt im allgemeinen nicht allein. Ihre eigene Pathologie muß durch das Kind eine Kompensation finden, wenn die Ehe ihr keine genügende Unterstützung bietet und im Sinne von emotionalen Gegenseitigkeiten, Austausch von Gratifikationen kein gesundes interpersonales System ist.

Auch ist es interessant, daß Ammon und seine Schüler sich dem familienpathologischen Ansatz nicht angeschlossen haben und meist nicht über
kranke Familien, sondern über krankmachende Primärgruppen sprechen.
Die Unterscheidung zwischen kranken Familien und Primärgruppen hat eine sehr große Bedeutung. In diesem Unterscheiden spiegelt sich die Erkenntnis wider, daß auch die äußeren interpersonellen Beziehungen der Familie in die Betrachtung einbezogen werden müssen. Auch in unserem Zeitalter, in dem die Familie mehr und mehr eine sog. nukleare, bzw. in sich geschlossene Struktur hat, leben die Familienmitglieder nicht nur allein. Beziehungen zu Großeltern und Verwandten, Freunden und Mitarbeitern, zu Familien von Mitschülern des Kindes usw. sind vorhanden und beeinflussen
das Leben und die Erziehung der Kinder. Es ist eine sehr wichtige Beobachtung, daß die Familien, die schizophren reagierende Kinder haben, oft abgekapselt und ohne solche Beziehungen leben.

Beginnt man sich mit jungen Schizophrenen und ihren Familien psychotherapeutisch und besonders familientherapeutisch zu beschäftigen, erlebt

182 Béla Buda

man selbst diese Phänomene sofort. Diese Familien leben meist als ein vollständig geschlossenes System. Die Eltern sind immer bereit, äußere Einflüsse abzuwehren und die Kinder unter strenger Kontrolle zu halten. Die von Lidz und anderen beschriebene gemeinsame Wahnwelt von solchen Familien kommt oft dadurch zustande, daß die Eltern die konsensuelle Realität der Umwelt ganz verneinen möchten. In diesen Fällen ist die Ehe der Eltern so pathologisch und "kollusiv" (im Sinne von Willi und anderen), daß sie auch die mittelbaren äußeren Feedbacks von außenstehenden Menschen nicht verträgt.

Diese Erscheinungen konnte ich selbst in zahlreichen Familien beobachten. Einige Familien von schizophren reagierenden Kindern leben in wirklicher, manchmal furchtbarer Isolation. Ich habe Familien kennengelernt, wo jahrelang kein Besuch von anderen Leuten stattgefunden hat und auch die Familie keine anderen Familien besucht hat. Die Familienverhältnisse wurden vollständig geheim gehalten, darunter auch belanglose Umstände. Das Kind bzw. die Kinder haben starke Bindungen an ihre Familien entwickelt und haben ein derart gestörtes Selbstbewußtsein, das sie andere Menschen als gefährlich und bedrohlich erleben läßt. Die Familie nährt in dem Kind die Überzeugung, daß die Familiennormen und -werte die einzig richtigen seien. Auch andere Kinder werden als bedrohende Figuren dargestellt. Dadurch wird dem Kinde der emotionale Austausch mit anderen Kleingruppen und die Bestätigung des Selbst außerhalb der Familie erschwert oder unmöglich gemacht.

Pathologische, schizophrenogene Familien schaden ihren Kindern aber nicht allein dadurch. Eine in sich geschlossene, abgekapselte Primärgruppe muß nicht unbedingt schizophrenogen wirken. Dazu gehört noch die überstarke Bindung des Kindes an die Eltern. Diese Bindung kommt durch die übergroße Kontrolle und durch das Nichtrespektieren der kindlichen Ich-Grenzen zustande.

Diese spezielle Art von Bindung ist von besonderer Bedeutung. Die Kinder dürfen nicht nur keine Geheimnisse und keine Privatsphäre haben, und nicht nur ihre Beziehungen zu anderen Kindern und Erwachsenen werden kontrolliert. Auch die inneren Erlebnisse, Wünsche, Tagträume, Körpersensationen, emotionellen Erwartungen, Ängste usw. sind der Mutter oder beiden Eltern bekannt, und sie benutzen diese Kenntnisse für die manipulative Kontrolle des Kindes. Hierin liegt der Hauptmechanismus der Schizophrenogenese. Fehlende Ich-Grenzen bei Kindern bedeuten, daß sie sich ständig in einem regressiv-fixierten Zustand befinden. Moderne Hypnoseforschung (wie z. B. bei Erikson, 1967, 1971; Hilgard, 1972; Weitzenhoffer und anderen) hat darauf hingewiesen, daß die Hypnose eine besondere Art zwischenmenschlicher Kommunikation ist (Haley, 1963; Berger, 1978, usw.). Während der Induktion der Hypnose wird die eigene Kontrolle des inneren Erlebnisstromes durch gezielte, stufenhaft aufgebaute Suggestionen von der hypnotisierenden Person weggenommen. Dadurch werden die Ich-

Grenzen momentan aufgelöst und das Ich in eine tiefe, regressive Position gezwungen. Das Kind, das später schizophren reagieren muß, lebt wie ein

Hypnotisierter in den kontrollierenden Elternbindungen.

Dieser Zustand kann für eine Weile eine Art von Gleichgewicht bilden, meistens während der Latenzzeit. Es kommt oft vor, daß schon Kinder symptomatische Reaktionen aufweisen. Diese Reaktionen werden durch die Familie entweder toleriert oder geheim gehalten. In vielen Fällen hat das Kind überhaupt keine Möglichkeit, symptomatisches Benehmen oder Auflehnungsversuche vorzuzeigen, es darf vom Bild eines Modellkindes nicht abweichen. Durch die vollständige Kontrolle werden die Abweichungen sanktioniert. Unter den häufigen symptomatischen Reaktionen findet man bei Kindern, die später schizophren reagieren werden, oft Enuresis,

Nägelkauen, Wutausbrüche, Leistungsversagen usw.

Das Funktionieren des pathologischen Familiensystems beginnt in der Zeit der Pubertät des Kindes umzukippen. Das Ich des Kindes ist in den Rollen des Pubertätsalters noch nicht stabil und den neuen Anforderungen noch nicht gewachsen. Das "Loch" manifestiert sich, weil große Bereiche selbstständigen Lebens und zwischenmenschlicher Beziehungen unbeherrschbar, angsterregend und konfus für das Selbst des Kindes sind. Das Loch wird durch Symptome ersetzt, wie das Ammon und andere beschrieben haben, durch eine eigene Wahnwelt, die jedoch sinnreiche Zusammenhänge mit derjenigen der ganzen Familie aufweist, weiterhin durch Kommunikationsstörungen, durch Regression und Rückzug. Das Verhalten des schizophren reagierenden Kindes strebt nach Loslösung von Familienbindungen, obwohl das Kind kaum imstande wäre, ohne diese Bindungen zu leben. Die Eltern wehren diese Bestrebungen ab, ihre Kontrollaktionen verstärken sich, und der eventuell eingeschaltete Psychotherapeut begegnet starken, aber oft sehr feinen, schwer durchschaubaren gemeinsamen Widerständen. Es ist auffallend, daß es vorwiegend die von Kindern angestrebten symmetrischen Beziehungen und besonders diejenigen zu Personen des anderen Geschlechtes sind, welche durch die elterliche Kontrolle gestört oder aufgelöst werden. Die Familie will das Kind aus der Kleinkindposition nicht hinauslassen, weil dadurch das System der Familie bedroht würde. Wird das Kind manifest krank, so wird dieses System verstärkt, weil das Kranksein des Kindes neue Anlässe zur sorgfältigen Kontrolle bietet, zur Sündenbockposition des Kindes, zur Abspaltung von Spannungen durch die Sorge um das kranke Kind

Man beobachtet diese familienpathologischen Konstellationen sehr oft und kann nicht nur ein gleitendes Spektrum pathologischer Folgeerscheinungen antreffen - wie z. B. Borderline-Persönlichkeiten, psychosomatische Erkrankungen, Depression und Suizid usw. -, sondern auch ein ähnliches gleitendes Spektrum von Familienpathologie verschiedener Schweregrade. Besonders die Borderline-Fälle sind es, welche in der psychotherapeutischen Praxis stark in den Vordergrund treten. Die Auflösung der

184 Béla Buda

Großfamilien und traditionellen Gemeinden, die große horizontale Mobilität der Bevölkerung und dadurch zunehmende Isolierung von Kleinfamilien tragen zum Entstehen von pathologischen Familienkonstellationen viel bei. Interessanterweise verändert auch der Umstand diese Lage nicht, daß die meisten Kleinfamilien darauf angewiesen sind, ihre Kinder in den Kindergarten zu bringen. Die elterlichen Bindungen erweisen sich im allgemeinen als stärker als die Einflüsse von Gruppen Gleichaltriger.

Hieraus werden die Vorteile der therapeutischen Arbeit der Berliner Schule der Dynamischen Psychiatrie besonders deutlich. Die pathologische Symbiose zwischen Eltern und Kindern wird im Therapiesystem dieser Schule möglichst schon im Psychoanalytischen Kindergarten aufgedeckt und in Behandlung genommen. Schizophren reagierenden Patienten werden Möglichkeiten zu einer nachholenden Ich-Entwicklung angeboten, besonders durch Gruppenpsychotherapie und Milieutherapie. Das "Loch" kann so ausgefüllt werden, mangelnde Ich-Grenzen werden wiederhergestellt und Fähigkeiten zu neuen zwischenmenschlichen Beziehungen werden gefördert.

Familientherapie, d. h. die Behandlung der ganzen Familiengruppe wird deswegen in der Berliner Schule nicht durchgeführt, weil vermieden werden soll, daß die Familiensymbiose als Widerstand gegen die Therapie der einzelnen Familienmitglieder verwendet wird, die Familie den Therapeuten unter dieselben Kontrollen und hypnoseähnlichen Bindungen stellt wie die gesamten Familienmitglieder. Nachholende Ich-Entwicklung bedeutet in der Berliner Schule das Sich-zur-Verfügung-Stellen für den einzelnen kranken Menschen und das Infragestellen der familiären Beziehungen. Der Kontakt zu den Familienmitgliedern wird jedoch insofern hergestellt, als die Familie zu einem Bündnis mit den therapeutischen Bemühungen veranlaßt werden soll, zumindest aber eine neutrale Haltung ohne Feindseligkeit gegen die Therapie erreicht werden soll. Nur in einer solchen gruppendynamischen Konstellation kann der Therapeut für den Patienten andere Erfahrungen ermöglichen, als er sie in der eigenen Familie gemacht hat. Das Kennenlernen der Familiengruppe ist jedoch ebenfalls wichtig - nicht nur für die Theoriebildung, sondern auch für die Behandlung selbst, für die Behandlungsstrategie, das Bündnis mit den gesunden Ich-Anteilen und die Kenntnis der gesunden Potentiale der Familiengruppe.

Interpersonal Pathology in Families with schizophrenically reacting Children Béla Buda (Budapest)

Freud considered schizophrenia to be incurable, yet it was psychoanalytically orientated psychiatrists like M. Klein, M. Mahler, Winnicott, Fairbairn, Federn and others who explored possible ways of treatment of schizophrenia and who treated schizophrenic patients. Another scientific approach to schizophrenia is the so-called communication theory (e. g. Bateson, Jackson, Haley, Watzlawick, Lidz, Wynne). They have discovered many stereotypical patterns of communication within families which cause schizophrenia, and they have introduced the concept of the so-called schizophrenogenic mother in particular. The author, himself working as a Dynamic Psychiatric Therapist, shows how the findings of the researchers in the fields of psychoanalysis and communication theory have found their way into the theory of the Berlin School of Dynamic Psychiatry.

First the author makes the point that schizophrenic symptoms have a meaning. He goes on to say that the pathogenic role of the mother is also taken into account by the Dynamic Psychiatry of the Ammon School and that it also has the attitude that schizophrenia can be cured by psychotherapy. But beyond that, this school introduces the theory of developmental deficits, the "hole in the ego", to fill up which is the aim of the efforts at ego development. The Berlin School has replaced Oedipus complex by Laios complex and symbiosis complex. Moreover, Buda stresses that the social dimension is an integral part of the group concept of the Ammon School – particularly in view of the fact that the nucleus family, shut-off and isolated, has become a common phenomenon in contrast to the extended families which had existed up to a few decades ago; because of this social dimension the Berlin School is not restricted to the pathogenic dynamics of family groups. In this connection the author reports on his experience with families living in a shut-off way: they control very strictly, and punish, every attempt at making contact with the outside world, but he makes the point that for someone to become schizophrenic there must also be given rigid, hypnosis-like ties to the parents, the consequence of which is the actual inability to live without one's parents. During childhood many children are forbidden to manifest symptoms of schizophrenia, they are forced to be model children.

In the following the author points out an essential difference between the Ammon School of Dynamic Psychiatry and other approaches to the treatment of schizophrenia, viz. a concept of family therapy which refuses treating the family as a whole. Only individual therapy enables the patient to make experiences different from the pathogenic experiences he has made since the earliest stage of childhood.

Literatur

Ammon, Günter (1973): Dynamische Psychiatrie – Grundlagen und Probleme einer Reform der Psychiatrie (Darmstadt: Luchterhand)

(Hrsg.) (1979): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 1 (München: Ernst Reinhardt)
 (1979): Der Symbiosekomplex und das gleitende Spektrum der archaischen Ich-Krankheiten.
 In: Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 1, Günter Ammon, (Hrsg.) (München: Ernst Reinhardt)

Bateson, G. (1972): Steps to an Ecology of Mind (Harmondsworth, Middlesex: Penguin)
Berger, M. M. (ed.) (1978): Beyond the Double-Bind Communication and Family Systems –
Theories and Techniques with Schizophrenics (New York: Brunner/Mazel)

Baszormenyi-Nagy, I.; Spark, G. (1973): Invisible Loyalities. A Theory of Multigenerational Family Therapy (New York: Harper)

Buda, B. (1978): Familien- und Partnerbeziehungen in Theorie und Praxis der Dynamischen Psychiatrie. In: Dyn. Psychiat. (11), 484–495

Deutschmann, M. (1979): Soziale Reproduktion, Zeiterfahrung und Identität – Gesellschaftstheoretische Aspekte einer Dynamischen Psychiatrie. In: Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 1, Günter Ammon, (Hrsg.) (München: Ernst Reinhardt)

Federn, P. (1952): Ego Psychology and the Psychosis (New York: International Universities Press)

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

 (1967): Advanced Techniques of Hypnosis and Therapy. The Work of Milton M. Erickson (New York: Grune and Stratton)

 (1971): Uncommon Therapy. The Psychiatric Techniques of Milton M. Erickson (New York: Norton)

Hilgard, E. (1972): Hypnosis and Suggestion (New York: Harper)

Jackson, D. D. (ed.) (1968): Human Communication, Vol. 1 – Vol. 2 (Palo Alto: Science and Behaviour Books)

Kety, S. S. (ed.) (1968): The Transmission of Schizophrenia (New York, London: Pergamon Press)

Rinsley, D. B. (1979): Fairbairn's Object Relation Theory. A Reconsideration in Terms of Newer Knowledge. In: Bulletin of Menninger Clinic, 43, 489–514

Watzlawick, P., Beavin, J. A., Jackson, D. D. (1967): Pragmatics of Human Communication.

An Interactional Theory of Patterns, Paradoxies and Pathologies (New York: Norton)

Adresse des Autors: Dr. med. Béla Buda Frankel Leo 2–4 H-1027 Budapest Ungarn

Die schizophren reagierende Mutter**

Dieta Biebel, München*

Schizophren reagierenden Müttern wird meistens geraten, die Schwangerschaft zu unterbrechen, sich sterilisieren zu lassen oder ihr Kind zur Adoption freizugeben. Aufgrund der Forschung der Dynamisch-Psychiatrischen Berliner Schule hat die Autorin den sich im Therapieverlauf einer schizophren reagierenden Mutter zeigenden Entwicklungsprozeß einer sich allmählich hervorbildenden Mutter-Kind-Beziehung geschildert. Zur Erhärtung dieser exemplarischen Darstellung diente eine Pilot-Study mit 30 Items zur Frage der Einstellung und Gruppendynamik von schizophren reagierenden Müttern zur Schwangerschaft und zur Geburt ihrer Kinder. Die Antworten aus der Gruppe dieser Mütter wurden verglichen mit einer Gruppe von Müttern in schizophren machenden Familien und mit einer Kontrollgruppe. Vorläufige Ergebnisse sind u. a., daß die Kinder von schizophren kranken Müttern selbst nicht erkranken, daß vielmehr zwischen diesen Müttern und den Müttern der Kontrollgruppe eine größere Nähe besteht bezüglich des höheren Grades der Auseinandersetzungsbereitschaft als im Vergleich zu den Wahrnehmungsverboten und Verleugnungstendenzen der schizophren machenden Familiengruppen bzw. der Gruppe der Mütter in diesen Familien, in denen jegliche Auseinandersetzung aus Gründen der Erhaltung der starren Familienhomöostase vermieden werden muß. Schizophren kranke Mütter können eine Identität als Mutter erlangen, wenn für sie und ihre Kinder konstruktive, tragende und auseinandersetzungsfähige therapeutische Gruppen beste-

In der Schulpsychiatrie sowie auch in der Medizin allgemein herrscht die Auffassung der erbbiologischen Bedingtheit der Schizophrenie vor. Man rät aus diesen Gründen schizophren reagierenden Frauen, keine Kinder zu bekommen und empfiehlt ihnen die Sterilisation. Schwangere schizophren reagierende Frauen werden dazu aufgefordert, ihr Kind nach der Geburt zur Adoption freizugeben.

Günter Ammon hat in seinen Arbeiten zur schizophrenen Erkrankung (1968; 1969; 1971 a, b, c; 1972; 1973; 1978; 1979; 1980; 1981) eine große Vielfalt von gruppendynamischen Aspekten zusammengestellt und erforscht, die als für die schizophrene Erkrankung verursachend angesehen werden müssen, wenn sie in der frühen und frühesten Kindheit eines Menschen eine dominante Rolle spielen. Alle diese gruppendynamischen Aspekte laufen, verallgemeinert gesprochen, darauf hinaus, daß die Ich-Struktur eines schizophren reagierenden Patienten große Defizite im Bereich der zentralen und sekundären Ich-Funktionen aufweist. Alle entscheidenden Ich-Funktionen sind nur sehr schwach ausgebildet, daher sind schizophren reagierende Patienten nicht in der Lage, die für ihre Lebensziele und Bedürfnisse notwendige Sozialenergie (Günter Ammon, 1981) zu bekommen. Dies kann nur geschehen, wenn die Funktionskraft der Ich-Funktionen, insbe-

* Dr. med., Psychoanalytikerin, Chairman des deutschen Zweiges der WADP ** Vortrag, gehalten auf dem XII. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), 8.–13. Dezember 1980, Kongreßzentrum München 188 Dieta Biebel

sondere der Ich-Funktionen des zentralen Ich hinreichend gut entwickelt ist. Schizophren reagierende Patientinnen, die Mütter von Kindern sind, verwenden aus diesen Gründen die eigenen Kinder für ihre sozialenergetischen Bedürfnisse. Es kommt daher zu einer Umkehr der Mutter-Kind-Situation (Gisela Ammon, 1981), die Kinder sind die Gebenden, sie übernehmen mütterliche Funktionen, die die eigene Mutter von ihnen fordert. Man kann diese pathologische Gruppendynamik als eine Gruppendynamik der Ausbeutung des Kindes bezeichnen. Es liegt auf der Hand, daß schizophren reagierende Mütter nicht in der Lage sind, ihren Kindern das zu geben, was sie für ihre Entwicklung benötigen; es sind Mütter, die keine Mütter sind. Die psychische Existenzfähigkeit der Mutter ist von der von Todesangst geprägten symbiotischen Beziehung der Mutter zu ihrem Kind abhängig, zumindest so lange, wie die Mutter nicht nach anderen Wegen der symbiotischen Ausbeutung eines Menschen sucht bzw. sie gefunden hat. Sie wird nach solchen Möglichkeiten der Befriedigung ihrer sozialenergetischen Bedürfnisse suchen, wenn die Symbiose mit dem eigenen Kind ihr aufgrund der Bedürfnisforderungen des Kindes zu große Angst macht. Es entstehen dann abrupte Kontaktabbrüche; die Mutter verläßt das Kind, vernachlässigt es, überläßt es anderen Menschen, ohne sich überhaupt um das eigene Kind zu kümmern.

In unseren stationären und ambulanten therapeutischen Gruppen konnte ich die Beziehung von sieben schizophren reagierenden Patientinnen zu ihren Kindern studieren, den Verlauf ihrer Therapie sowie die Veränderung ihres Verhältnisses zu ihren Kindern. Wir haben darüber hinaus eine Pilot-Study von 30 Fragen mit unseren Patientinnen gemacht und konnten dabei elf schizophren reagierende Mütter, elf klinisch weitgehend unauffällige Mütter mit schizophren reagierenden Kindern erfassen und sie mit einer Kontrollgruppe von 15 Müttern vergleichen.

Ich möchte in dieser Arbeit anhand einer für meine Untersuchungen exemplarischen Falldarstellung die Psychodynamik zwischen einer schizophren reagierenden Mutter und ihrem Kind schildern, wie sie sich im Verlauf ihrer Gruppentherapie teils stationär, teils ambulant darstellte.

Als Frau L. zur Aufnahme in unsere Klinik kam, war sie 22 Jahre alt. Sie wirkte durchsichtig, blaß und zurückgenommen, hatte ein hübsches, etwas gläsernes Gesicht mit großen blauen Augen. Ihrer gesamten Erscheinung haftete etwas wachspuppenhaft Starres an. Frau L. wurde von ihrer Mutter in die Klinik gebracht, weil sie etwa ein halbes Jahr nach der Geburt ihrer Tochter begonnen hatte, das Kind vollständig zu vernachlässigen, sich ziellos in der Stadt herumzutreiben, zu trinken und Drogen zu nehmen. Auch das Studium der Architektur, das Frau L. vor der Geburt ihres Kindes betrieben hatte, hatte sie nicht wieder aufgenommen. Ihr Verhalten stand in krassem Gegensatz zu den ersten Monaten nach der Geburt ihrer Tochter, in denen sie sich ganz dem Kind gewidmet hatte, es stillte, mit ihm spielte und in unmittelbarer körperlicher Nähe mit ihm die Tage verbrachte.

In der ersten Zeit des stationären Aufenthaltes war es kaum möglich, zu Frau L. einen verbalen Kontakt herzustellen. Sie teilte über ihre Lebensgeschichte nichts mit. Drei psychiatrische Gutachten beinhalteten die Diagnose "schizophrene Reaktion mit zeitweilig katatoner Symptomatik".

Frau L. war zu Beginn ihres Klinikaufenthaltes unfähig, zu irgendeinem Menschen Beziehungen aufzunehmen. In ihrer psychotherapeutischen Gruppe saß sie unbewegt, oftmals wie festgenagelt auf der Stuhlkante und blieb dort sitzen, wo sie hingesetzt wurde. Schweigend, in sich versunken saß sie da, nahm am Gruppengeschehen nicht teil und kicherte nur ab und zu ohne ersichtlichen Grund vor sich hin. Auf Fragen gab sie keine Antwort.

Der erste Schritt einer Veränderung geschah, als ein männlicher Patient neu in die Gruppe kam, der ihr äußerlich ähnelte, ebenfalls Drogen genommen hatte und sie ansprach. Übergangslos schienen die beiden unzertrennlich geworden zu sein, sie waren ständig beieinander und saßen auch in der Gruppe immer nebeneinander. Wenn der Patient schwieg, konnte sie sprechen, wenn er sprach, schwieg sie. Die beiden Patienten wirkten wie siamesische Zwillinge durch ihre ständige körperliche Nähe. Uns wurde deutlich, daß der Mitpatient für Frau L. die Rolle übernommen hatte, die Frau L.'s Tochter in den ersten Monaten nach ihrer Geburt für ihre Mutter spielte. In dieser Zeit war es besonders der Kontakt mit dem nackten Körper des Kindes gewesen, über den die Patientin sehr glücklich gewesen war und den sie genossen hatte.

In der Therapiegruppe entstand eine Auseinandersetzung über die Tochter von Frau L., die Nachfrage nach ihrem Verbleib und der Vorschlag, das Kind in die Klinik zu holen. Obwohl Frau L. sagte, daß sie ihre Tochter gern in die Klinik holen würde, unternahm sie keinerlei Aktivitäten in dieser Richtung. Als eine andere Mutter in einer Gruppensitzung davon berichtete, daß ihre Tochter bei einem von ihr selbst verursachten Unfall schwer verstümmelt wurde, reagierte Frau L. mit Panik und rannte aus der Gruppe. Von Mitpatienten zurückgebracht, verfiel sie erneut in ihre starre Unbeweglichkeit. In der Gruppe machte sich ein lähmendes Gefühl breit, in dem Angst, Wut und Ohnmacht zusammenkamen. Es war Ausdruck der Ambivalenz aus Angst und Wut ihrer Tochter gegenüber, die die Mitpatientin durch den Bericht vom Unfall ihrer Tochter zum Vorschein gebracht hatte.

Die Tochter von Frau L. war in der Zwischenzeit von der Großmutter zu Pflegeeltern gebracht worden. Die Mutter der Patientin hatte inzwischen Anstalten getroffen, die Tochter, Frau L., entmündigen zu lassen mit der Begründung, daß sie in einer psychiatrischen Klinik untergebracht sei und mit dem Ziel, das Kind zur Adoption freigeben zu lassen. Aufgelöst wurde die Ambivalenz von Frau L. dadurch, daß mehrere Patienten sich nachdrücklich für die Tochter von Frau L. einsetzten und ihr dabei halfen, das Kind in die Klinik zu holen. Die Gruppe übernahm stellvertretend für Frau

190 Dieta Biebel

L. die Abgrenzung gegenüber der eigenen Mutter sowie die Fürsorge für das Kind.

Die kleine Jana erwies sich als ein freundliches, blondes, zartes und zerbrechliches Mädchen, das fast ein Spiegelbild von Frau L. zu sein schien. Auffällig war ein Wechsel ihres Gesichtsausdrucks von leerer Verlassenheit und ernstem Wissen. Sie war flink, geschickt und für ihr Alter von zweieinhalb Jahren sehr sprachgewandt.

Es stellte sich ziemlich schnell heraus, daß Frau L. nach wie vor keinen Kontakt zu ihrem Kind zulassen konnte und auch nicht einmal seine körperliche Pflege übernahm. Die gesamte Klinikgruppe begann, für Jana mütterliche Funktionen zu übernehmen. Jana begann, solange es die Mutter nicht merkte, zu vielen Menschen in der Klinik Kontakt aufzunehmen und zu einem lebendigen und offensichtlich glücklichen Kind zu werden.

Anfangs blieb Jana während der Gruppensitzungen bei den Mitarbeitern außerhalb der Gruppe. Als ich einmal Frau L. am Ende einer Sitzung auf die große Traurigkeit in der Gruppe ansprach und sie zu weinen anfing, ging die Tür auf und Jana kam in die Gruppe. Sie kletterte auf den Schoß ihrer Mutter, stellte sich aufrecht hin und streichelte liebevoll, wie eine Mutter ihr Baby, das Gesicht ihrer Mutter. Diese beruhigte sich langsam unter ihrem Streicheln. Seit diesem Tag kam Jana jedesmal mit in die Gruppensitzung. Anfangs war sie ruhig, ohne sich zu rühren. Sie saß während der ganzen Sitzung auf dem Schoß der Mutter, gleichgültig, was in der Gruppe geschah. Jedesmal jedoch, wenn ihre Mutter angesprochen wurde, reagierte sie. Oft reagierte sie feindlich und starr, gleichsam als wollte sie ihre Mutter vor Feindseligkeiten schützen. Jana konnte dann fauchen wie eine Katze, während Frau L. ruhig, starr und steif sitzen blieb, scheinbar ohne ihr Kind zu beachten.

Über lange Zeit wagte sie in der Gruppe nicht, eine wie auch immer geartete Beziehung zu ihrem Kind zu zeigen. Manchmal kicherte sie in der üblichen Art, Jana reagierte darauf jedesmal sehr besorgt. In den Momenten, wenn Frau L. in der Gruppe sprechen konnte und anfing, sich auseinanderzusetzen, kletterte Jana von ihrem Schoß herunter und sah sich interessiert in der Gruppe um. In den folgenden Wochen lag sie ruhig schlafend unter dem Stuhl ihrer Mutter, solange die Gruppe gut arbeitete und Frau L. in den Gruppenprozeß einbezogen war.

In dieser Phase wurde deutlich, in welcher Weise Jana in einer Umkehrung der Mutter-Kind-Beziehung für ihre eigene Mutter mütterliche Funktionen übernahm, sie tröstete und beschützte. Sogar die Gefühle von Wut und Verzweiflung mußte sie für ihre Mutter ausdrücken. Aus diesem Grunde gab es immer wieder Phasen, wo die sonst lebendige Jana wie benommen war vor Angst und Wut, überhaupt nicht ansprechbar und erreichbar schien, sich nicht berühren ließ, während sie sich sonst gern auf den Arm nehmen ließ. Häufig verkroch sich das Kind dann irgendwo. Diese Zustände konnten tagelang anhalten, sie erstreckten sich immer bis zur nächsten

Gruppensitzung. Als einmal Frau L. von einem Mitpatienten als Hure beschimpft wurde und darüber wütend war, konnte Jana den Zustand der Erstarrung verlassen und begann wieder lebhaft und aufgeschlossen zu werden.

Bezeichnend für die schizophrene Psychodynamik der Mutter war folgende Szene: In einer Gruppensitzung ging die kleine Jana zaghaft vom Knie ihrer Mutter aus zu einzelnen Patienten und wieder zu ihr zurück. Sie blieb schließlich bei einem schwerkranken, kataton reagierenden Patienten stehen, berührte ihn vorsichtig am Knie und schaute ihm in die Augen. In diesem Augenblick schrie Frau L. auf und rannte in panischer Angst aus der Gruppe, zerschlug dabei die Glastür des Gruppenraumes und biß einem sich ihr entgegenstellenden Therapeuten in den Arm. Sie war durch den Kontakt ihrer Tochter mit diesem Patienten in einen starken Erregungszustand geraten. Später teilte sie darüber mit, daß sie in dem Augenblick, als Jana den Körper des Mannes berührt hatte, phantasiert hatte, daß draußen auf dem Flur ihre Mutter läge mit abgeschnittenem Kopf und blutüberströmt.

Offensichtlich hat Jana hier einen Schritt des konstruktiven Kontaktes zu einem anderen Menschen unternommen, der das Lebensverbot der Mutter überschritten hat. In halluzinativer Phantasie erlebte sie die Todesbedrohung und Todesangst, die einen entscheidenden Anteil der schizophren machenden Dynamik und des schizophrenen Lebensverbotes darstellt. Je lebendiger die kleine Jana wurde und je mehr sie in die Klinikgruppe hineinwuchs, umso häufiger begann Frau L. aus der Klinik wegzulaufen und sich tagelang in der Stadt herumzutreiben. Die ganze Klinikgruppe kümmerte sich dann besorgt und rührend um Jana und war jedesmal froh, wenn Frau L. wieder in die Klinik zurückgekommen war. In dieser Zeit kam ein etwa gleichaltriges Mädchen zu seiner ebenfalls schizophrenie kranken Mutter in die Klinik. Zu diesem Kind nahm Frau L. spontan einen freundlichen Kontakt auf, vielleicht in der unbewußten Hoffnung, daß dieses Kind ihr die großen Todesängste ersparen würde, sie schützen und bemuttern würde, wie es Jana bisher getan hatte.

Die beiden Kinder befreundeten sich, und es stellte sich zwischen ihnen eine Dynamik her, die sonst jeweils zwischen der Mutter und ihrem Kind bestanden hatte, indem sie füreinander wechselseitig Mutterfunktionen übernahmen. Das andere Mädchen war dann jeweils das kleine, hilflose und unlebendige Kind, das versorgt werden wollte. Beide Kinder bekamen zusammen Therapie bei einer in der Klinik tätigen Therapeutin, zu der sie intensiven Kontakt aufnahmen. Die Mütter reagierten mit großer Eifersucht auf die Therapeutin. Lebendigkeit und Kreativität, die Entwicklung von Spielen und Spielphantasien nahmen bei den Kindern zu, die Therapeutin sorgte dafür, daß sie den unbewußten Forderungen ihrer Mütter nicht mehr unterstellt waren. Frau L. wurde, ihrer Ich-Stützen durch die Tochter beraubt, gewissermaßen gezwungen, sich in der Gruppe auseinanderzusetzen. Ihre Abwehrreaktionen, Kichern und Weglaufen aus der Gruppe, wechsel-

192 Dieta Biebel

ten mit Äußerungen der Wut und Traurigkeit. Je mehr Frau L. in der Gruppe ihre Gefühle ausdrücken und sich auseinandersetzen konnte, desto mehr begann auch Jana, sich an ihre Mutter zu wenden und von ihr Zuwendung und Beachtung zu fordern.

Zu beobachten war, daß nicht die Mutter, sondern das Kind jeden Schritt zuerst tat. Frau L. lernte in dieser Zeit von ihrem Kind, wie man fühlt, wie man spricht, wie man mit anderen Menschen umgeht, sogar wie man sich freut. All dies konnte Frau L. trotz ihrer großen Angst und ihrer Schuldgefühle, daß ihr Lebendigsein mit dem Tod der Mutter verbunden sei, von ihrem Kind eher annehmen als von den Therapeuten oder den Mitpatienten ihrer Gruppe. Noch immer übernahm Jana für ihre Mutter Hilfs-Ich-Funktionen, es waren jedoch inzwischen vermehrt konstruktive und ich-erweiternde Funktionen geworden, nicht mehr so sehr kontaktabwehrende und lebensvermeidende Aktionen der Abschirmung, die Jana für die Mutter übernahm.

Ohne das schützende Milieu und das sozialenergetische Feld der Klinik ist ein solcher Vorgang unvorstellbar. Indirekt über ihr Kind konnte die therapeutische Gruppe Kontakt zu Frau L. aufnehmen und sie erreichen. Innerhalb der Milieutherapie wurde die Funktion von Jana durch das milieutherapeutische Projekt übernommen, das als drittes Objekt fungierte und die Patientin in Kommunikation und Kontakt mit ihren Mitpatienten brachte, während sie in der Gruppenpsychotherapie nach wie vor meist stumm war. Für ihr Kind konnte sie in dieser Zeit immerhin soweit Verantwortung übernehmen, als sie es in den Psychoanalytischen Kindergarten brachte und es von dort wieder abholte und auch regelmäßig am Elternabend teilnahm. Zu dieser Zeit äußerte sie auch erstmalig den Wunsch, wieder zu studieren und ihre Therapie ambulant fortzusetzen.

Frau L. verließ die Klinik und ging in eine ambulante Gruppenpsychotherapie.

In der Kindergruppe zeigte sich Jana als ein Kind, das anfangs mit starkem Mißtrauen auf die Erzieherin reagierte und immer, wenn sie Angst bekam, mit grinsendem, verzweifelten Lachen durchs Zimmer hüpfte. In einer weiteren Phase lief Jana häufig lachend mit der provozierenden Ankündigung: "Ich laufe jetzt weg" aus dem Gruppenraum. Sie mußte durch die Erzieherin und von den Kindern eine ganze Weile lang immer wieder in die Gruppe zurückgeholt werden. Häufig verlangte sie, während des Frühstücks neben der Erzieherin zu sitzen. Wenn ein Kind sich traurig zurückzog, war Jana immer die erste, die auf dieses Kind zuging oder die Erzieher darauf aufmerksam machte. Oft kam sie auch zu der Erzieherin, um sie zu fragen, wie es ihr gehe.

Wegen ihrer liebenswürdigen Art nahm Jana in der Kindergruppe schließlich einen sehr zentralen Platz ein und hat neben ihrer Freundin aus der Klinik mehrere intensive Freundschaften in der Kindergruppe gefunden.

Frau L. lernte allmählich, die Forderungen und Bedürfnisse ihrer Toch-

ter zu akzeptieren und die große Angst, die ihr Janas Entwicklung machte, in der ambulanten Gruppe anzusprechen und sich helfen zu lassen. Durch die Gruppe und durch ihr Kind lernte Frau L., Mutter zu sein.

Als Jana mit der Kindergruppe ein halbes Jahr später verreisen wollte, reagierte Frau L. auf dem Elternabend mit einem Rückfall. Sie war wieder kataton und mußte wieder in unsere Klinik aufgenommen werden.

Während ihres zweiten Aufenthaltes in der Klinik lebte Jana bei einer Familie aus dem Psychoanalytischen Kindergarten, bei den Eltern einer Freundin aus Janas Kindergruppe. Jana und ihre Mutter waren auf diese Weise trotz häufiger Besuche über längere Zeit weiter voneinander getrennt, als dies je der Fall gewesen war. Wichtig scheint mir, darauf hinzuweisen, daß wir die katatone Reaktion anläßlich der Reise und der bevorstehenden Trennung für diese Reise nicht in der Weise beantwortet haben, daß wir Jana zurückgehen ließen in die ausbeuterische Symbiose mit der Mutter, damit diese aus der katatonen Reaktion herausfinden konnte. Wir verstanden die katatone Reaktion vielmehr als ein Zeichen der Forderung nach vermehrtem Schutz und vermehrter Hilfe für die konstruktiven Lebensschritte, die Jana von ihrer Mutter forderte. An die Stelle der Ausbeutung von Jana trat ein neuer Klinikaufenthalt der Mutter, der ihr echten Schutz und Sozialenergie geben konnte.

Der neue Klinikaufenthalt wurde für Frau L. zu einer Zeit der außerordentlich großen Erweiterung ihrer Identität. Was Jana in ihrer Kindergruppe längst gelungen war, nämlich einen zentralen Platz einzunehmen, gelang nun auch ihr. Sie nahm teil an der Tanztherapie und fiel allen Klinikbewohnern auf durch ihre große tänzerische Begabung, ihre Musikalität und die Schönheit ihrer körperlichen Bewegungen. In der Theatertherapie übernahm sie eine der zentralen Rollen eines Theaterstücks und trug entscheidend zum Gelingen der öffentlichen Veranstaltungen der Theatergruppe bei. Wer die Patientin beim Tanzen und beim Theaterspielen erlebt hatte und ihre katatone Starre in der gruppenpsychotherapeutischen Gruppe sah, mußte zu der Ansicht kommen, daß sie gewissermaßen ein Doppelleben führe. Im Tanzen und Theaterspielen erlebte die ganze Klinik, daß Frau L. große Begabungen und Fähigkeiten hat. Keiner der Klinikbewohner interessierte sich mehr für das In-Szene-Setzen der Katatonie von Frau L., alle Mitpatienten und Therapeuten verlangten von Frau L., ihre Fähigkeiten und Möglichkeiten ernstzunehmen und zu fördern.

Frau L. hat inzwischen die Klinik verlassen, sie hat ihr Studium wieder aufgenommen. Sie betreibt nebenbei eine Tanz- und Theaterausbildung und verdient ihren Lebensunterhalt für sich und ihre Tochter, die wieder bei ihr lebt, durch eine Arbeit als Erzieherin für eine Kindergruppe in einem Kinderheim. Sie hat unter großen Ängsten die Klinik verlassen, die Stadt gewechselt und eine Wohnung gesucht, in der sie allein mit ihrer Tochter lebt. Sie befindet sich weiterhin in ambulanter Gruppentherapie und Jana ist wieder in einer Gruppe in einem unserer Kindergärten.

194 Dieta Biebel

Daß Frau L. für ihr Kind Mutter geworden ist, ist besonders daran zu erkennen, daß sie ihren Lebensunterhalt als Heimmutter verdient. Gruppenmitglieder, die sie vor einiger Zeit in ihrem Kinderheim besucht und beobachtet haben, berichteten, daß sie dort sehr aus sich herausgehe, frisch und lebendig sei und einen freundlichen, tragenden Kontakt zu ihrer Kinder-

gruppe habe.

Bei meiner Darstellung des Therapieverlaufs einer schizophren reagierenden Patientin kam es mir darauf an, ihre pathologisch defizitäre Identität als Mutter zu verdeutlichen und zu zeigen, wie in einer therapeutischen Gruppe und im therapeutischen Milieu einer Klinik diese pathologische Mutter-Identität in ihrer Dynamik erkannt und verstanden werden kann. Ich habe dabei besonders auf den Aspekt der Umkehrung des Mutter-Kind-Verhältnisses geachtet, weil dieses Moment hierbei eine entscheidende Rolle zu spielen scheint, und auf die Möglichkeit zur Wiedergutmachung. Das Kind ermöglicht der Mutter, Mutter zu werden.

Zur Psychodynamik der schizophren machenden Familiengruppe und zur Rolle der Mutter in einer solchen Familiengruppe haben wir durch unsere schizophren reagierenden Patienten und auch durch Interviews der Familienmitglieder eine Fülle von Material, über das vielfach veröffentlicht wurde (besonders Ammon, Günter und Ammon, Gisela; wie oben zitiert). Ich möchte mich hier auf diese Veröffentlichungen beziehen. Ich habe aber bezüglich der Einstellung von Müttern zu ihren Kindern, die später schizophren reagierten, in einer oben schon erwähnten Pilot-Study ergänzende Informationen gesammelt, die sich mit der Einstellung schizophren erkrankter Mütter zu ihren Kindern vergleichen lassen. Hinzu kommt eine Kontrollgruppe, d. h. Mütter, für die keine Diagnosen erstellt worden sind. Ich möchte im folgenden über diese Pilot-Study und ihre Ergebnisse berichten.

Wir haben 30 Items zur Gruppendynamik der Schwangerschaft der Mütter entworfen.

Die Items sollten folgende Gesichtspunkte untersuchen: die Beziehung zum Partner, zur Mutter, zu Freunden und Verwandten vor, während und nach der Schwangerschaft, Veränderung der Lebenssituation durch das Kind, Körpererleben während der Schwangerschaft, Erleben der Geburt sowie die Beziehung zum werdenden Kind und zum Neugeborenen. Mit diesem halbstrukturierten Fragebogen wurden 37 Mütter in drei Gruppen untersucht:

- 1. Schizophren reagierende Mütter aus der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige München sowie anderen psychiatrischen Kliniken (11): R-Gruppe
- 2. Mütter von schizophren reagierenden Patienten der Klinik Menterschwaige sowie anderen psychiatrischen Kliniken (11): M-Gruppe
- 3. Kontrollgruppe von Müttern gesunder Kinder aus dem Psychoanalytischen Kindergarten München (15): K-Gruppe

Die Auswertung der Pilot-Study ergab folgende erste Ergebnisse in den drei Gruppen:

Die M-Gruppe beschreibt die Reaktionen des Partners auf die Schwangerschaft als durchweg positiv, Gefühle des Zweifels oder der Ablehnung, wie in den beiden anderen Gruppen beobachtbar, werden nicht genannt. Die Schwangerschaft verstärkt die Bindungen der Partner in der M-Gruppe (7 von 11), veranlaßt sie, "mehr miteinander zu reden": Dies geben 8 von 11 an, die beiden anderen Gruppen weisen hier nur 1 bzw. 3 Nennungen auf. Konflikte wie "öfter nicht nach Hause kommen", "eine andere Frau kennengelernt" oder "Rückzug des Partners" treten in der M-Gruppe im Gegensatz zur K-Gruppe nur einzeln auf. In der K-Gruppe und R-Gruppe gibt es nach der Geburt "mehr Streit", "weniger Miteinander-Reden" und

mehr "gegenseitigen Rückzug" als in der M-Gruppe.

Die Identitätsanforderung, die zweifellos die Geburt eines Kindes für Mutter und Partner – sowie für die gesamte Familie – bedeutet, wird durch die größere Antwortvariabilität sowohl in der K- als auch R-Gruppe deutlich, während die M-Mütter durchweg nur positive Veränderungen in ihrer Beziehung zum Partner sehen wollen. Diese gleiche Tendenz zeigt sich auch in der Reaktion der Mütter auf die Schwangerschaft. So reagieren 8 von 11 M-Müttern "mit Freude", "weiterhin mit Interesse" und "Glücklichsein", wogegen die Möglichkeiten "ängstlich, verzweifelt, verwirrt, mit Zweifeln, ablehnend, mit Wut" nur zwei Nennungen aufweisen. Die K-Gruppe zeigt dagegen eine breite Streuung über alle Antwortkategorien, reagiert sozusagen mit gemischten Gefühlen, während die M-Gruppe eben nur eindeutig positive Gefühle nennt. In der R-Gruppe ist die Reaktion "mit Zweifeln" (7 von 11) am stärksten besetzt, "mit Freude" reagieren nur 4 von 11 R-Müttern, "glücklich" scheint keine dieser Mütter über die Schwangerschaft zu sein.

In der Beziehung zur eigenen Mutter zeigen sich wiederum Unterschiede zwischen den R- und K-Müttern einerseits und den M-Müttern andererseits: Während 8 von 11 R-Müttern und 15 von 15 K-Müttern (mit Mehrfachnennung) Abgrenzungsschritte in der Beziehung zu ihrer eigenen Mutter im Verlauf der Schwangerschaft und nach der Geburt angaben, taten dies nur 2 von 11 M-Müttern. Damit einhergehend erleben 7 von 11 R-Müttern eine Verbesserung in der Beziehung zu ihrer Mutter in dem Sinne, daß sie "mehr mit ihren Müttern redeten" (in der M- und K-Gruppe nur jeweils 3). Ein Kind scheint die R-Mütter "der eigenen Mutter gegenüber aufzuwerten" (6 von 11 Müttern geben dies an), sie kommunikations- und abgrenzungsfähiger ihr gegenüber zu machen. Dies konnte bei den M-Müttern nicht in dem Maße beobachtet werden. Es zeigte sich vielmehr, daß M-Mütter in ihrer Beziehung zu ihren eigenen Müttern wenig Veränderungen erlebten.

Auch bei der Frage nach den Veränderungen im Leben der Befragten während der Schwangerschaft und in den zwei Jahren nach der Geburt hebt 196 Dieta Biebel

sich die Gruppe der M-Mütter deutlich von den beiden anderen Gruppen ab: Während sich in dieser Zeit für die R- und K-Gruppen die Lebensrealität teilweise einschneidend veränderte (Umzug während der Schwangerschaft: R-Gruppe 7 von 11, K-Gruppe 7 von 15; Trennung vom Partner während der Schwangerschaft oder nach der Geburt: R-Gruppe 6 von 11, K-Gruppe 8 von 15; Berufswechsel nach der Geburt: R-Gruppe 4, K-Gruppe 6), veränderte sich die äußere Realität der M-Mütter kaum (Umzug während der Schwangerschaft: 2 von 11; Trennung vom Partner: keine; Berufswechsel: keine).

Die bisherigen Ergebnisse scheinen in ihrer Tendenz die durch die Berliner Schule beschriebene Beobachtung zu unterstützen, daß Mütter von schizophren machenden Familiengruppen Veränderungen durch die Geburt (der später schizophren reagierenden Kinder) und durch die damit verbundenen Identitätsanforderungen an sich selbst und die Familie kaum wahrnehmen, vielmehr "beschönigend" die Stabilität und Ausgeglichenheit in der Familie betonen (siehe S. 23a). Möglicherweise weisen unsere Test-Ergebnisse darauf hin, daß das neugeborene Kind gruppendynamisch gesehen unbewußt die Funktion übernehmen muß, die Familienhomöostase aufrechtzuerhalten.

Schizophren reagierende Mütter scheinen dagegen ähnlich wie die K-Mütter sensitiver und offener auf Schwangerschaft und Geburt und die damit verbundenen Veränderungen zu reagieren. Dies zeigen im wesentlichen auch die folgenden Ergebnisse, die sich auf das Erleben der Mütter dem neugeborenen Kind gegenüber sowie auf das Körperempfinden während der Schwangerschaft beziehen.

M. Mütter erleben ihre Kinder nach der Geburt als "eher ruhig" (10 von 11), während R-Mütter ihre Kinder als "eher lebendig" (10 von 11) schildern. Keine der M-Mütter fühlt sich durch das neugeborene Kind "überfordert", im Unterschied zu den R- und K-Müttern (jeweils 5 Nennungen). Gefragt nach dem Gefühl beim ersten Anblick des Kindes, gaben M-Mütter wiederum nur eindeutig positive Gefühle an (glücklich, erleichtert, voll Freude), während die R-Mütter auch mit Erschrecken, Wut und Enttäuschung reagierten. Die Mütter der K-Gruppe streuen mit ihren Antworten über alle Kategorien. Diese Tendenzen bleiben auch in den ersten Wochen nach der Geburt bei allen drei Gruppen bestehen. Auch dieses Ergebnis erinnert an die ausschließliche Freude der Mutter von Frau L. über die Geburt des Kindes, sowie ihre Verleugnung jeglicher unangenehmer Gefühle, die einherging mit einer Idealisierung der Tochter und aller Lebensumstände in dieser Zeit (s. S. 24a).

Bezüglich des Körperkontaktes mit dem Baby (Schmusen, Wickeln, Massieren, Stillen) zeigten sich keine Unterschiede zwischen den drei Gruppen. Auf die Frage nach dem Körpererleben der Mütter während der Schwangerschaft war auffallend, daß die M-Mütter ihren Körper durch die Schwangerschaft "vollkommener" (5 von 11) im Unterschied zu den R- und K-Müt-

tern erlebten (1 von 11, bzw. keine von 15). Keine der R-Mütter gab an, daß sie während der Schwangerschaft glücklich war, vielmehr erlebten 4 der Mütter die Schwangerschaft wie einen Traum. 6 der M-Mütter dagegen fühlten sich glücklich, keine erlebte die Schwangerschaft wie einen Traum.

Wir finden auch bei unseren stationär behandelten schizophren erkrankten Patienten und ihren Familien immer wieder Schilderungen einer vollkommen glücklich verlaufenen Geburt (vgl. Benedetti, 1955), eines dauernd froh gestimmten und nie schreienden Säuglings, eines braven, immer froh und glücklich lächelnden Babies, froher Erwartungen der Geburt von seiten der ganzen Familie, von angeblich perfekten Vorkehrungen für die Geburt und von der angeblich ungetrübten Erwünschtheit des neuen Kindes. Ähnliche Darstellungen haben wir von der Mutter von Frau L. bekommen, als sie die Geburt ihrer Tochter schilderte.

Bei Frau L.'s Mutter zeigte sich die Verleugnung z. B. darin, daß sie ihr Kind nicht mit eigener Muttermilch stillen konnte und unversehens "verriet", daß sie durch ein Bündnis von Vater und Tochter sich zum Sündenbock gemacht fühlte und daß die Tochter der ihr verhaßten Schwiegermutter gliche. Der Zwang zur Verleugnung aller Bewegung und Veränderung der Familiengruppe setzt sich meist während der ganzen Kindheit der Patienten fort. Frau L. z. B. war gezwungen, ihr Wissen, daß der Vater eine Freundin hatte und sich mit Scheidungsabsichten trug, jahrelang für sich zu behalten, besonders aber der Mutter gegenüber, die nichts davon wissen durfte, Schweigen zu wahren.

Frau L. mußte als Kind, ähnlich wie wir das aus allen uns bekannten Krankengeschichten schizophren reagierender Patienten kennen, ständig alle feindseligen Einstellungen und Projektionen der Familienmitglieder tragen und zugleich an einer Auffassung festhalten, daß die Familie glücklich und harmonisch zusammenlebt. Um diesen Widerspruch aufrechtzuerhalten, wurde sie jeweils zum Bündnispartner beider Elternteile gemacht: durch die Mutter für deren Ängste, die Familie könnte zerbrechen, durch den Vater gegen die Mutter, der er nichts von seiner Freundin sagen konnte. Gleichzeitig wurde Frau L. im Sinne des double-bind-Mechanismus verstoßen: Sie war bei der Mutter Ersatz für die verhaßte Schwiegermutter, sie wurde durch den Vater zur Verräterin gegenüber der Mutter gemacht.

Aufgrund der Ergebnisse dieser Pilot-Study können wir folgende Hypothesen für weitere Untersuchungen formulieren:

Die Mütter in schizophren machenden Familien unterscheiden sich von schizophren reagierenden Müttern in ihrem Erleben und ihrer Wahrnehmung von Schwangerschaft und Geburt (vor allem bezogen auf die Geburt des später schizophren reagierenden Kindes), in Beziehung zu sich selbst, dem Kind und anderen Familienmitgliedern. Schizophren machende Mütter neigen zu Idealisierung und Wahrnehmungsverleugnung, schizophren reagierende Mütter hingegen zeigen eine größere Bereitschaft zu Konflikten und Auseinandersetzungen.

198 Dieta Biebel

Die Ergebnisse unserer Pilot-Study scheinen auch die aus unserem klinischen Erfahrungsgut gewonnenen Beobachtungen über die Mutter-Kind-Beziehungen in einem weiteren Rahmen zu unterstützen. Die Mütter schizophren machender Familien sind klinisch unauffällige, in ihrem sozialen Umfeld angepaßte Mütter.

Schizophren reagierende Mütter bekommen keineswegs schizophren reagierende Kinder, diese entwickeln auch keine gruppendynamisch verursachte schizophrene Pathologie, sondern eher Borderline-Symptome: das Gesünder-als-Gesundsein aus der Forderung an das kleine Kind, Mutter für die eigene Mutter zu sein.

Darüber hinaus war es unser Anliegen aufzuzeigen, daß schizophren reagierende Mütter durchaus Kinder bekommen und aufziehen können. Voraussetzung dafür ist die Unterstützung einer Gruppe, die stellvertretend defizitäre Ich-Funktionen für die Mutter so lange übernimmt, bis sie diese nachholend entwickelt hat. Schizophren reagierende Mütter können dann sogar von ihren Kindern das lernen, was sie selbst in ihrer Kindheit nicht gelernt haben.

Der Heilungsprozeß in der Gruppe stellt außerdem den gewichtigsten Nachweis dafür dar, daß die angebliche erbbiologische Genese der Schizophrenie jedenfalls therapeutisch irrelevant ist und nicht als Argument dienen kann, schizophren erkrankten Müttern die Kinder wegzunehmen.

Zusammenfassung:

Schizophren reagierenden Müttern wird meistens immer noch geraten, die Schwangerschaft zu unterbrechen, sich sterilisieren zu lassen oder ihr Kind zur Adoption freizugeben. Das Argument ist ein pessimistisches: Man traut diesen Müttern die Fähigkeit zur Verantwortung für ihre Kinder nicht zu.

Die Autorin schildert ein Gegenstück zu dieser Auffassung, den Therapieverlauf einer schizophren erkrankten Patientin, die zunehmend die sozialenergetischen Defizite (Ammon) der eigenen Kindheit aufholen konnte und allmählich Mutter zu werden begann.

Die pathogene Gruppendynamik, die die Mutter-Kind-Beziehung kennzeichnete, war die einer Symbiose, in welcher das Kind die Mutterfunktionen ausüben mußte und die Mutter sich zum Kind ihres Kindes machte. Die konstruktive Wende in dieser Beziehung lag darin, daß die Mutter – unterstützt durch ihre therapeutische Gruppe – durch ihr Kind dahin gelangte, dessen konstruktive Entwicklung als Herausforderung an sich selbst anzunehmen und schließlich eine eigene Entwicklung zu durchleben. Immer wieder stellte die Tochter die Mutter vor Grenzsituationen, die diese unterschiedlich löste: teils durch konstruktive Schritte, teils durch Rückschritte in die alte Pathologie. Je weiter die Mutter im Prozeß ihrer Entwicklung ge-

langte, um so mehr war es ihr möglich, die Rolle und die Identität einer Mutter zu verwirklichen, um so mehr war es auch der kleinen Tochter möglich, ein Kind zu sein.

Es zeigt sich auch auf der Grundlage einer Pilot-Study zur Fragestellung der Gruppendynamik von Schwangerschaft und Geburt, daß schizophren reagierende Mütter keine schizophren kranken Kinder bekommen. Das durch die Übernahme von Mutterfunktionen überforderte Kind reagiert nicht mit einer schizophrenen Erkrankung, sondern eher mit der gesünderals-gesund-Pathologie des Borderline-Kranken. Ferner ergeben sich aus der Pilot-Study die folgenden in der weiteren Testentwicklung zu verifizierenden Hypothesen:

- 1. Die Mütter in schizophren machenden Familien unterscheiden sich von schizophren reagierenden Müttern in ihrem Erleben und ihrer Wahrnehmung von Schwangerschaft und Geburt, in Beziehung zu sich selbst, dem Kind und anderen Familienmitgliedern.
- 2. Schizophren reagierende Mütter zeigen eine größere Bereitschaft zu Konflikten und Auseinandersetzungen, die Mütter schizophren machender Familien hingegen zur Idealisierung und Wahrnehmungsverleugnung.
- 3. Die Mütter schizophren machender Familien sind klinisch unauffällige, in ihrem sozialen Umfeld angepaßte Mütter.

Die Autorin betont, daß eine konstruktive Gruppenumgebung und die in ihrem möglichen Heilungsprozesse für Mutter und Kind den Nachweis erbringen, daß von einer erbbiologischen Genese der Schizophrenie – dem Argument für Abtreibung, Sterilisation und Adoption – nicht die Rede sein kann.

The Schizophrenically Reacting Mother

Dieta Biebel (München)

Schizophrenically reacting mothers are still, as a rule, advised either to have an abortion, or to agree to sterilization, or to give their children away for adoption. This approach is a pessimistic one: these mothers are considered to be unable to take care of their children.

As opposed to this view, the author of the given article presents the case-study of a schizophrenically reacting patient who – in the therapeutical process – gradually developed the social-energetic deficits (Ammon) of her childhood, thus being more and more able to be a mother to her child. The pathogenic group dynamic underlying this parent-child relationship, was a

200 Dieta Biebel

symbiosis in which the child was forced to take on the functions of the mother, with the mother acting as the child of her child. The constructive turning-point in this relation was that the mother – with the backing of her therapeutical group - was able to experience the constructive development of her child as a challenge to herself, thus starting a development of her own. Time and again the daughter confronted her mother with border situations to which she reacted in different ways: either by constructive steps, or by falling back into her long-established pathology. The more progress the mother made in her development, the more she was able to take on the role and the identity of being a mother and the more it was possible for her little daughter to be a child.

Then the author presents the results of a pilot-study on the group dynamic of pregnancy and birth which show that schizophrenically reacting mothers do not have schizophrenically ill children. The reaction of a child overtaxed by having to fulfill functions of the mother is not a schizophrenic one, but rather the more-than-healthy pathology of the borderline patient. This pilot-study also led to the following hypotheses which have to be verified by further test-development:

- 1) The mothers in schizophrenogenic families differ from schizophrenically reacting mothers in the way they experience and perceive pregnancy and birth and in the way they relate to themselves, to the child, and to other members of the family.
- 2) Schizophrenically reacting mothers are more prepared to get involved in conflicts and disputes with other people than mothers in schizophrenogenic families, whereas the latter show a tendency to idealization and negation of reality.
- 3) The mothers in schizophrenogenic families do not give the impression of being ill and are adjusted to their social environment.

The author makes the point that the healing effects on mother and child of a constructive group-dynamical surrounding show that it is not possible to uphold the genetic explanation of schizophrenia - the approach which is used to justify abortion, sterilization, and adoption.

Literatur

Ammon, Gisela (1973): Interaktion im Psychoanalytischen Kindergarten. In: Ammon, Gisela

(Hrsg.) Psychoanalytische Pädagogik (Hamburg: Hoffmann und Campe) (1981): Präventive Kindergartenarbeit – Zur Diagnostik schizophren machender Aspekte in Familiengruppen. In: Dyn. Psychiat. (14) 163–178

Ammon, Günter (1968): "The Schizophrenogenic Mother" in der Übertragung. In: Dyn.

Psychiat. (1) 34

(1969): Verifikation von Psychotherapie bei schizophrener Reaktion. In: Conf. Psychiatrica, Vol. 12, No. 1

(1971 a): Auf dem Weg zu einer Psychotherapie der Schizophrenie I. In: Dyn. Psychiat. (4)

- (1971 b): Auf dem Weg zu einer Psychotherapie der Schizophrenie II. In: Dyn. Psychiat. (4)
- (1971 c): Auf dem Weg zu einer Psychotherapie der Schizophrenie III. In: Dyn. Psychiat. (4) 181-201
- (1972): Auf dem Weg zu einer Psychotherapie der Schizophrenie IV, Familiendynamik und
- Krankheitsgeschichte. In: Dyn. Psychiat. (5) 81–107 (1973): Dynamische Psychiatrie Grundlagen und Probleme einer Reform der Psychiatrie. (Darmstadt: Luchterhand, München: Kindler)
- (1978): Das Verständnis eines Entwicklungsdefizits von Ich-Strukturen in Persönlichkeit und umgebender Gruppe als Grundlage für Wissenschaft und Praxis einer Dynamischen Psychiatrie. In: Dyn. Psychiat. (12) 120-140
- (1979) unter Mitarbeit von Andreas v. Wallenberg Pachaly: Schizophrenie. In: Ammon, Günter (Hrsg.) Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 1, (München: Ernst Reinhardt)
- (1980): Ich-strukturelle und gruppendynamische Aspekte bei der Entstehung der Schizophrenie und deren Behandlungsmethodik. In: Dyn. Psychiat. (13) 429-450
- Ammon, Günter; Ammon, Gisela; Griepenstroh, Dörte (1981): Das Prinzip von Sozialenergie gleitendes Spektrum und Regulation. In: Dyn. Psychiat. (14) 1-15
- Benedetti, G. (1955): Psychotherapie eines Schizophrenen. In: Psyche 9, 23-41
 Wynne, L. C., Ryckoff, I. M., Day, J. u. Hirsch. S. J. (1958): Pseudo-Mutuality in the Family
 Relations of Schizophrenics. In: Psychiatry (21) 205-220. Dt. Ausg.: Schizophrenie und Familie. Bateson, G. et al. (Frankfurt/M.: Suhrkamp)

Adresse der Autorin: Dr. med. Dieta Biebel Helmtrudenstr. 1 8000 München 40

Therapeutic Dependency in the Treatment of Schizophrenia**

John L. Carleton, Santa Barbara*

Carleton ist davon überzeugt, daß menschliches Leben und alle Dinge dieser Welt nur unter einem aktiven und dynamischen Gesichtspunkt zu begreifen sind. So nähert er sich der Schizophrenie auch nicht durch Definitionen, sondern phänomenologisch, so versucht er sie holistisch zu erklären, nicht linear. Jeder von uns sei ein Produkt unserer Geschichte und teile Planung und Gestaltung unserer Zukunft. Von daher steht der Beziehungsaspekt in Verständnis und Behandlung schizophren kranker Menschen ganz im Mittelpunkt seiner Arbeit. Der Mensch entwickelt sich in Abhängigkeitsbeziehungen. Dabei ist eine destruktive Abhängigkeit, die der schizophren reagierende Patient in seiner Kindheit erfahren hat, von einer konstruktiven Abhängigkeit zu unterscheiden, die immer mit Vertrauen einhergeht und Entwicklung, Lernen, Differenzierung, Selbstachtung und eine eigene Identität ermöglicht. Darauf gründet Carleton seine von Hoffnung getragene Überzeugung, daß eine Abhängigkeitsbeziehung zum Therapeuten und zur therapeutischen Gruppe der wichtigste Aspekt der Behandlung schizophren kranker Menschen darstellt.

This treatise will present and hopefully support a belief that the development of a dependent relationship upon the therapist and with a therapeutic group are most important aspects in the treatment of schizophrenia.

My ideas about dependency are a product of my experience and my training. My experience is dependent upon the people I have known and the places I have been during my life. It is also dependent upon the biological nature of my brain. There is little that can be said objectively about the latter. Rather, one must depend upon specific kinds of tests and evaluations which record evidence of perceptual, conceptual, cognitive and emotional events that occur within me in response to my immediate context. I will try to reveal my orientation before going on.

I believe that everything in this world is active and dynamic. I prefer a phenomenological approach as opposed to a definitional orientation, global and holistic rather than linear and one-to-one casual explanations in my approach to schizophrenia. I do not believe in a knowing, supernatural force, God or devil, who controls this universe and its people. I believe that each of us is a product of our history, and to some extent we will participate in planning and directing our future. My professional identity and orientation is that of a social psychiatrist. I believe that there are valid reasons for saying that the human, in which a person developed, his family of origin and his temporal situation are very important to the development, treatment and rehabilitation of that person. All human systems, institutions, cultures and religions influence the behavior of families and groups, and they also influ-

^{*} M. D., President-Elect of the World Association for Social Psychiatry
** Presented at the XIIth International Symposium of the German Academy for Psychoanalysis (DAP), December 8–13, 1980, Congress Center, Munich, Germany

ence the treatment of schizophrenia. All aspects of one's physical, social and philosophical (metapsychological) reality are influential. My purpose is to help individuals and groups to behave more humanely and more comfortably.

Schizophrenia

The word "schizophrenia" literally translated means "split mind". I couldn't find the word in my father's (mine by inheritance) The Century Dictionary and Cyclopedia, a ten volume, 10,000 plus page reference about words published in 1904. In this encyclopedia I found the word "Schizaea", which refers to a genus of ferns which have many-cleft fronds.

In 1911 Eugen Bleuler published his classic works "Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias". He wrote: "Thus we are left with no alternative but to give the disease a new name, less apt to be misunderstood. I am well aware of the disadvantages of the proposed name but I know of no better one. It is really quite impossible to find a perfect name for a concept which is still developing and changing. I call Dementia Praecox 'Schizophrenia' because (as I hope to demonstrate) the 'splitting' of the different psychic functions is one of its most important characteristics. For the sake of convenience, I use the word in the singular although it is apparent that the group includes several diseases".

Bleuler called it schizophrenia because the different psychic functions (a dynamic term) seem split apart. They didn't operate together in a rational and integrated way. They were split, not well-organized and did not operate in a logical way. They did not seem to syncromesh. The splitting was, he felt, "one of its most important characteristics".

When we diagnose schizophrenia, we look for a person who behaves as if his psychic functions were severely split. We need to ask: "How severely split?", "What are psychic functions?", "Which psychic functions?", and many other questions.

Bleuler was using psychic in the sense of functions of the human brain, physiologically rooted in neurochemical processes. He wrote: "We have no means of localizing psychic functions beneath the cortex; neither can we recognize the signs which indicate the difference between sub-cortical and cortical-psychological material". He was referring to the mind, spirit, life and soul in a physical as opposed to metaphysical sense. I am sure that he saw no mind-body split but rather an operational unity which for intellectual purposes could be considered to have distinct functions which operated from time to time in a more or less well-integrated manner.

It is interesting to look at the Greek origins of the word "psyche". In Greek the word means "breath, spirit, life, the spirit, soul and mind". Psyche was Cupid's beloved. Cupid (Eros) alternately caressed and tormented her, a double-bind situation if there ever was one.

The word "mind" has many roots from many different languages. One

root in a number of different languages is "man". Thus, mind is synonymous with man; a man is his mind. All that is a man is in his mind; all his biological inheritance, his experience, his family, his religion, his culture, his nation and his world. All of this is one process, one whole, with many different aspects. A person and a group member, as George Vassiliou (1978) writes, are simply two aspects of the same process. In schizophrenia, the glue which normally holds these aspects together, seems to be, at times, more or less absent.

The arbitrary division of ego (psychic) functions into primary, central and secondary appears to have considerable merit for the understanding of schizophrenia. Günter Ammon and the German Academy for Psychoanalysis have been elaborating ego functions for some time (Ammon, 1979). Their approach is holistic and contextual and thereby realistic. Ammon's ego functions and Bleuler's psychic functions are undoubtedly quite similar but Ammon's group speaks of "constructive", "destructive", "overcompensated" and "deficient" in relation to specific ego functions. They are elaborating our understanding of schizophrenia. Their research may offer a system for greater diagnostic clarity and increased therapeutic effectiveness.

People who suffer from schizophrenia are not always grossly psychotic. Some people spontaneously recover from their schizophrenia. It is rational to compare schizophrenic phenomena with the normal psychic functions. These comparisons should and do include genetic and experiental perimeters. At birth the infant is mentally undifferentiated from his environment which includes other people, animals, physical objects and so forth. Normal growth and development involves progressive differentiation, most importantly from other people. Differentiation is a process which occurs and is encoded in the neurons of our brains. In schizophrenia, the differentiation process seems to be incomplete. At times it seems to reverse or regress. When psychotic, a person seems unable to tell where his mind and body begin and end, or whether his feelings belong to himself or to others. Psychotic persons even have difficulty differentiating that which is a part of themselves from that which is themselves. George described a dream which exemplifies the latter: "I was in a large room with many people, friends who live with me in the Caboodle House. Other people also were circulating about me. The Devil was behind me telling me that I was possessed. The Devil gave me a meter which would measure the amount of possession and as the other people came closer the needle went higher and higher. The meter became hot and finally I began to burn all over in my arms and legs, my head and my body. Finally I thought that I must take control of the situation and not allow myself to be possessed by the Devil. At this point the fire seemed to leave me and jump over to another part of the room where it burned independently. I became aware that the fire was my anger and when the fire left me it became obvious that there was a difference between being anger, and being a person who is angry".

Schizophrenia is characterized by severe malfunctioning of the central nervous system, apparently within the brain itself, and predominantly in relation to perceptual, conceptual, emotional and behavioral processes and operations which involve the total organism. These malfunctions must be seen on a continuum which extends from the sickest schizophrenic to borderline, to neurotic and to normal behavior. Schizophrenia as a syndrome occurs in degrees along an operational or process continuum. We must conceptualize the schizophrenic processes as part of a living system which includes the individual involved and his total historical, temporal and his anticipation of future experience. We can make a most profound error, and this happens frequently, by looking at one aspect of a system in isolation from the whole, and by developing treatments based on that one aspect. The necessity to conceptualize the "whole" of the situation is probably more important for the study of schizophrenia than it is for the study of any other functional mental disease. Schizophrenia is characterized by a disintegration of psychic operations. The first task of treatment is to bring about reintegration of the psychic functions.

Psychic disintegration often begins to become evident to the untrained observer at puberty or shortly thereafter and usually before late adulthood. Description and identification of the signs and symptoms of schizophrenia is quite universal. Much of the current debate over diagnosis arises from the attempt to elevate the signs and symptoms to pathognomonic status. For example, thinking disorders can occur as a consequence of many conditions. Fever, head injuries, strokes, dreaming and panic. The thought disorders of schizophrenia are etiologically different from these. An adequate diagnosis should specify implicitly, if not explicitly, the etiology of the schizophrenic thought disorders. That etiology must include a description of the individual, his initial symbiotic relationship, his family and primary group of origin and development, his community, his culture and so forth. An adequate diagnosis of schizophrenia should include a review of the patient's possible genetic predisposition to the disease, realizing of course that schizophrenia is not a phenotype with a specific genotypic constellation. One must be aware that experience and learning become biologically encoded and thereafter are part of the biology of the human brain. If, and when, definitive conclusions can be drawn about the nature of an individual's neurotransmission systems, limbic and otherwise, or concerning his individual endorphins, this information also must be included in the total understanding (diagnosis) of the schizophrenic syndrome. In schizophrenia there is complex interplay between biological precursors and nurturing events. What seems so difficult for many to grasp is the fact that experience becomes "encoded in the human brain . . . There is a biology of learning and memory" (Money, 1980). That "learned" biology influences subsequent learning and subsequent biology. One must interpret the existence of any evidence of deviant behavior of neu-

rotransmission in the limbic system as measured during adult life in the light of these facts.

Schizophrenia develops gradually. Detectable but usually ignored signs and symptoms exist long before an acute schizophrenic episode occurs. Shirley stabbed her stomach with a pair of scissors to stop herself from having emotional reactions to the interaction with her mother. Sexual play at puberty drove her into an autistic withdrawal and excessive fantasies to destroy and prevent any sexual feelings and to prevent any and all effective thinking and action. Schizophrenia, the disease, began in her early twenties after her first child was born. These premorbid psychopathological behaviors, unlike diabetes, cannot be corrected simply by the replacement of a deficient hormone or chemical. Physical and chemical treatments may help in the treatment of schizophrenia but they are never sufficient. Psychotherapy is a specific type of experiential education. It involves much more than an academic education. It requires a total relationship, cognitive, emotional and behavioral, with other persons. If one suffers from iron deficiency anemia, one needs real iron. If one suffers from schizophrenia, one needs real personal relationships in order to get well.

The Disease

Schizophrenia is a disease. It is a behavioral disease of human beings although most of the symptoms and signs of the disease can be seen in some animals when subjected to specific adaptational stresses (*Masserman*, 1980). Pathological findings of gross tissue change in spite of avid searching have not been demonstrated. Functional physiological pathology is equally difficult to identify in spite of numerous hypotheses and much research. Biodynamic research is also difficult to assess even if one is prone to believe, as I am, that it offers the most fruitful explanation for our endeavors. Lacking then the traditional objective findings which characterize most diseases, we are forced to rely upon other evidence and information which we have accumulated over the centuries. However flimsy (but perhaps it is very sturdy) psychopathology (more correctly socio-psychopathology or biodynamic pathology) is the basic science of psychiatry.

The biodynamic perspective of *Jules H. Masserman* (1975) is an excellent starting point for understanding the etiology, pathology and therapeutics of schizophrenia. Biodynamics, and I quote: "Biodynamics connotes an integration of the biological and dynamic vectors of all animate behavior, including its adaptations or vicissitudes in various environments. It encompasses data from evolution, ethnology, comparative animal research, anthropology, history, philology, sociology, and other sciences of behavior as well as from clinical evaluations (diagnoses) and, hopefully, salutary transactions (therapy). From all these disciplines, it derives integrative premises asymptotically modifiable by further knowledge".

Behavioral phenomena, evaluations of perceptual functioning and information provided by patients forms the data from which a diagnosis of schizophrenia is usually made. Schizophrenics are unable to "stand alone", yet unable to establish mutually trusting relationships of fulfilling dependency upon others. When ill, they lack the capacity to correctly interpret the signs and signals emanating from the behavior and communications of other individuals and groups, and they panic in a sea of uncertainty. Withdrawal, excessive autistic fantasy, illusions, delusions, hallucinations, mania, depression, projections, excessive physical activity, absence of physical activity, mysterious and inappropriate rituals and more are probably simply abortive attempts to stabilize the uncontrollable chaos of a neurochemical system gone grossly away. It is difficult to accurately analogize the schizophrenic experience but all of us have experienced short periods of unreality and panic which are undoubtedly very much like that which the schizophrenic experiences most of the time.

Understanding the Disease

Piercing through clever facades of autonomy, one is confronted with the often denied fact that the most significant and fundamental behavioral experiences for any human being are to be found in relationships with other persons. More than anything else, more than food and more than life, people need other people. Satisfying the fundamental need for comfortable, accepting, caring and loving relationships with other human beings is the most important and valuable of all human experiences. Without such involvement with others, human beings will suffer from emotional illness, schizophrenia, or other aberrant behavioral disorders. It logically follows then that the development of interhuman constructive dependency relationships is the fundamental task of therapy for schizophrenia.

There are many interesting theories about the dynamics of the intra- and interpersonal experiences of schizophrenic people.

The "need-fear" dilemma of *Donald Burnham* (1967) postulates that a person suffering from schizophrenia has a basic problem in establishing and maintaining the kinds of close relationships that are essential to comfort. Comfort itself is feared. This is suggestive of *Fairbairn*'s (1966) "schizoid position" which is characterized as a fear that love will destroy. Distance and hatred, the opposites of closeness and love, are certainly not desirable to anyone and preclude the development of object relationships. Psychophysiologically these characteristics do not promote object cathexis.

Appropriately selected persons who suffer the need-fear dilemma may benefit when these characteristics and symptoms are confronted directly. This tactic may be therapeutic and, with persistence, trustful relationships may develop. The people involved and the therapeutic philosophy must be

"aimed at making and keeping contact, struggling to insure communication and fostering identification with caring and concerned . . ." others (*Holzman*, 1975).

If a constitutional defect interferes with or encourages faulty "mutual cueing" (Mahler, 1968) or if it results in the extreme sensitivity which one frequently sees in schizophrenia (and unusually creative people), the interactional and intrapsychic processes which result and which may lead to the development of psychotic reactions must be corrected or altered in some basic way through treatment.

Lehman (1975) believes that schizophrenia is "characterized by a genetic hypersensitivity that leaves the patient vulnerable to an overwhelming onslaught of stimuli from without and within". He cites evidence for this increased sensitivity to interpersonal relationships and life situations which is of a neurophysiological nature. The schizophrenic may well be unusually receptive to incoming signals (perceptions) and/or may be unable to selectively inhibit and meaningfully segregate these within his central nervous system. He is thus overloaded with information and stimuli. In Ammon's (1979) scheme, the sensitivity problem would be classified as a primary ego structure and function deficiency to which is added damaging experience to the central and secondary ego structures and functions early in life.

Further Comments on the Etiology and Psychopathology of Schizophrenia

The distillation of meaningful information about schizophrenia is indeed a major task. Meaningful information really implies information which differentiates the disease, schizophrenia, from all other diseases. Through all of these scientific and academic gymnastics, it is helpful to keep in mind Sullivan's caution that mentally ill persons, no matter how sick, are basically more human than anything else (Bleuler, 1952). All people experience emotionally traumatic events during their developmental years and subsequently thereafter. Some people obviously experience more than most and some experience more of a particular kind of emotional trauma than others. Perhaps that is the difference. George's father told me that his son was just like his mother's brother who killed himself at the age of 45. His father was angry at that time, and angry about 10 years later when he approached me about another matter. George has dreamed of killing his father. I chilled to the bone when I met the two parents of a brilliant medical student who was then acutely psychotic. Her parents could emanate no more warmth than an iceberg, no anger, no fear, no worry, no love, no caring, no nothing. Shirley and Gwen have mothers who remind me of an "iron hand in a velvet glove". The velvet over Gwen's mother's hand is very thin and even absent at times.

In 1955, Louis Hill published a short book titled Psychotherapeutic Intervention in Schizophrenia. In it he reported on 35 years of research and the-

rapeutic experience as a psychiatrist. He elected to consider schizophrenia as a subjective experience and forwent the objective clinical description of it. He referred to *Bleuler* as the "first observer clearly to say that the various symptomatic changes (in schizophrenia) were related to events in the lives of the patients, events to which they reacted in meaningful ways". *Hill* wrote about "vicissitudes of the ego, of expansions and contractions of its boundaries, of breaches in its integrity, and of attempts at reinstatement of ego functions". *Hill* believed that the primary qualities of schizophrenia are a peculiarity of thought and a disturbance of feeling (emotion). Further, he believed that the thought association disturbance and the apparent inappropriateness of feelings made sense if only one took the trouble to learn their meanings and origins. He believed that the schizophrenic withdrew to avoid "further injury to his ego" or "as viewed by himself, against further loss of his self-esteem".

Hill's book is as fresh and vivid today as it was 25 years ago. Louis Hill was the first President of the Washington-Baltimore Psychoanalytic Society and, for many years, the Chief Psychiatrist of the Moses Sheppard and Enoch Pratt Psychiatric Hospital. It should be noted that in his will, Moses Sheppard, who left his land and his money for the hospital, decreed that on Christmas Day, the Medical Director of that hospital, the Chief Nurse and all the psychiatrists should visit each of the 250 patients and wish them a "Merry Christmas". Sheppard, a Quaker, died in 1850.

Hill would not limit the diagnosis of schizophrenia to those so ill as to be labeled insane. He stated "schizophrenia as a diagnostic label may belong only to the psychotic who cannot get along extramurally. But schizophrenia as the experience and the way of operating can and does occur in many persons who are supposed to be physically ill, drunk, drugged, psychoneurotic, psychosomatic or plain normal". With that statement Hill clarified much of what is obvious from clinical experience with schizophrenia. We all know that schizophrenics get well. Some, but not all, have remissions and exacerbations, and some seem not to change. Conceptualizing schizophrenia as an experience and as a way of operating allows for an operational and process orientation toward the disease. It can then be described as occurring in greater or lesser degrees and in response to interpersonal situational events. It becomes a dynamic and meaningful phenomenon and even when used as a diagnostic tag it is more appropriate.

Hill believed that a mother could have a "schizophrenogenic" effect on her infant. He believed also that a constitutional factor, a predisposition to the development of schizophrenia might exist in the newborn infant. He felt that the mothers of schizophrenics have a "concentration . . . of an intensity and fixed attitudes and character traits which is unusual". They experience intense, often underlying anxiety, suspiciousness, avoidance of immediate intimacy, and they relate to the infant with a massiveness and intensity of impact from which there is no escape or compensating maternal attitude. It

would seem that the avenues of sensory input are all open (in the infant), while the avenues of activity and discharge are closed.

Hill wrote: "This child, whether or not it has a constitutional liability to anxiety, will be subjected from the beginning recurrently to greater quantities of anxiety than children of good mothers are required to carry. Not only is the child influenced by the mother's anxiety and tensions and difficulties, but the child's evidence of tension and anxiety in response to the mother will, of course, increase the mother's tensions, perhaps to the point at which she no longer is able to function even as a good caretaker of the young animal, the baby. This mutual augmenting of tensions or build-up of reciprocal anxieties would seem to be a factor in disturbing the growth of the infantile ego in such a manner that it becomes labile to schizophrenia".

Further on in the book Hill wrote: "In this situation the child might well feel that, in order to nurse the breast, it must first act as a living brassiere to support the breast. In order that such a child may satisfy his own needs for anaclitic love, it must, first, satisfy its mother's anaclitic requirements!" These remarks remind one of Justin Call's observations and documentations concerning the manner in which mothers facilitate or interfere with the

child's emotional and physical capacity to nurse.

Dependency

My specific concern today involves the phenomenon of dependency in the treatment of schizophrenia. Without contact with other people we would not differentiate and develop individual or individual group identities. We differentiate into human beings with human identities because we are raised, nurtured, loved, taught and cared for by other human beings. Normal differentiation is dependent upon dependency relationships with other persons. In treatment a patient with schizophrenia learns to differentiate himself, his mind, his psychic processes and his ego functions from those of other persons. He, his mind, his brain, must learn this differentiation in a dependency relationship with other persons. A schizophrenic person must first overcome his resistance to such dependency relationships by developing a feeling of trust with the people from whom he can learn healthy differentiation. This may require a long period of time but such differentiation is the only way to achieve a personal identity or to learn how to function as a so-called normal "independent" individual.

Human dependency is really interdependency with others. Autism is the opposite, it is a relative degree of total independence. Words such as love, closeness, caring, mutuality, cooperation, compatibility, devotion, loyalty, compassion, empathy and humanitarianism refer to dependency relationships between people.

A psychiatric definition of interpersonal dependency requires a holistic

and operational explanation. Webster defines the word dependent as "to be contingent" and "to require something as a necessary condition". I believe that human beings require and are contingent upon other human beings for emotional health; that, relatively speaking, human independence is now an anachronism and essentially does not exist; that anatomical as well as neurophysiological brain development is itself dependent upon the contextual emotional climate during the prenatal and anaclitic stages of development; that ego structure, development and processes are dependent upon the symbiotic mother-child and primary group-mother-child relationship; and that it is impossible to consider the innate biology of a human being divorced from the surrounding human environment; that schizophrenic human beings can learn to be normal human beings and any existing biological predisposition is relative.

The dependency requirements of an individual vary from prenatal to infancy, to childhood and so forth until old age and death. A gradual development of ego structures and functions should occur from conception to death. During any given successive period of life, the previously developed ego structure and processes condition that which will develop anew. Successive periods are thus developmentally dependent upon preceding development. The more adequate the ego structure and processes are at any one period, the better chance the ego has of responding constructively and creatively to new life situations. *Kohut* (1977) speaks of "a process that lays down a person's self (which) has its virtual beginnings at the moment when the mother first sees her baby". He believes that the social environment experiences the infant as if he was already possessing self and that this experience anticipates and channels the self-development within the infant.

Frieda Fromm-Reichmann was concerned about the "central significance of the schizophrenic patient's self-distrust and his dread of his own self-destructive impulses" (Whitehorn, 1954). Whitehorn, in his critique of Frieda Fromm-Reichmann's paper noted that "The schizophrenic patient is not, however, absolute in his inhospitality to overtures from others. The meaning of the social distance maintained by the schizophrenic patient has become increasingly intelligible as a sensitive interpersonal pattern of separateness, motivated by a fearful and hateful lack of faith in himself and others". Most psychiatrists accept this premise and recognize that the establishment of a trusting relationship with a schizophrenic patient is the beginning point for healthy ego reconstruction. If and when the schizophrenic patient becomes dependent upon the therapist and the therapeutic group, then and only then can he begin to develop more effective ways of relating to life situations. Only in the context of trusting dependency can he begin to develop healthy ego structures and functions. Dependency and trust in this sense go together. Without trust and a subsequent long period of dependency, reconstruction therapy is impossible. Reconstruction, like original learning in the early developmental years of life, may take a long time, even 5 to 10 years.

Independence or relative self-sufficiency is developed during a long period of trustful dependency (which the schizophrenic patient has not had) during which the ego develops a sense of security and the person becomes aware of an inner sense of relative security and self-esteem.

Confusion about dependency relationships in therapy may arise for many reasons. Some of these may well be defensive for, indeed, to participate in a close relationship with a schizophrenic, one may have to experience with the patient some of the latter's intense internal distress. One has to intuitively understand and effectively communicate to the schizophrenic an understanding of the latter's illness. Dependency relations work both ways. To "hook into" a schizophrenic is not an easy matter. A relationship of mutual trust, respect and importance must develop. The patient must become meaningful to the therapist else there will be nothing for the patient to depend upon. If a patient must learn to trust, he must trust someone who is real. This realness is at the very core of all meaningful human relationships and both persons get "stuck" if you will in the process. Perhaps that is another reason why (out of guilt?) some would criticize the vital dependency which develops in effective therapy with schizophrenic persons.

Dependency relationships may be destructive to one or both parties. Certainly this is the nature of the early pathological symbiosis between the developing infant, his mother and their primary group. Therapy and therapeutic dependencies (symbioses) must of course be constructive. They must encourage the development of healthy ego structures and functions. By virtue of habit, the schizophrenic person actually encourages the therapist to relate as the original destructive parent did. Because one must "open up", as it were, to respond and to "feel" the schizophrenic, the therapist is more defenseless against the often very clever manipulation of the patient. Frequent communications with a therapeutic primary group can serve to offset the necessary and deliberately encouraged vulnerability of an effective individual therapist. In the therapeutic context where I work, we deliberately stress the need for free and open communication between the members of the therapeutic group. In addition, we schedule frequent specific times to evaluate each person's individual and group therapeutic experience.

The Treatment of Schizophrenia

The investigation of schizophrenia is really the investigation of the behavior of mankind. For centuries, probably since the beginning of time, madness has been a subject of great interest. The history, literature and arts have reflected this interest often out of awe and fear. Even today most people are terrified of psychotic behavior and stigmatize people who suffer from emotional problems. Many still believe that the manifestations of psychosis are the works of the devil or other evil spirits. They react with a sense of help-

lessness and repulsion and convey these feelings to the sick as well as others. Schizophrenia is a disease which occurs in relation to interpersonal closeness. All people are more or less weary of being too open, too close, or trusting of other people too much. The person with schizophrenia is terrified by the experience of closeness and his panic is anaclitic. The symptoms of the disease are secondary to the terror brought on by the terror of closeness and tend to provide a kind of defense and separateness from other people. I place little credence in the differentiation between first rank and other symptoms because I believe the essence of the disease lies in the universal inherent biological proclivity and need (a dependency) for human beings to be close to each other. At today's level of sophistication about this phenomenon, we are better off if we utilize a simple but meaningful generalization that fits the large group of people who suffer from the symptoms which we generally attribute to schizophrenia. Some people are more frightened of being dependent than others. There are various degrees of fear of closeness and love. When fear is of a sufficient degree, people begin to develop behaviors and thinking processes which help them to deal with this fear.

We must study schizophrenia holistically. We must look at both the forest and the trees, and more. We must study the ground and the sky, the air and the water, the sun and the moon and even the planets and the stars, and more. Investigations of schizophrenia and other mental illnesses have been plagued with rigid linear thinking, descriptions, limiting definitions and incomplete diagnoses. I personally believe that psychiatry is at a critical crossroads because it has failed to look at the whole picture. I think one must honestly appraise our work and our investigations, and admit that we have had tunnel vision, more blindness than sight.

During the past 10 to 12 years I have lived in close contact with a number of people who by any criteria except that which claims that schizophrenics don't get well suffer schizophrenia. A number of these people have learned how to become well and are no longer schizophrenic. At least the degree of their fear of closeness and human dependency has decreased significantly and they are able to satisfy their human needs in healthy dependency relationships with others.

I work intimately with about 40 people who suffer from a variety of emotional problems. This group is organized as a kind of outpatient therapeutic community. Six to eight of them usually live in a halfway house, the remainder in our nearby community. The house is at the center so to speak of the activities and lifes of this group. The group is emotionally bonded to each other for emotional support much as a large family or primary group. The Community serves the functions of a supporting family. It provides a haven of acceptance for regeneration and reconstruction after work and struggles in the outside world and it provides new productive members for the community by helping to heal those who are sick and return them to occupational capacity. I spend a lot of time with this group.

I render individual psychotherapy from 5 days a week to once every month or two depending upon the patient's needs. I lead two psychodynamically oriented group sessions a week. Other members of the group, patients, lead social activity therapy groups which include clay modeling, art drawing and woodcarving. I eat breakfast with the group two mornings a week from 6:30 until 7:30 am. This breakfast group lasts longer if a significant emotional problem develops. I often work on house repairs with the group and go to the movies, celebrate birthdays, and eat special meals at restaurants or at the house. I eat the evening meal with the group two nights a week, attend the Sunday evening Housemeeting and the monthly Foundation meetings. This close contact and involvement has given me an opportunity to observe the behavior of my patients in ways that very few therapists have ever experienced. I trust these people and they trust me. They are my friends.

One might question the value of analyzing such a relatively small sample of people. On the other hand, a study of schizophrenia which covers a period of 6 months or even 3 years is a very short period of time and is probably not very meaningful. I have known and followed some of my schizophrenic patients for over 20 years. One of the most sought after professionals in my city spent five months in Camarillo State Hospital followed immediately by a year in our local psychiatric hospital 20 years ago. I know her because she has been our clay group leader for 15 years. Seeing her at her office or at a social event today, no one could detect that she fought schizophrenia and suicidal impulses almost constantly for 10 years. My practice has allowed me to study a relatively small group of people over a long period of time. During this long time I have seen things happen, watched growth occur, and made observations which probably could not have been made in a shorter period of time.

This discussion of treatment will not consider the chemical or other somatic modalities. These have their place in a total approach to the problem and I utilize them as indicated. The remaining psychodynamic approaches are based upon the motivational impact of one person or a group of persons upon the sick individual. Successful dynamic therapy with schizophrenia is dependent upon the nature of the interpersonal relationships which can be created between the patient and his therapeutic group and with his therapist. Assuming that those on the therapeutic side are actually therapeutic, progress in therapy can occur only if the patient becomes motivationally dependent upon this group. The most difficult and demanding aspect of the treatment process, and often the most time consuming, is related to the establishment of that kind of dependency between the patient and other people.

Explanation of this need for therapeutic dependency is complex and multiple, however the fundamental principle lies in the nature of human beings. Human needs, since man does not live by bread alone, are only satisfied by other human beings. The interactional process, intellectual, emotional and

somatic, is a relationship of dependency between two or more people. The process is fundamental to all social therapeutic modalities from psychoanalysis to social activity therapy. The needs of schizophrenic patients for physical, emotional and intellectual contact and involvement with other people are fundamentally the same as the needs of any other person. The psychopathology of the schizophrenic patient creates special obstacles to the development of mutuality with others. These obstacles create impediments to the fulfillment or satisfaction of their human needs. Nevertheless, schizophrenic motivation and behaviour has a sense of its own which can be understood if one studies the interpersonal atmosphere of their origins and development. There is a limit to the diversification of behavior which human beings may experience. Hence, we observe the development of certain symptoms, delusions or hallucinations, etc., in response to certain kinds of social environments. The hallucinatory experience is well within the human capacity. It may even by universal as is the experience of pain. Hallucinations occur not only in so-called sick people but may occur as a part of a culturally accepted ritual. They occur with certain fevers and they often occur when people are in long periods of isolation. The meaning of the hallucination is however quite different from its cause or its neurophysiological pathways. The cause and motivation for an hallucination vary from individual to individual and from time to time. There is invariably a personal significance and unique meaning to each hallucination. Schizophrenia, or schizophrenic syndromes develop when the rearing social environment does not encourage the development of comfortable dependency relationships with other people. Therapy, therapeutic experience must undo the damage from early childhood experience and secondly motivate the reconstruction of adequate ego structures and processes. This can only be done in a social therapeutic environment where normal physical, emotional and intellectual experiences are possible.

Some people are more therapeutic than others for schizophrenic patients. These people are able to maintain a consistent feeling of respect toward a sick person. They have a fundamental reverence for human life. They are humanitarian. Their own identity is strengthened if they are able to help strengthen the identity of others. They are interested in patients as persons as opposed to objects to which one does something. They are fulfilled when patients can be participants as co-therapists in a therapeutic process or endeavor. They like other people and they are relatively undefensive and unthreatened by verbal or emotional attack. They feel and respond freely, openly, are not rigid machine-like persons, are not interested in one-up-manship games and transactions. Good therapists grasp personal meaning and motivation as opposed to merely recording clinical description and biographical narrative in their evaluations of sick people. In selecting treatment goals, the superior therapist sets personality- oriented objectives and seeks to assist the person in definite modification of personality adjustment patterns

and toward the more constructive use of assets as opposed to the mere reduction of symptoms. Those who see medication as the "cure-all" in schizophrenia, are not the most helpful for the schizophrenic person. Those who become obsessed with the chemical aspects of the disease and downgrade the psychological and personal motivations are much less successful in treating schizophrenic patients. Good therapists are actively participant with their patients. They are not satisfied with simple interpretations and instructions. Whitehorn and Betz (1954), in their paper, "A Study of Psychotherapeutic Relationships Between Physicians and Schizophrenic Patients" state: "There is a similarly high association between improved condition at the time of a patient's discharge and the development by the patient, while in treatment, of a trusting confidential relationship to the physician". Patients who respond better to treatment also, I believe, establish trusting and confidential relationships with other patients with whom they are in treatment.

In the same paper Whitehorn and Betz go on to state: "Techniques of passive permissiveness, or efforts to develop insight by interpretation appear to have much less therapeutic value".

When schizophrenics are acutely ill, and often between their exacerbations, they may be unable to adequately care for themselves if left to their own resources. Therapeutic individuals and institutions often recognize this but therapeutic effort and implementation is however rarely optimal and frequently hardly more than neglectful. Few people seek to cure schizophrenia. Some even believe that the disease is not schizophrenia if it gets better. Schizophrenic people need a lot, not a little, psychodynamically oriented therapy. Psychodynamics refers to, and I quote Whitehorn, "our body of knowledge and theory concerning the role of personal motivation in disease processes, in recovery processes, in rehabilitation and in ordinary living. Psychodynamics is concerned primarily, I would say, with the personal meanings of experience, including psychopathological experiences. The study and treatment of patients, along the lines of psychodynamic principles, involves a good deal of biography, of close personal observation and of communication between patient and doctor, all of which consumes much time".

In 1952 a special Conference on Psychiatric Education of the American Psychiatric Association referred to psychodynamics as follows: "Psychodynamics, in general, is based on the postulate that human behavior is motivated and, in some psychological sense, purposeful; and rational psychotherapy is based on the assumption that the motivation of behavior can be discerned and understood to an extent and in a manner which may enable the therapist on appropriate occasion to induce modification of motivation or of reaction patterns by providing significant psychological experience". (Whitehorn, 1955.) This psychological experience must have sufficient personal meaning for both therapist and patient else it will be significantly less effective.

Schizophrenic people characteristically withdraw into an autistic world of fantasy and autism. There is much evidence to support the belief that this is a psychological defense against personal contact and involvement with other people. If so it must be possible to understand the reasons for the development of this defense. In therapy, however, one must motivate and encourage the abandonment of that defense. Circumstances which allow the patient to remain secreted in back wards of institutions, or in the back rooms of board and care homes are not approaching the problems therapeutically. Schizophrenics need to be in a therapeutic social atmosphere most of the time, not just a few minutes each week or each month. The illness is so much a part of them that they readily fall back into it when they are apart from a therapeutic social context. The social context must support the healthy aspects of the patient's psyche and must constantly encourage the development of more constructive ego operations. In an effort to provide the maximum kind of therapeutic experience for patients, a group of us, mostly patients, started a Psychiatric Foundation in Santa Barbara about 11 years ago. We wanted to facilitate the development of a therapeutic environment for patients who were not well enough to return to their own homes or lifestyles. This social environment was to be composed of people who were patients who would live together or who would spend a significant period of their days together helping each other to become emotionally healthy. It is practically impossible to place patients in groups of so-called normal people and to have that kind of experience become therapeutic for the patient. Few such normal groups, including families, care enough or are able to become intimately involved in supplying the patient's needs for therapeutic experience. My experience in Santa Barbara has demonstrated that patients, however, can provide for each other a great deal of their own therapeutic needs. Such a patient group needs a therapist who is able to conceptualize and relate intimately to schizophrenia as a human process as opposed to a genetic or chemical disorder.

A therapeutic group must establish a value system. That system must be based upon the therapeutic needs of patients. Openness of communication and a willingness to share any and all of one's thoughts with all others in the group is one of the values of our group. The willingness to be available to help each other at any time and to put aside all other activity until the panic or distress of one member of the group subsides is another value. The group encourages a sense of responsibility for each person and for the group as a whole. With these fundamental values in existence other humanitarian values spontaneously follow. I believe that these values are essential to the therapy of schizophrenia. When the group demonstrates an attitude of commitment to the personal emotional, physical and metaphysical needs of its members, it contributes a very important therapeutic factor to the life experience of the persons involved. I believe that most schizophrenic persons will not and do not get better in the absence of such an attitude.

Human life is important and meaningful only if it repeatedly assures that a person's existence is important to others. We humans are dependent upon each other for the satisfaction of this fundamental human need. Schizophrenic persons have been denied the opportunity of enjoying healthy dependency relationships with other people throughout their lives.

Although we often hear praise for individuality, I believe that individuality does not exist. Identity is a phenomenon which occurs only in a social context. One person's identity is dependent upon the identity of other persons. When the operations of the group encourage the development of healthy identities for all of its members, when there is no scapegoating, then

that group is therapeutic for schizophrenic patients.

In our group we have found it necessary to be constantly concerned about our systems of communication. We are informal. Patients and therapists are friends and are on a first-name basis. I am Jack to all in the Community. The House, a psychiatric residence, is open to members of the Community at all times. It is their house and the patients comprise the Board of Directors of the Foundation, hence they own the house. They have a Housemeeting every Sunday evening. After dispensing with the budgetary and financial matters they bring up their complaints and suggestions about how life at the Caboodle House is going. The Housemeeting starts promptly at 6:00 pm but lasts until every important or pressing matter has been discussed. It is an open-ended patient-led group designed to take care of the everyday matters of living. Emotional problems are part of everyday living experiences, hence they too can be discussed at the Housemeeting.

The social aspects of any group activity are far more important than the material. We began calling occupational therapy, art therapy, woodcarving and other group meetings social activity therapy many years ago. If an experience is to be therapeutic one must consider all of its important aspects. To be concerned about the color of a picture without being concerned about the feelings of the painter is antithetical to therapy. Working with one's hands involves a coordinated effort of mind, body and group. Because we are most concerned about an ample continuous communication of each individual's specific emotional state we attempt to make each therapeutic group

a kind of forum for that purpose.

On Tuesday afternoon we work with clay for two hours. Clay notes are written by each participant and the leader during the last 15 minutes of the session. Perhaps if I read from some of these notes it will help to exemplify the open and honest communication which we foster.

On November 20, 1979, Isabelle, the leader, wrote: "George was severely troubled by depression: He seemed nearly immobilized and only came out of it to some extent when we talked about the sexy movie 'Emmanuel'".

"Ellen is disappointed in herself for collapsing once again in response to Jack's leaving – nevertheless she talked about it and stayed in good contact, taking responsibility for her feelings. I felt she made a good effort today".

"Rita is in a much better place than last week – somewhat scattered, but willing to listen and try to make statements and make decisions out of her own integrity. She was fun to kid around with re: her little group of figures she created".

At the same group George wrote: "Clay – I'm extremely depressed today. I am talking about my frustration of not being able to do and accomplish things because of a lack of an inner self".

Rita wrote: "Today I really enjoyed making the 'things' that would fill up the loneliness hole I did last week. They were Al, Tom, Cathy, Jack and friends. They looked very solid to me. I don't know how exactly to express it, but I felt great sadness for George's pain and struggle and then some anger that we all have to go through such pain to get well. His piece of clay first reminded me of a gentle hand – like one holding a baby – then he turned it into a 'fuck you' hand – which seemed to express the feelings he had expressed during the day toward everything right now. I can't finish – I am tired".

Ellen wrote: "George made a hand flipping the bird at the world. I made a phallic symbol in spite of myself and Rita made a whole group of people. I spoke a little about my detachment – that I'm aware of anger underlying it and am just going to stick to my usual structure and try not to beat myself over the head for collapsing. Rita's much more put together this week and investing some effort to be part of the House now. George spoke some more about his anger although he feels better, I think. Isabelle got some relief from Rita when Rita told her that the way she operates in her job is fine – she can justifiably take time to be alone and concentrate on her work away from the office. I'm not feeling super but it was a good group. I'm just hanging in there waiting for more comfortable times and in the meanwhile I'll try and be as comfortable as I can. Isabelle didn't make a clay figure as far as I can remember. Gwen, by the way, was too pissed off to come to clay. We had a good, confrontive talk with her at Staff".

These, like all of the notes from our different groups, are circulated and posted on the bulletin board of the Caboodle House. Please note, within the Community we make no effort to maintain confidentiality. That would be antitherapeutic and counter to the values and objectives of our Community.

Emotionally ill people have suffered great narcissistic damage during their childhood. They literally hate themselves and have minimal feelings of self-worth and self-esteem. They avoid through neurotic and psychotic defense systems the reexperiencing of the rejection, anger, tension and hate which characterized their infancy and childhood. Confidentiality as a principle within a therapeutic community encourages the continuation of deficient and defective ego structures and functions. Self-worth and other essential narcissistic supplies can only come from healthy operational social intercourse with other people. A person's ego system must be open and receptive to this process or these processes before the positive feelings of acceptance

from others can enter. Through participation in a real relationship with another person, the sick person's sense of well-being begins to develop. Confidentiality, we feel, implies that there is something to hide from others. We don't accept that any person in the Community has something to hide from the rest of us. We acknowledge that repressed memories may be too painful to reexperience at any given time, but those memories and experiences do not make the person unacceptable to the rest of us.

On December 21, 1977, Hedy, the patient who voluntarily leads the Art Group wrote: "Gwen started early – she drew a picture of a Japanese fan with two eyes peeking from either side – her next drawing was of a shield with torches all around it. The torches signified light and Gwen said the

shield had some relationship to Christianity".

"Sharon drew a picture of a green oblong shape surrounded by red and then surrounded by many prickly layers of colors – she said she felt like she was in the center and was protected by the prickly layer. She talked of her feelings of rejection – of being afraid people in the House might not accept her. She talked about her anger and how hard it was for her to show it".

"Pat sat on the couch for a while, but did not participate".

"Ellen sat with us and made Christmas decorations – she talked about her anger toward Sharon – said she was afraid Sharon wanted her to take care of her and that made Ellen angry".

"Jamie talked about his obsessions and how he felt he was opening up – how he wanted to lick his problems and be well. Jamie seemed angry – anx-

ious when talking about his obsessions".

"George started a new drawing – said he likes it – George told us he heard a lot and didn't talk very much. He did express his anger about moving out of his room – he said it felt like he was forced to move and talked about my feelings- how much I have hurt inside – like I was changing – giving up things and it really hurt".

On April 23, 1980, the following notes were written by patients at Art

Group: "My picture is self-explanatory". Gwen.

"I have terrible anger today! I finished a picture of a bird flying through the anger and resistance. I really don't (know) where the hell I am after my not being able to launch the boat at Lake Cachuma last Friday morning. I

feel just terribly angry and stuck". George.

"I came in late and ate lunch at the table and talked with the group. I didn't draw. I thought that our talking about Hedy and her control of her children was real good. Hedy feels like she is very strict when in fact it seems to us that she is being kind of a 'push over' and letting her kids run her. I believe Hedy needs a lot of support on this and that I am more than willing, as is everyone here, to help and support her."

"Rita's pictures tell pretty much where she is, kind of spread all over without any differentiation. I feel pretty good today, had a good morning of

schoolwork". Jamie.

"I made two large sheets full of ice blue fear – it seems to go all over. The third picture was a large parrot-green blob – which Hedy thought looked like growth. I added 8 suns around it and then made another fear picture – only this one was less fear". Rita.

The Art Group meets once a week from 11:30 am until 1:00 pm in the dining room of the Caboodle House Anyone can join the group at any time. Everyone draws what he wishes. People talk about where they are and about how they feel. Some come during their lunch hour and some take off work to attend. The Art Notes are also posted each week for all of us to see. If a person wishes, and most do, they may hang their pictures on the wall in the dining room. It is like a statement to the Community about something very important that they wish to communicate to the others.

We have an official professional administrative meeting every Tuesday noon at the Clinic office building. Patient input is extremely important to our Clinic operations hence any patient who wishes may come to the Staff meeting. Minutes are made and these too are posted on the bulletin board at the Caboodle House. The following are the minutes from our Staff Meeting of April 22, 1980:

"Present: Jamie, Ursula, Rita, Gwen, George, Katy and Sully, Jack, Bari, Robin, Teena, Gary".

Announcements:

- 1. The regular monthly meeting of the Southern Calif. Psychiatric Society will be tonight at the El Cielito Restaurant. Robert Pasnau, M.D., Past President of SCPS will speak on "Psychosomatic Approaches in Medicine".
- 2. Jack is covering inpatient and outpatient for Allan Hanretta beginning today through Sunday.
- 3. Catherine Kennedy Jones and Judi Chamberlin will meet with members of the Community at the Caboodle, May 8th (Thursday) at 7:30 pm. Judi Chamberlin is the author of the book "On Our Own: Alternatives to the Mental Health System". Ms. Chamberlin writes that she was a patient for 8 months in 6 different mental institutions. Jack and I are reading her book now. It would be nice if others who will meet with the women could read the book too before the meeting with them.
- 4. Dr. Sharma is expected in Santa Barbara a week from today, April 29th and the 30th. Dr. Sharma is to be at the Harbor Hospital in Long Beach the 28th and has a speaking engagement at Napa State Hospital on the 1st of May. We had planned on Dr. Sharma eating dinner at the Caboodle (Diana cooking) on the 30th, however, now it seems that Tuesday, the 29th, would be a better night for his visit there. It was suggested that the dinner be a potluck, and that Hedy, whose night it is to cook, could cook another night instead. Dr. Sharma is the Chairman of the Department of Psychiatry at Goa Medical College in India.

5. Jack's office has new carpet!

6. We will be getting the carpets and furniture cleaned this Saturday.

7. The usual time for the Peer Review Committee meeting of SCPS is the first Thursday of the month. However, since in May this Thursday is very close to the APA, the meeting will be May 15th instead.

8. The annual meeting of the APA which will be held in San Francisco this year is May 3-9. Jack is still ambivalent about whether or not we will be

9. Foundation meeting is a week from this Friday. Gail and Bob are the cooks.

10. The next issue of the AASP Bulletin is at the printer's being collated. This issue is going to be extra-special because we are having it done Journalstyle. By that I mean it will have a heavier cover than the inside pages and will be bound by a book-binder. The printer should be done with his job by tomorrow afternoon and then a few days for the bookbinder. We hope to get many of them out this weekend. This issue has two scientific papers included in it. One is by Ursula and the other is by Jules Masserman. Jack is constantly upgrading the Bulletin and is soliciting for more scientific contributions. I am very excited about it.

11. In regards to the Bulletin, I am in the process of applying for copyright registration.

Caboodle Report:

1. There was a work party last Saturday and the backyard was trimmed. It really looks nice.

2. Ross: This morning was the first time (Jack reported) that Ross was at Breakfast Group at 6:30 and his bed was made. Jack felt this was an important sign. Also, Ross participated in group last night more than he has in a while.

3. There were 8 people at wood group last Sunday. Diana finished her whale and she is very pleased with it.

4. The trip to Naciamento is still being planned for May 9-11.

Rita:

Jack spoke with Rita about his feelings about her drinking. Last Friday night she and Al went out to dinner and she had a couple of drinks before dinner, two glasses of wine with dinner, a capuccino afterwards and then they went to the bar. Rita doesn't remember what she had at the bar because by that time she was pretty out of it. Rita had told Al at first that she wanted to get back by 9:00 but they ended up staying out until midnight. Jack refers to last weekend for Rita as a "lost weekend". Saturday was shot for her because she was hung over. Jack recommended to Rita strongly that she not drink any alcoholic beverages while she is here. He doesn't feel she is an alcoholic, but her drinking certainly gets in the way of what she is trying to accomplish here. Although Rita had been taking a number of tranquilizers in the past, she hasn't had any medication while she has been here. Jack doesn't feel that medication is for Rita. Jack wrote her a letter with a copy to Al emphasizing his recommendation regarding alcohol. In the letter he also

advised her to quit smoking.

Last week in Staff as we discussed Rita taking over charge of her life, Gary asked if Al could handle Rita in that capacity. Gary felt that after years of taking care of Rita, Al would not go along with her being in charge of her own life. Teena feels that Al is open. She said that he appears to be very aware of the Community and what goes on here. She feels he really cares for Rita, and if Rita can directly communicate to him her needs that he would be responsive to them. Last Sunday at Wood Group, Al was telling Rita how to hold the tools, how to chisel, what to do. Rita, quietly, as if not wanting the others around to know that she was having a problem with Al, told him to leave her alone. Finally, she said to him if he wanted to do it then take it. Teena suggested that she could have said, "Al, I really would like to work on this on my own, without your suggestions. I would really get a lot out of it that way and this is important to me". (Well, something to that effect anyway). Everyone agreed that that sort of approach by Rita would have been better. In being direct, Rita would have more integrity and Al would most likely respect her request.

Rita drew three pictures with Ellen, one of which was hung on the wall at staff today. This picture was a green round spot with legs, two eyes, no mouth or arms. It says "Scared Shitless". Rita feels too much fear. After another picture she drew, a bigger round spot, Rita felt less frightened. After last night's group and the discussion about Rita always having to "figure out" where her fear comes from, etc. it seemed very good to me that she

could get some relief from just drawing her fear.

Jack emphasized to Rita specifically, but to everyone in general, the importance of keeping all communications open and honest. It is important not to segment or isolate information or relationships. Rita needs to use the group to support her in her relationship with Al. Right now she tends to have her relationship with Al separate from her relationship with the others.

Next weekend Rita will try and have Cathy come up with Al. It is better for children to be with their parents than not, regardless of the circumstances. Cathy is 11, and there is talk of her staying in Los Angeles and attending a school fair "Mardi Gras". With Rita being up here, and Al coming up this weekend, it is better for Cathy to come up with Al to be with them both.

Sully described what he picked up by the discussion about Rita and Al. Sully felt that Al sees himself as part of the solution but not as part of the problem. Rita agreed with that.

Sully:

Sully talked quite a bit about the program he was involved with for 11 years from which he just recently retired. He was heading a "Special Health Services" program for Standard Oil. Originally it was going to be an alcoholic program, but quite soon after it began, someone came in with a her-

oin addiction, and then other problems came in and so it developed into much more than an alcoholic program. The focus was on job performance. An employee's supervisor would comment to that person on his poor job performance and would send him to the Special Health Services program. This approach maintained the good working relationship between employee and supervisor, rather than giving the supervisor the responsibility of handling the problem. Sully said his program was a crisis intervention center. They recognized that if they were to treat people, that they would have to close their front door, because they could only help a limited number of people. As a Crisis Intervention Center they dealt with people literally all over the world. Sully stressed the importance of early detection. He felt strongly that people must be helped early; that an alcoholic who has been drinking for 20 years really is a tough nut to crack. He himself was an alcoholic and has given up drinking now for 20 years. Sully also attributed their good success rate (80 % of the 2400 cases they saw) to the good motivational factor of the individual's paycheck.

Sully mentioned two things about helping people. He said that people have to be comfortable in order to be good therapists. He also said that people tend to see the problems in a patient for which they are most involved. For instance, as a reformed alcoholic, he would immediately detect alcoholism as a person's major problem, a chemically-oriented psychiatrist may see the person as having some chemical imbalance. He was cautioning that one needs to see the patient from where he is and not project one's own perceptions onto him.

The Psychiatric Foundation of Santa Barbara holds a monthly business meeting preceded by a potluck dinner on the first Friday of every month. This is an open meeting for anyone who wishes to attend. Again, minutes are taken and they are available for anyone to read. I will now quote the minutes of the Foundation Meeting for August 1, 1980:

The regular monthly meeting of the Psychiatric Foundation of Santa Barbara was held August 1, 1980. Board members present were: Teena Sonsini, Bob Rhodes, Ellen Masthoff, Diana Hobbs, George Maring, Ross Vallone, Jamie Sonsini, Gwen Wannan, Hedy Price and Bari Cherness. Others present were Donna Stewart, Elisa Ford, Jack Carleton, John and Ann Mealy, Charlie Alves, Shirley Loomis, Paula and Howard Frye, Ursula Mahlendorf, Gary Hanson, Gail Kogus, Pat Howes, Isabelle Greene and Robin Hamlin.

The secretary read the minutes of the July meeting. Ellen gave the Treasurer's report. There was a net increase in fund balances of \$ 242.56. Our cash on hand is \$ 1,629.24.

Diana introduced her sister Elisa Ford.

There are 7 people in the house. We have had lots of fun the last two weekends on the tree. We now have about a cord and a half of firewood for our efforts.

George got his motorcycle back.

Paula Southwick will be taking a job in San Diego.

Heather Hanson was 4th in the nation in the 9 year old high jump. She was also 7th in the triathon.

During the last month there was a camping trip to Cachuma.

Bob took Danny to San Diego for a couple of days. They went to the zoo, Wild Animal Park and Sea World.

Eight of us went to the Willie Nelson concert. We all had a good time.

We've had lots of birthdays this last month.

Howard Frye got his 25 year pin at Lockheed.

Rita is in Placerville right now. She is doing fine.

George stated our house is sinking. He will keep us posted on this development.

Teena thanked Hedy and Ursula and George for the great barbecue dinner.

Jamie stated we have had 3 bids for painting the outside of the house.

The tree in front has been trimmed. George and Shirley planted new shrubs in the front of the house. The worm farm gets honorable mention this month.

Ellen spoke about the wallpaper lady. She should finish her job by repapering. Ellen put in a call to her today and expects a call back.

Ross reported on plumbing group. The drainpipe and venting system should be done this weekend. He stated progress should go quicker now.

Al's Newsletter should be coming out shortly. We need an editor for the next Newsletter. Jack volunteered Gwen and she smiled in acceptance. After much discussion it was decided that Jack would be co-editor.

The Labor Day picnic will be planned by Ross and Gail.

Isabelle stated there will be a special on KCET at 10 pm featuring the work of her grandfather and his brother.

Teena thanked Howard and Paula for the windchimes they gave to the house tonight.

Meeting was adjourned at 8:45 pm.

Signed respectfully, Robert F. Rhodes, Secretary, Psychiatric Foundation of S. B.

The openness of our therapeutic community is threatening to many mental health professionals and to some lay people. Some people prefer to maintain a professional distance which insures that they will not become a "part" of the lives of their patients. They can thus maintain a "passive permissive", "interpretation and instruction" of "practical care" attitude and operations in the therapeutic situation. These stances, although apparently satisfactory for the professionals and helpers who have relatively stronger egos, do not offer the necessary potential for therapeutic experience and interaction which schizophrenic and other patients need. They do not encourage the

patient to become dependent upon the therapist, nor do they encourage the interactional processes with the therapist, the therapeutic group or with others which are vital to the reconstruction of healthy ego structures and functions.

Ammon and his group at the German Academy for Psychoanalysis (DAP) have been developing a conceptualization of ego structures and functions which I believe contributes much to the understanding of mental illnesses and, in addition, promises to provide specific therapeutically valuable information. Review of some of their material leads me to feel that their findings are most consistent with the therapeutic approach that I have just presented. In the 1979 edition of The Handbook of Dynamic Psychiatry, Ammon states: "The entire clinic organization in schizophrenia therapy should be included in treatment as one therapeutic instrument. That means, the group dynamics of the entire clinic, of the team of co-workers, of nurses, physicians and attendants, of patients and their relatives, and of volunteers from the outside should be paid attention to and recognized and should be studied so as to be able to integrate everyone into the therapeutic process. The clinic director should make himself available as a catalyst for confrontation with every one of his co-workers and thereby guarantee the integration of all of his co-workers into the milieu therapeutic community. Only then is it possible to put together groups of patients in which milieu therapeutic work can take place which does justice to the group and its dynamics and to the interests and talents of each individual group member".

People, everyday human intercourse, living together, eating together, sharing good and bad fortune, celebrating together and dying together; all these are part of the vital experiences which living presents to the healthy and to the sick. The schizophrenic has learned to relate to only one symbiotic other, usually his mother. His receptor sites, his capacity to relate to others is more or less nil. To be well, he must learn how to satisfy his dependency needs with persons other than his mother. To do so, he must learn how to become really dependent upon his therapist and his therapeutic group. Individualization is operationally the capacity to relate comfortably to many social situations with many different persons. Healthy individualization insures the easy fulfillment of dependency needs with more rather than with fewer other persons. Healthy individualization insures that the individual will be a group member of many groups as opposed to the schizophrenic who is a group member of only one group and that is for the most part a diad. One must get on the skis if one wishes to learn how to ski. Learning how to ski does not come from reading or instructions alone. One is dependent upon the snow, the mountainside, the skis and the operational process of moving over the terrain. Learning how to live is also an active process and cannot be achieved in an asocial setting. The following vignette illustrates some of my ideas about dependency in the treatment of schizophrenia:

The turning point in the treatment of a schizophrenic is the formation of a therapeutic alliance which enables the patient to depend upon the therapist and the therapeutic group and to begin to build new ego functions which will replace the previously developed deficient, destructive or overcompensated ones. The dependency relationship is essential to the ego function development. Without this relationship, the patient is dependent upon his own obviously inadequate ego structure, that which was developed in the pathological symbiosis with his mother and in his initial primary group situation. This theory is essentially that of *Günter Ammon*'s. It has been the intuitive working theory of our group, and to some extent over the years it has been verbalized and written by our Santa Barbara group. *Günter Ammon*'s contribution in the form of ego structure and group dynamic principles is a major addition to and a significant improvement over previously existing theory.

One member of our group, Gwen, has just recently reached the turning point. I think there is some value in elaborating her current situation. She is 55 years of age and has been more or less psychotic for over 12 years. In addition to fairly classical schizophrenic illness, she has also experienced severe and prolonged periods of depression. She fell in love with me in 1968 when she saw me in the hall of a local hospital before we met and I became her psychiatrist. The "in love" relationship continued until about one year ago. It was characterized by her seeing me alternately as God or the Devil. Since she is no longer in love, she doesn't know how to relate to me. She is terrified now of this completely strange and new relationship. Although very depressed, she is not currently psychotic. She has left the very protected spot in the back of her head and is trying to relate spontaneously to immediate interpersonal situations. Previously, she tried to figure out everything in the safe place in her head before she ever ventured to communicate with others. From the start I was aware of the facade which Gwen presented. A facade which initially allowed her to be seen as a fairly normal person to superficial observation. She would be in the same room talking with me but I couldn't accept that she was really "with" me. It took 12 years before she claimed this aspect of the process of her defense against depending upon other people and allowing herself to be close, or to becoming a group member in contrast to her schizophrenic aloneness.

I suppose that we could say that Gwen was dependent upon me throughout these 12 years. Actually, after an initial 3 months of treatment and in the middle of an unsuccessful series of electroconvulsive therapy, she left my care and went to the Country Hospital. She discharged me there. Thereafter she spent a total of almost 18 months in 2 different state hospitals, much of the time in terrible psychotic states. She also made several very drastic suicide attempts. She returned voluntarily to my care in 1972, acutely psychotic and afraid she would kill her only daughter. At that time she made me promise not to abandon her as a therapist again. Her falling in love must

have had a very significant part in the therapeutic process. Through it she apparently cathected enough in me, or in the fantasy of a relationship with me to allow her to "hang on" to our relationship long enough for her to reach her current non-psychotic turning point. Throughout all of this time a number of people on the hospital staff were critical of what they referred to as Gwen's dependency upon me. Gwen was very talented in presenting me as the "bad" mother or father to staff, personnel and to other patients. She even switched to another psychiatrist for a few weeks when she convinced him that the relationship with me was detrimental to her health and that I was too controlling in my relationship to her. Although Gwen and I have struggled and fought with each other throughout this time, she has never really trusted me enough to begin to establish a healthy dependency upon me. A dependency characterized by trust and faith. She is only now at the stage when she can begin to develop such a dependency.

When Gwen's husband died of a fulminating carcenoma of the adrenal cortex in 1974, after an illness of 6 weeks, we attended the funeral, picked out the casket and held a reception for her mother and sisters at the Caboodle House (our psychiatric residence). We have seen Gwen through the trials and tribulations of a daughter who became dependent upon heroin and who licked the addiction. Members of the therapeutic community have served as her conservator and have managed her money and her expenses since her husband's death. They have scheduled with her every weekend for a number of years while she was living in the psychiatric residence. During this time at least one person is responsible for knowing where she is at all times. The relationship with Gwen has not always been easy.

Gwen can be one of the most bitterly sarcastic and hostile of people. She admits that she uses this capacity to turn people away from her and thereby insure her isolation. In spite of this the group has persisted and they continue to pull, push, encourage and cajole Gwen into participating in activities and involement with the group. They get her up in the morning, and they help her to stay up until 9:30 at night. They take her on picnics and camping trips, to dinners and out for entertainment. Repeatedly, when left to her own resources, Gwen has regressed or become psychotic.

Gwen's efforts at involvement and particularly her motivation to become part of the group have been minimal. Last night, however, she wrote herself a note and put it on her mirror. It said, "Remember to say at least one thing to somebody at dinner every evening of the week". This is particularly significant because I instructed Gwen to speak to at least one person every night at the evening meal yesterday morning. This is the first time she has been so open and direct in fulfilling my instructions to her. She is beginning to establish a healthy dependency upon me, finally.

Ammon (1979) states: "In this process the therapist gets involved with his complete personality and is willing to bear and to work through the destructive aggression of the patient. In this therapeutic field of relations the thera-

pist takes over the ego functions for the patient - e. g. reality testing - and helps him to build new ego functions". This statement makes excellent common sense. Obviously, if one's ego structures were healthy, one would not come for therapy, let alone become crazy. Dependency is essential if one is to learn new and different methods of relating to life situations. In a sick family situation, the infant has no choice and must be dependent upon his parents and the primary group. He has no opportunity to learn healthy ways of adapting. The emotional environment is so pathological that the infant attempts to wall it off and to protect his narcissism from the destructive effects of his pathological environment. In schizophrenia, the infant becomes dependent upon himself and his own inner world, hence the autism, the aloneness and apartness which one sees so clearly and predominantly in the schizophrenic disease. To be cured, the schizophrenic must first allow other people to come into his world. He must allow himself to first react and to pay attention to other people. To see them, to hear them, to feel them and in a general holistic sence to experience them. This is a devastatingly frightening prospect for the schizophrenic because to allow himself to become open to the external world is to expose himself to what in his infancy and early developmental period was a very painful and destructive emotional environment. He expects the same to be true should he return to the state of "openness" in the therapeutic setting. Thus, for weeks, months and years one must patiently and persistently pursue a loving and therapeutic stance with the schizophrenic patient until he becomes sufficiently trusting to allow the therapist and other members of the therapeutic group to be meaningful. When the patient becomes dependent upon the therapist and the therapeutic group for his emotional needs, his narcissistic support, then and only then can he begin to develop healthy ego structures. It is thus inconsistent to think of therapy with a schizophrenic person without the development of this healthy trusting dependency relationship. I presume that many people are hesitant to become involved as one person to another in a therapeutic situation with a schizophrenic for various reasons. One of these certainly is the obvious potential for the schizophrenic to repeatedly "test" the therapist's true concern and love for his patient and this can be a very narcissistically threatening experience for the therapist. Nevertheless to be an effective therapist with a schizophrenic patient one must become involved. The patient must become important and one must be able to tolerate the repeated narcissistic attacks. I suspect that often those who challenge what in the final analysis will be deemed to be a necessary dependency between the patient, the therapist and the therapeutic group, do so because of the necessity to deny their unwillingness to risk so much of themselves for the benefit of another human being.

Otto Will (1970) states: "Psychotherapy is an interpersonal experience, a special form of the human relationship. From the point of view that schizophrenic behavior itself reflects past experience in interpersonal and social

fields and is also responsive to current events and anticipations of the future, psychotherapy would seem to be a meaningful form of intervention in an attempt to alleviate disorder. By this last I mean that both psychotherapy and schizophrenia can be looked upon as forms of interpersonal relatedness." Further Will wrote: "I have been struck by the readiness of men to identify the outlander – the stranger who seems foreign and somehow unfit – and to push him away so that those who are left may be alike and supposedly not suffer from major differences. There are many who are placed in this category, and (again for obscure causes) I am drawn to some (not all) of those called schizophrenic".

"My interest then was not so much in the treatment of a disease process known as schizophrenia but in the study of the vicissitudes encountered in forming a relationship with someone who has learned that he can expect more anxiety and hurt than good from such an involvement. Throughout the years, marked by numbers of therapeutic enthusiasms and regrets, the human relationship itself was seen to be a major force in bringing about be-

neficial growth or psychological disaster".

Sullivan's (1953) most famous quote reads as follows: "... there is nothing unique in the phenomena of the gravest functional illness. The most peculiar behavior of the acutely schizophrenic patient ... is made up of interpersonal processes with which each one of us is or has been historically familiar. For the greater part of the performances, the interpersonal processes of the psychotic patient are exactly of a piece with processes which we manifest some time every twenty-four hours. In most happy and successful, contented and detached, miserable and mentally disordered, or whatever".

Therapeutische Abhängigkeit in der Behandlung der Schizophrenie

John L. Carleton (Santa Barbara)

John Carleton bezieht sich auf Eugen Bleuler, der der Schizophrenie ihren Namen gab, weil er die Spaltung der verschiedenen psychischen Funktionen für eines ihrer Hauptcharakteristika hielt. Er meint, daß die Ich-Funktionen im Sinne Ammons den psychischen Funktionen im Sinne Bleulers vergleichbar sind, daß jedoch Ammons Aufteilung in konstruktive, destruktive, defizitäre und überkompensierte spezifische Ich-Funktionen ein differenziertes Verständnis der Schizophrenie, größere diagnostische Klarheit und erhöhte therapeutische Effektivität ermöglicht.

Vor dem Hintergrund normaler Entwicklung als einem Prozeß fortschreitender Differenzierung betont *Carleton* aufgrund seiner dynamischen Grundorientierung die Unvollständigkeit des Differenzierungsprozesses bei der Schizophrenie: Psychotisch reagierende Patienten haben Schwierigkei-

ten, zu entscheiden, wo ihre Psyche und ihr Körper beginnen und enden, ob ihre Gefühle zu ihnen oder zu anderen Personen gehören. Sie können nicht für sich selbst einstehen und auch keine gegenseitigen vertrauensvollen Beziehungen zu anderen aufbauen. Sie sind voller Panik in einem Meer von Unsicherheit und können die Zeichen und Signale, die andere durch ihr Verhalten und ihre Kommunikation geben, nicht korrekt interpretieren. So rücken für *Carleton* die Störungen der zwischenmenschlichen Beziehungen in den Mittelpunkt der schizophrenen Problematik.

Wir entwickeln uns zum Menschen mit einer menschlichen Identität, weil wir von anderen Menschen aufgezogen, genährt, geliebt, belehrt und umsorgt werden. Normale Differenzierung hängt von unseren Abhängigkeitsbeziehungen zu anderen Menschen ab. In der Behandlung lernt ein schizophrener Patient sich selbst -, sein Denken, seine seelischen Prozesse und seine Ich-Funktionen - von anderen Menschen zu unterscheiden. Er lernt das in einer Abhängigkeitsbeziehung zu anderen Menschen. Nur dann, wenn der Patient vom Therapeuten und der therapeutischen Gruppe abhängig wird, kann er eine wirksame Art entwickeln, mit den Situationen des Lebens umzugehen und eine persönliche Identität zu erreichen. Nur im Rahmen einer vertrauensvollen Abhängigkeit können gesunde Ich-Strukturen und -Funktionen entstehen. In diesem Sinne gehörten Abhängigkeit und Vertrauen zusammen. Ohne Vertrauen und eine lange Zeit der Abhängigkeit ist eine integrative Therapie, in der der Patient Sicherheit und Selbstachtung entwikkelt, unmöglich. Während die frühere pathologische Symbiose zwischen dem Patienten, seiner Mutter und seiner Primärgruppe zu einer destruktiven Abhängigkeit führte, sei die therapeutische Abhängigkeit konstruktiv, d. h. ermutige die Entwicklung gesunder Ich-Strukturen und -Funktionen.

Carleton kommt zu diesen Auffassungen anhand seiner Erfahrungen der letzten zehn bis zwölf Jahre, in denen er mit vielen schizophren kranken Menschen in einer 40 Patienten umfassenden therapeutischen Gemeinschaft in engem Kontakt gelebt und gearbeitet hat. Dabei zeigte sich, daß eine erfolgreiche dynamische Therapie mit schizophren reagierenden Patienten von der Art der zwischenmenschlichen Beziehung abhängig ist, die zwischen dem Patienten, seiner therapeutischen Gruppe und dem Therapeuten geschaffen werden kann. Ausführlich beschreibt Carleton die therapeutische Gemeinschaft und gibt zahlreiche Beispiele aus seiner Arbeit. In Anlehnung an Ammon kommt er dabei zu dem Ergebnis, daß das Milieu und die Gruppendynamik der gesamten Klinik das therapeutische Instrument in der Therapiebehandlung darstellen.

Literature

Ammon, Günter, (Hrsg.) (1979): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie. Bd. 1 (München: Ernst Reinhardt)

Bleuler, Eugen (1952): Dementia Praecox or The Group of Schizophrenias. (New York: International Universities Press)

Burnham, D.; Gladstone, A.; Gibson, R. (1967): Schizophrenia and the Need-Fear Dilemma (New York: International University Press)

Call, Justin: Approach Behavior in New Born Infants. In: American Journal of Orthopsychiatry, Vol. 32, Nr. 2, 282–283
Fairbairn, W. Ronald (1966): Psychoanalytical Studies of the Personality (Boston: Routledge

and Kegan) Hill, Lewis B. (1955): Psychotherapeutic Intervention in Schizophrenia (Chicago: The University of Chicago Press)

Holzmann, P. S. (1975): The Influence of Theoretical Models on the Treatment of the Schizophrenias. Presented at a Panel Discussion on the Psychotherapy of Schizophrenia, American Psychoanalytic Association, December 1, 1972, New York, as quoted by Chodoff, Paul and Carpenter, William T. Jr. In: Usdin, G.: Schizophrenia: Biological and Psychological Perspectives (New York: Brunner-Mazel)

Kohut, Heinz (1977): The Restoration of the Self (New York: International Universities Press) Lehmann, Heinz E. (1975): Schizophrenia: Clinical Features. In: Comprehensive Textbook of Psychiatry II, Freedman, A.; Kaplan, H.; Sadock, B. (eds.) (Baltimore: The Williams & Wilkins Co.)

Mahler, M. S. (1968): On Human Symbiosis and the Vicissitudes of Individuation, Infantile Psychosis (New York: International Universities Press)

Masserman, Jules H. (1975): Biodynamics. In: Comprehensive Textbook of Psychiatry II, Freedman, A.; Kaplan, H.; Sadock, B. (eds.) (Baltimore: The Williams & Wilkins Co.)

(1980): Principles and Practice of Biodynamic Psychotherapy (New York: Thieme-Stratton

Money, John (1980): Love and Love Sickness. (Baltimore: The Johns Hopkins University Press)

Sullivan, H. S. (1953): Conceptions of Modern Psychiatry. (New York: Norton) (1904): The Century Dictionary and Cyclopedia. (New York: The Century Co.)

Vassiliou, George G. (1978): Fifteenth Anniversary Brochure. The Athenian Institute of Anthropos, Athens, Greece

Whitehorn, John C. (1954): Hateful Self-Distrust: A Problem in the Treatment of Schizophren-

ic Patients. In: American Journal of Psychiatry, Vol. III, Nr. 6, p. 420.

– (1955): Psychiatric Education and Progress. The Salomon Lectures, November 30, p. 2 -, Betz, Barbara J. (1954): A Study of Psychotherapeutic Relationship between Physicians and Schizophrenic Patients. In: American Journal of Psychiatry, Vol. III, Nr. 5, p. 331

Will, Otto Allen Jr. (1970): The Psychotherapeutic Center and Schizophrenia in the Schizophrenic Reactions: A Critique of the Concept, Hospital Treatment and Current Research. În: Cancro, Robert (ed.) (New York: Brunner/Mazel)

Author's address: John L. Carleton, M. D. Secretary-General World Ass. for Social Psychiatry 2323 Oak Park Lane Santa Barbara, Calif. 93105 (USA)

Psychotherapeutic Journeys with Schizophrenic Patients living in the Community**

Marius Erdreich, Haifa*

Der Autor stellt in seinem Beitrag die psychotherapeutische Arbeit mit schizophren erkrankten Patienten des Government Mental Health Center, Tirat Carmel, Haifa, vor. Das Center verfügt über eine Behandlungskette, die von der stationären, teilstationären, ambulanten bis hin zur gemeindenahen Versorgung reicht. Der Autor schildert die Hauptstationen und -probleme auf dem therapeutischen Weg der Patienten in ihre soziale Umgebung und verdeutlicht das therapeutische Konzept anhand einer Fallvignette. Die Therapie ist tiefenpsychologisch orientiert und wird durch gezielten Einsatz von Psychopharmaka unterstützt. Ziel der Therapie ist es, durch Stärkung der Ich-Funktionen und Auseinandersetzung mit traumatischem und konfliktuösem unbewußtem Material den Patienten in die Lage zu versetzen, den Anforderungen eines Lebens in der Gemeinschaft adäquat zu begegnen.
Die Effektivität des settings wurde in einer Pilot-Studie überprüft. Die psychotherapeutisch be-

Die Effektivität des settings wurde in einer Pilot-Studie überprüft. Die psychotherapeutisch behandelten Patienten unterschieden sich von einer Kontrollgruppe nicht psychotherapeutisch behandelter Patienten signifikant sowohl hinsichtlich der Behandlungszeit bis zur ersten Beur-

laubung nach Hause als auch bis zur Entlassung aus der Klinik.

As the name of the paper suggests, we view psychotherapeutic work with schizophrenic patients as a journey which brings us¹ into unknown realms – sometimes pleasant, sometimes dangerous. It is difficult to know ahead of time exactly what obstacles or aids will be encountered or where the journey will bring us.

From our outlook of the community psychiatry approach, we are concerned with the increasing mass of schizophrenics living in the community after having left the hospital, where they passed their acute stage. We see the community psychiatry model as enabling this situation to exist in a positive and constructive fashion, by providing various support systems for the schizophrenic, enabling him to cope actively with his problems in the life situations in which they occur and to which he has to adjust. It is within this context that we approach psychotherapy with schizophrenics.

Of course, in any type of psychotherapeutic work with schizophrenics, strengthening of the ego functions is essential in order to enable the work to progress. However, with our type of population and general work model this is far more essential and, consequently, a far more central part of the

* M. D., Medical Director of the Government Health Center, Haifa

Acknowledgement
I wish to thank the staff of the hospital for their help and support.
The staff of clinical psychologists and the major psychotherapists in our hospital, Yoran Zadik in particular, were of particular assistance to me.
I am deeply grateful also to Alain Weinstein for his unfailing help with the pilot study.
Last, but not least, my sincere appreciation to Lydia Kleiner for her invaluable assistance.

^{**} Presented at the XIIth International Symposium of the German Academy for Psychoanalysis (DAP), December 8–13, 1980, Congress Center, Munich, Germany

therapy. Our hospital deals primarily with acute psychotics, and our orientation is to release them back into the community at the earliest possible moment. This is in order to allow for a good social adjustment in an open set-

ting.

It might be appropriate at this point to take a moment off from the main topic to describe the setting in which we work. Our institution is a comprehensive mental health center with facilities for full hospitalization throughout the entire range from closed to open wards, for day hospitalization, night hospitalization, a walk-in-clinic, a follow-up and out-patient clinic, and a system of community support. There is also a nursing school adjacent to the center, and the center provides undergraduate and graduate academic training for all the relevant medical and para-medical professions. In our view the treatment of psychotics has to be carried out from the pharmacological point of view in a way analogous to other chronic diseases such as coronaries or hypertension – i.e. by suppressing the symptoms with adequate psychopharmaca and at the same time providing parallel treatment by other modalities in order to enhance the community functioning. The use of psychopharmaca is seen by us as a form of ego support.

Psychotherapy is usually begun while the patient is in the closed ward, at the beginning of his stay, and accompanies him throughout the various stages of hospitalization. However, the greatest portion, time-wise, takes place

once he is back in the community at large.

The patients participating in the therapeutic journey usually have a history of hospitalization with a weak adaptative capacity. We approach their adaptative disability following the lines of *Bellak* (1973) ego functions. It might help to comment that the possibility of completing a successful journey will be decreased if we do not correlate the patient's ego disfunctions both with their expressions in lack of appropriate community functioning and with the means of strengthening and supporting them therapeutically via appropriate activities in the community.

The other participants in the journey are the therapists. And, of course, as befitting a difficult journey such as this, fraught with dilemmas, they begin the planning stages of the journey with a dilemma, whom to take on as a patient in this journey. This is related to another dilemma concerning the type of psychotherapy: supportive therapy which focuses primarily on the here and now, interpsychic functional levels, and is aimed at improving functioning and reducing symptoms without changing the basic personality, or more in-depth therapy which involves the additional aim of developing, to the degree possible, a better, more stable personality structure.

The ideal situation would of course be that the therapist would evaluate diagnostic indicators of the patient's ability to make effective use of either of the above types of therapy, decide which is more appropriate, and begin. Diagnostic indications for in-depth therapy include relatively preserved intelligence, some motivation toward health and life, some preserved ego

strengths, personality richness, at least minimal self-awareness. The greater the presence of these factors, the more in-depth therapy is likely to succeed.

In actual fact, the process is more complex. First of all, it is not always possible to ascertain a priori the strengths, needs, or tendencies of an acute patient or a chronic one living in a complex system of forces. Second of all, particularly in a public institution with a high turn-over rate and active wards, there are many other pressures, both from various staff sectors and from outside, or technical issues as to whom to take on the journey. Thus the psychotherapeutic journey is usually begun with a great many questions as to how the trip's plan can best be carried out, and as to how far we wish or hope to go. The first stages thus involve a great deal of gentle probing.

The choosing process and the gentle probing implicate the beginnings of the formation of a therapeutic relationship. However, it hardly needs saying that the formation of a therapeutic relationship is different in a hospital setting with schizophrenic patients than it is with patients whose egos are more intact and who are not living in a setting involving multiple simultaneous therapeutic aspects such as psychopharmaca, rehabilitation, occupational therapy, etc. Furthermore, the severity of impairment in ego functions means, among other things, that those functions sufficiently intact to be harnessed to the aim of forming a therapeutic relationship vary greatly. Thus the therapist is often forced to be far more flexible in his approach than classical therapeutic methods would advocate. He often must be more concretely and actually involved. He must frequently resort to other than the traditional verbal methods of communication using such methods as art, music, movement, even sports. And he must take on himself more responsibility for coordinating between the various therapists and therapeutic activities. Indeed, it might often feel almost as if the therapist has no choice in the matter. The huge need for support, the strong expressions of suffering, and the direct demands on the therapist and anyone else around made by the schizophrenic, plus his extremely low tolerance for frustration, allow for little possibility other than the above mentioned methods.

There are also many dilemmas arising in the course of therapy during the period that the patient is living in the hospital community. These dilemmas are particularly strong concerning the journeys involving a more in-depth element in addition to supportive ones. Again these arise in the main because of the patient's weak ego functions, particularly his inability to mobilize adequate and appropriate defense mechanisms. In order to work effectively in depth, there must be appropriate regulation of the defensive ego boundaries. The defense mechanisms must on the one hand be sufficient to prevent incapacitating anxiety and other symptoms and, on the other hand, sufficiently permeable and flexible to allow the patient-therapist team appropriate access to the intra-psychic depths. It is of course because of the great insufficiency of such a defense system in the schizophrenic that he has arrived in the hospital community altogether. It is here that he can be provided with

various forms of external support. However, these supports must also be regulated to meet the needs of psychotherapy. A balance must be found that on the one hand allows the patient sufficient relief from the anxiety and other symptoms caused by the surfacing of in-depth dynamic material, and on the other hand does not totally block out this material from awareness. Sufficient involvement must be established in concrete day-to-day activity, without allowing for exaggerated, defensive flight into these functions. And all these various aspects must also be regulated to meet the fluctuating needs of psychotherapy. Some concrete dilemmas might be presented now in order to clarify these points.

The first example is the dilemma that occurs particularly during the hospitalization period. This is the clash between the patient's regressive and expressive needs on the one hand and, on the other, the ability of the surrounding community to tolerate the behaviours they evoke. The psychotherapist himself often has difficulty tolerating bizarre, aggressive, or highly dependent behaviours, or touching upon anxiety producing material even when he knows that in the long run it is therapeutically indicated. He, however, has the theoretical and practical training, knowledge, and experience to be able to cope productively and effectively with his own emotional responses to the patient, turning them into tools of aid. Furthermore, in contrast to such staff members as nurses and occupational therapists, he spends far less time with the patients, a fact which greatly enhances his tolerance ability. The rest of the therapeutic community is in far less of a position to accept, understand, and cope with such behaviours. However we might wish it be otherwise, we must accept the realities of a nurse in an acute psychotic ward and come to terms with the fact that such behaviours will eventually evoke from her/him a less than optimal response. What usually happens is that the nurse then begins to turn to the psychotherapist with reports that the therapy is causing more symptoms rather than reducing them. More to the point, a request is usually made of the doctor for more massive, sometimes even urgent psychopharmaceutical therapy. Should the doctor respond to this request, the sedation and flattening of emotion that occur are likely to block, at least to some degree, the progress of psychotherapy. On the other hand, lack of any response is also likely to backfire, because the negative atmosphere thus set up in the ward will in all probability exacerbate the situation as far as the patient is concerned. Thus it is necessary for the psychotherapist to be in constant contact with the other therapeutic agents in order to help establish the optimum balance. It might be relevant here to suggest to psychiatrists that the use of incisive rather than sedative psychotropic drugs for relatively sedate psychotics is preferable since it allows for an alert and cooperative patient.

A similar problem exists with regard to the patient's release back into the community and all the many factors surrounding this. Release itself, as well as the various activities that constitute a healthy, functional life in the com-

munity (such as work, family, household, social and cultural activities) are crucial to the patient's self-image. However, they are for him very problematic areas. Because of his severe ego disfunctions, none of these activities can be expected to go smoothly, in an autonomous, conflict-free fashion. All require directed energy investment. All can be seen as sources of conflict and consequently of anxiety. This fact has two important consequences as far as psychotherapy is concerned. First of all, the reactivation of any of these areas is likely to bring the patient into a great deal of conflict. Secondly, although the roots of these conflicts are deep and intra-psychic, the outward manifestations usually involve many concrete, here-and-now aspects as well. It must be expected that with the patient's return to the community at large, not only will his anxiety increase, but a greater proportion of the therapeutic sessions will be directed towards here and now, often technical difficulties. In the best of situations, this will occasionally demand of the therapist a concrete, practical, somewhat directive response. A far more destructive possibility is that the patient will take defensive cover under such difficulties, using them to avoid, at all cost, the more painful (but in the long run more helpful) work on the deeper, underlying problem.

On the other hand, too cautious an approach concerning return to the community can also greatly increase anxiety by increasing the patient's insecurity, his fears about his inability to cope, the realistic economic and family pressures on him, etc., and may enhance the possibility of institutionalization. It also may give him the feeling that the therapist doesn't trust his abilities. This balance around release must also be regulated by the therapist, taking into account both the psychological and ecological factors in order to

find the appropriate time for release back into the community.

Both these dilemmas will continue to recur once the patient is back in the community. There will continue to be a need to adjust the psychopharmacological treatment and the degree of anxiety aroused by psychotherapy to maintain a balance between in-depth psychotherapeutic work and the surrounding community's intolerance of its occasional side effects. Likewise, for every activity that must or might be resumed there is the multiple danger of weakening the precarious self-image by starting too soon or too late, of pressure or overprotectiveness on the part of family, etc., and of a backlash of anxiety, and of damaging the therapeutic process via defensive flight to surface problems or via fostering dependency, and of a sense of lack of trust on the part of the therapist in the patient's capabilities, etc. Although, of course, no formula exists, all these factors must be taken into account when planning timing of a given patient's treatment program in the community in order to maintain an optimal balance.

It can already be noticed that, in our view, one of the most crucial aspects of a successful journey is finding the proper balance between various needs to be fulfilled via the journey or between the benefit and cost of a certain path. As we mentioned above, we chose the concept of a journey because,

although we may know it begins, we can't know quite how it will end or what will be encountered along the way. However, to the extent that we are able to systematize the overall concept of the journey and provide alternative contingency plans, the possibilities of completing the journey successfully and fulfilling our goals, will be increased.

The overall goal of psychotherapy is to reduce the ego disfunctions and to substitute healthier, more adequate, functional and flexible defensive and other ego mechanisms for those presently serving the schizophrenic patient. This involves both developing something that did not previously exist and replacing old patterns with new ones. Thus the two types of work that must be done are strengthening the ego and working on the unconscious traumatic or conflictual material that is holding or fostering the present inadequate ego development. However, of course, the problem is that on the one hand, in order to improve ego functioning, the unconscious material must be processed. On the other hand, this cannot be done without the aid of ego functions and supports. It is for this reason that it is so crucial that the therapist works directly and immediately on ego functions, wherever possible, that the psychopharmacological and community support systems be harnessed, and that the therapist himself provides ego support.

The crucial first stage is the creation of a therapeutic relationship. As I'm sure you all know, in order for the patient to develop trust in his therapist as someone who can help him, the therapist must come across to him as dependable, as accepting him as he is and as caring about him, and must communicate to him in a clear and sensitive fashion appropriate to his needs. Only once a minimum level of basic trust has been achieved can the rest of the therapeutic work begin. Of course, it is necessary to work on the therapeutic relationship through the process, to deal with the fluctuations in the level of trust and to strengthen it. The formation of such a relationship is in, and of itself, therapeutic as a corrective experience. However, in addition, it is a necessary prerequisite in order for the patient to allow himself to give up his precarious but tenacious hold on his pathological functioning. This will allow the patient and therapist to begin the gentle probing of the unconscious material. It will also allow the patient to take advantage of the auxiliary ego that the therapist is providing him.

Usually, the first content areas to be worked on surround the outbreak of the acute attack and the hospitalization. This is because this material represents the most immediate source of distress as well as, usually, the greatest distortions of reality. As his trust grows in the therapist, and as his organization returns, the patient is able to relate to more and more aspects of the distortions. It is of the utmost importance that the therapist relates with understanding and acceptance toward these distortions, interpreting to the patient their functional aspects. It must not be expected, however, that the patient will be able to work through all aspects of his acute attack in the first stages of therapy.

As the first stages of working out the acute attack have been passed, work on the family dynamics will usually begin. From this and from work on the past in general, traumatic experiences are likely to slowly crop up and offer themselves for working through. The work on traumas is likely to be closely intertwined with that on family dynamics. This is because we see these patients as living trauma-generating life styles. When we speak of traumatic events, we are in effect speaking of the fact that for the schizophrenic individual, with his great sensitivity and fragility and his otherwise weak ego, almost any life event can cause a degree of flooding with noxious stimuli and of subsequent ego dissolution. Even in the preclinical stage, with this vulnerability in human contacts, with the lack of competitive ability, the personality with schizophrenic tendencies has developed a tendency to retreat into himself and his inner world rather than facing the huge threat he feels in more actual object relations. Together with this, many interpersonal contacts have taken on traumatic dimensions for him. This is also caused by his inability to cope with his ambivalence and to unify his object perceptions into an integrated, viable whole. The accumulation of such defective object relations in turn causes him to project such problematic interactions into all subsequent contacts, in most cases preventing satisfying and perhaps corrective emotional experiences in the course of his further day-to-day life. In short, this defect in his ability to form adequate object relations initiates a self-perpetuating vicious circle. This, of course, must be worked on in therapy.

Of course, the relationship between the therapist and the patient must be worked on throughout therapy. This is not only in order to allow the working through of other material to continue, but also to serve as a living example of the patient's object relations and the opportunity to experience a corrective emotional relationship.

Another aspect of therapeutic technique that we have found crucial with psychotics is the need, towards the end of every therapeutic session, to return the focus to the concrete here and now, if it has been on the past or the inner world. This is especially important if the patient is living in the community. It serves several functions. First of all, it re-establishes the patient's foothold in reality. Secondly, it serves to close up sources of anxiety. Thirdly, this in effect induces more appropriate ego differentiation by emphasizing both the relevant separation between past and present events and the relevant sameness. This is in contrast to the typical schizophrenic perception which, because of the poor ego boundaries, tends to see events as either rigidly separated or so unseparated as to flow one into the other and lose their identity.

Another and similar technique often necessary with schizophrenics is to plan with the patient relevant concrete activities to be carried out in the interim until the next session. These are usually activities the anticipation of which have aroused in him anxiety, or those which the therapist and patient have agreed upon as important foci or anchors.

It might be noted at this point that to the extent that basic trust, better object relations and more adequate ego functioning are successfully achieved, the need to work directly on reality distortions lessens. This is because the need for these distortions has been decreased. However, it must be noted that the appropriate selective use of psychotropic drugs plays a crucial role as regards reality distortions far earlier in the course of therapy than the point where their need has been diminished is reached. These drugs, by reducing the affective investment in these distortions, induce double awareness towards the delusional content. This again is particularly crucial for the patient living in the community. It enables him to work through his reality distortions before the sources of his need for them have been worked through, thereby preventing further disruptions in his relationships and thereby improving the probability of reaching a stage in therapy in which these more primary aspects of basic trust and object relations can be tackled. Put another way, without the help of psychotropic drugs, we might view the schizophrenic as placing himself and the therapist in a double-bind. There would be no possibility of working on his object relations because of his reality distortions and no possibility of working on his reality distortions because of his great need for them, induced by his problematic object relations. The use of the psychotropics enables us to artificially neutralize one end of this bind, the reality distortions. This further enables us to work on the other end, the object relations, which in turn eradicates the source of the distortions themselves. The anti-anxiety aspect of the drugs serves a similar function with respect to ego disorganization, artificially holding the personality together sufficiently to enable further, more real integrative work to take place.

It hardly needs saying that with schizophrenic patients living in the community, special attention must be payed to work on family interactions. The family constellation, in the vast majority of cases, was a major factor in creating the pathology in general and the vicious circle specifically. In most cases the family continues to be a source of exacerbation of the patient's pathological patterns throughout his life, including the therapeutic period. Of course, ideally, we would advocate work with the family as well as individual work with the patients. When possible, this should be aimed at increasing the family's belief in, and support of, the patient at changing clearly pathogenic family interaction patterns and improving communication within the family. However, our experience has shown that this is often very difficult, and sometimes even impossible, to achieve. In reality, far more partial goals must be sought. This may include, in various cases, work on only one of the above mentioned aspects, or various attempts to neutralize the negative family influences. As regards the latter, in the best of cases, this can be done via individual work with the patient and/or directive work with the family. In the worst of cases, it involves the reduction of contact between the patient and his family via alternative living solutions.

The therapist must also be aware of the need to intervene directly in order to establish and maintain adequate contact with community support systems. What is being spoken of here is involvement with those agencies providing the patient with access to the community. These include work placement offices, medical services, neighbourhood community activities, clergy, social welfare agencies where needed, schools, rehabilitation centers, law enforcing agencies (again where needed), etc. It is of the utmost importance for his sense of well-being and belonging to the community that the schizophrenic be involved in both productive and enriching activities. However, this must be done with special attention to avoid overstimulation, since, as we have stressed throughout this paper, the schizophrenic has trouble regulating himself by himself.

We have now reached the point of an end, of sorts, of our journey. In all honesty, rarely an ideal level of functioning is obtained. However, our experience has shown that a viable balance is frequently reached, especially in the less destructive types of schizophrenia. This balance can be characterized in the following way. The patient achieves a sufficient level of ego integration to allow him to function adequately in the community in most situations. Furthermore, a sufficient degree of trust in the therapist and a sufficient level of self-awareness are obtained to allow him to identify the beginnings of a crisis situation before it becomes full blown. At this point, because he has come to see the therapist as a real source of help, he will return to him for help in overcoming this crisis before it becomes incapacitating and destructive. At times, such mini-crises may evoke the need for short rehospitalization. However, usually, because of the changes in the patient's and his family's view of his illness, via, in part, the therapist's acceptance, such rehospitalizations are far less destructive.

It is, however, important to note at this point that the therapist must, from the very beginning of the process, keep in mind realistic goals. On the one hand, he must remain open to the possibility of sometimes even surprising success. On the other hand, he must be prepared to fully accept the possibility of a long line of set-backs and also of limited final success in order to avoid frustration which he is likely to project onto the patient, causing the latter guilt and a sense of failure with which he is already quite over-burdened. The therapist must also be capable of coping with the anxiety generated by the uncertainty, ambivalence, and clashes encountered by the schizophrenic living in community.

The following is an example on the course and the outcome of a therapy with a schizophrenic patient:

Two years ago a 37 year old single woman, Miriam, applied to treatment because of morning vomiting and feeling vaguely that she will be harmed by people, perhaps by her own mother.

Born in Egypt in a well-to-do family, she was the only child with uneventful childhood and immigrated to Israel at the age of 14. As child and

adolescent she had usually one friend and sometimes no one. In latter stages, she described her mother as being dominant, and no independence was allowed to her till now. The father was a weak person, impulsive and loving to her. The relations with the opposite sex were opposed by her mother at adolescence as dirty and dangerous. So Miriam invested her interests and energy in study. She has an M. A. in languages and Ph. D. in education.

Returning to the first interview during the examination she became tired, expressed concern about the feeling that she has a knife in her back and it's dangerous for her to step backwards because the knife will stab her deeper and the two sides of her body will fall apart. The more time elapsed during the interview, the more disorganized she was till she reached the stage of word salad.

Her mother explained that the trigger factor was the end of a love affair, being left by the boyfriend since she was unable to start a sexual relationship with him and the contemplated marriage has been cancelled.

Since I saw no dangerous patterns in her psychotic behaviour and the mother was ready to take care of her at home, I decided as in many other similar cases to treat her at home, in order to avoid the stigma of hospitalization. I used promptly Fluphenazine (Prolixin) and established an intensive (4 times a week) schedule of meetings with clear indications to her mother and an open telephone line with me. I tried from the beginning to have her understand that she is accepted by me as she is, and on the other hand, I am not another "dangerous man". I did not criticize her delusions, but with improvement, I started discussing them gently, presenting my reality-oriented point of view. The strategy of the use of medication was to allow her a better integration into reality with less affectively charged delusional material and if double awareness occurred, to reinforce the realistic side, since I felt that she was trusting me. The dose of medication has to be such that within those described limits it will not block her in the therapeutic productivity of conflictual material.

As she improved further we were able to understand the feeling of a "-knife in her back" as concretisation of a symbol, of her being betrayed, especially by her mother, who by her "brain washing" on the topic of sex had made Miriam unable to start a normal relationship with a man. At this point, with much relief, she was able to start working as a translator in a public institution and she has been working regularly since. She had a mild regression a year ago when her father died after a prolonged heart disease. We used actual life events as a starting point for the explanations of the past. The death of her father actualized in her the feeling toward me as a father substitute with a more supportive attitude than her own father. The guilt feelings that accompanied this insight have been worked through and the transference aspects of these feelings have been clarified to help her to stay in reality.

After two years of treatment the following therapeutic results are worthy of note:

- 1. The interpersonal relationships are much easier for her and there is no need to avoid people.
- 2. She is less dependent on her mother, asserting herself without advice from her (or from me) in the social field.
- 3. She has been promoted in her work.
- 4. For more than a year she is active in two social circles:
 - a) A folkdancing group. b) The other group is an amateur poetry workshop. Her poetry is more optimistic and colored.
- 5. She has not yet had sexual contact but she is more prepared to start relationships with men with less fear what will happen. It is not easy for a woman at her age (39) and her education to find an appropriate partner for a significant relationship.
- 6. During stressful and anxiety generating situations, there might be some double awareness regarding delusional content, with vague feelings concerning the wholeness of her body image, but she actually has the tools to cope, without need for hospitalization or interruption of work or social activities.

So the progress in this treatment brought us from the stage of word salad to that of creative and poetic expression. The therapeutic process must continue.

The Effect of Psychotherapy on Schizophrenic Patients – a Pilot Study

As part of our pilot study on the effect of psychotherapy on schizophrenic patients, a comparison was made between those schizophrenic patients presently undergoing psychotherapy (the experimental group) and a randomly selected control group of schizophrenic patients not receiving psychotherapy. These two groups were compared on three measures: (1) the length of time elapsed (in days) from the date of admission until the first long home leave (of over five days duration). The experimental hypothesis was that the time lapse for those in therapy would be shorter. (2) The length of time elapsed (in days) from the date of admission to the date of discharge. The experimental hypothesis was that the time lapse for those in therapy would be shorter. (3) Rates of readmission: 3, 6 and 9 months after discharge. There was no hypothesis regarding this variable.

The experimental group consisted of 32 individuals, 14 male and 18 female. The mean age was 29.59, and the age range 16–54. The control group consisted of 29 individuals, 16 male and 13 female. The mean age was 34.66, and the age range 19–62. When subdivided into diagnostic categories of schizophrenia, the two groups were approximately equivalent. Likewise, the percentages of acute and chronic schizophrenia in the two groups were similar.

(1) The two groups were compared for length of time until first long

home leave by means of a one-tailed t-test for comparison of two independent samples. The difference was significant (t = 5.60, p = 0.001), such that those patients in psychotherapy had a shorter time lapse until the first long home leave than those patients not in psychotherapy.

(2) The two groups were compared for length of time until discharge by means of a one-tailed t-test for the comparison of two independent samples. The difference was significant (t = 6.52, p = 0.001). Those patients receiv-

ing psychotherapy were discharged more rapidly.

Because of the small numbers involved, statistical comparisons for significance were not made between the two groups as regards the readmission rates. It must be noted that the Center is quite new and insufficient time has elapsed both in psychotherapy and for readmission altogether for this measure to be truly reflective of the effect of psychotherapy, or lack thereof, or of readmission rates.

A general comparison can, however, be made between the percentages of readmission. This shows that, at three months, the two groups did not differ at all (26 % for each). At six months, those in psychotherapy showed a lower readmission rate (31 % versus 41 %) and at nine months this lower rate reappeared (42 % vs. 50 %). To the extent that this difference tendency will continue to show up, and will prove to be statistically significant, it can be said that, in the long run, psychotherapy reduces the readmission rate to a slight degree.

Another aspect that we focused on in the pilot study was the quality of life of the patients. This was by no means a scientific study, in the sense that no comparison with the control group was made. What we attempted to examine was the degree of improvement in the quality of life of those patients involved in psychotherapy. This was done by comparing their quality of life at a point in time at least several months into the therapeutic process, as contrasted with their quality of life when they entered psychotherapy.

The evaluation was made independently by two staff members for each case. One of the evaluators was the psychotherapist, in most cases a clinical psychologist. The second evaluator was the psychiatric social worker responsible for the patient's rehabilitation.

Four categories of quality of life were related to:

1. The restoration of a viable functional balance: a decrease of anxiety, an increase of affective congruency and reality testing as expressed by the patient and observed by the psychotherapist and the other members of the treating team.

2. A sense of belonging: both with respect to the family and the social group, as expressed by the patient and observed by the psychotherapist

and the other members of the treating team.

3. Self care: grooming, physical activity, weight control.

4. The patient's attitude towards life at the present and in the future: the development of an optimistic and yet realistic attitude towards life, includ-

ing awareness and recognition of both his limitations and his potentialities.

With the exception of self-care, the other categories showed themselves to actually be stages which were gradually obtained one after the other (in the order presented). Of course, the improvement within each category was also gradual. In fact, the very first signs of improvement showed themselves not in actual changes in the quality of the patient's lives but rather in a positive change in their attitude towards change itself.

As regards self-care, as already noted, the situation we found was both unexpected and different to that of the other categories. First of all, self-care was not particularly problematic except perhaps in the acute stage. The biggest ongoing problem was as regards weight control. This was in part due to the pharmacotherapy.

The restoration of a viable functional balance came about as a result both of the immediate, intensive pharmacotherapy and of the beginnings of psychotherapy which provided the patient with a sympathetic and empathetic ear. This not only allowed him to air his anxieties, but also gave him a sense of being accepted as he was. In short, it provided him with a caring relationship. It is interesting to note in this light that those patients in psychotherapy felt that they enjoyed a special status in the ward, as opposed to other patients, by virtue of this special care that they received.

As the relationship between therapist and patient proceeded and the patient began developing some degree of trust, he also began to relate more realistically to his other interpersonal relationships and the need and motivation to improve them. The first focus of this change in attitude was with regard to his immediate family. Gradually this was extended and widened to the work environment and finally to the point of developing meaningful social relationships outside the more necessary frameworks of family and work.

This point could be obtained only once the patient had developed a more enhanced insight, i. e. during the later stages of psychotherapy. This enabled the patient to realize with a mixture of pleasure and pain his limitations and his potentialities. His expectations became more realistic and his existential approach to life more optimistic. This situation can in effect be seen as the successful achievement of a most satisfactory and satisfying goal of psychotherapy with schizophrenic patients living in the community.

At this point it seems worthwhile to mention a study made by *Hogarty* et al. (1974 a und b) on the effectiveness of various positions of treatment of schizophrenic patients. They found that both entirely psychological and exclusively organic treatment programs were substantially disconfirmed by empirical findings. What did receive substantial empirical confirmation was a combination of the two, where both the psychological and the biological factors were considered important. This model is in fact the one we have

presented in our paper, with the added aspect of community support systems.

It should be noted by the way that we view immediate treatment in the hospital as the first line of the community support. It is furthermore of interest that *Hogarty* et *al.* found that the added effect of psychotherapy did not improve the treatment results over those of biological treatment alone while the patient was in the hospital. However, for out-patients, this addition did substantially improve the treatment outcome. This finding is similar to the above-mentioned results of our pilot study.

I hope that our journey together now, in this presentation, was somehow fruitful in posing dilemmas and question marks and also in providing a direction of thought as regards psychotherapy with schizophrenics living in the community.

Psychotherapeutische Begleitung von schizophrenen Patienten in der Gemeinde

Marius Erdreich (Haifa)

Der Autor berichtet über die Behandlung der schizophrenen Erkrankung als einem gemeinsamen Weg von Patient und Therapeut, dessen Hauptstationen und -probleme er in seiner Arbeit vorstellt.

Auf der institutionellen Ebene wird zunächst – unter dem Stichwort der gemeindenahen Psychiatrie – die psychiatrische Einrichtung beschrieben, in der Erdreich und seine Mitarbeiter tätig sind: Das Government Mental Health Center, Tirat Carmel, in Haifa verfügt über eine Behandlungskette, die von der stationären, teilstationären (Tag- und Nachtklinik), ambulanten (walk-in, follow-up und out-patient clinic) bis hin zur gemeindenahen Versorgung reicht. Zum Center gehören auch eine Pflegekräfteschule und Fortbildungsmöglichkeiten für alle medizinischen Berufe.

Zu Therapiebeginn befinden sich die akut erkrankten Patienten gewöhnlich in der geschlossenen Abteilung und werden auf ihrem Weg durch die verschiedenen Stationen des klinischen Aufenthaltes psychotherapeutisch begleitet mit dem Ziel einer möglichst frühen Reintegration in den sozialen Alltag, wobei dies zeitlich gesehen den größten Teil der Behandlung ausmacht. Ein Hauptproblem schizophren Erkrankter sieht *Erdreich* in ihrer schwachen Anpassungsfähigkeit an die Erfordernisse des Lebens in der Gemeinschaft.

Diagnostische Indikatoren für die Entscheidung, welche Therapieform für den Patienten indiziert ist, – eine mehr unterstützende Therapie im Hier und Jetzt oder eine tiefenpsychologische Therapie mit der Arbeit an der Vergangenheit und dem unbewußten traumatischen und konfliktuösen Ma-

terial – nennt Erdreich den Grad der Intelligenz, Motivation, Ich-Stärke, Selbstwahrnehmung und des Reichtums der Persönlichkeit.

Vor allem zu Beginn der Therapie werden gezielt Psychopharmaka gegeben, um die akuten Symptome zu dämpfen und somit eine Psychotherapie zu ermöglichen. Dabei wird für jeden Patienten ein, seinen Problemen und Möglichkeiten entsprechender Behandlungsplan erstellt, der laufend überprüft und angepaßt wird. In die Therapie integriert sind z. B. auch sportliche Aktivitäten sowie die Beratung in konkreten Fragen wie z. B. der Arbeitswelt, so daß an den Therapeuten weitaus vielfältigere Anforderungen gestellt werden als in der klassischen therapeutischen Arbeit.

Vor allem in der tiefenpsychologisch orientierten Arbeit mit schizophren erkrankten Patienten gibt es eine Reihe von Problemen, die der Therapeut differenziert handhaben muß: Wegen der schwachen Ich-Funktionen und vor allem der Unfähigkeit des Patienten, angemessene Abwehrmechanismen zu mobilisieren, besteht einerseits die Gefahr, daß der Patient von seinen Ängsten und den unbewußten traumatischen Inhalten überflutet wird. Andererseits muß er, damit man ihn therapeutisch erreichen kann, zu seinem Unbewußten hin offen sein. Dabei stellt sich die Frage, welches Maß an regressivem, aggressivem, expressivem und abhängigem Verhalten das Klinikmilieu tragen kann. Erdreich betont die Notwendigkeit der gegenseitigen Unterstützung und Kommunikation von Pflegekräften, Ärzten und Therapeuten.

Ähnliche Probleme tauchen auch nach der Entlassung des Patienten aus der stationären Behandlung auf: Die vielen Aktivitäten, die ein lebendiges Dasein draußen ausmachen, sind zentral für das Selbstbild des Patienten. Die realen Anforderungen, an denen er aufgrund seiner schweren Ich-Störungen früher scheiterte, lösen Angst aus. Der Therapeut darf hier den Patienten nicht über-, aber auch nicht unterfordern. Im Prozeß wird es nötig, auch Fragen der Realität, oft technische Probleme, zu bearbeiten; dies darf aber nicht zu einem Ausweichen vor der schmerzhafteren, aber auch hilfreicheren Auseinandersetzung mit der tieferliegenden psychischen Problematik führen.

Wie im klinischen Milieu muß auch hier eine Ausgewogenheit zwischen dem, was die Familie und soziale Umwelt an Ängsten, Aggressionen etc. tragen kann, und dem Grad der Öffnung der Ich-Grenzen des Patienten erreicht werden.

Das umfassende Ziel der Psychotherapie liegt in der Reduktion der Ich-Dysfunktionen und dem Aufbau gesunder, angemessener und flexibler Abwehr- und anderer Ich-Mechanismen. Aufgabe des Therapeuten ist daher, das Ich des Patienten zu stärken und mit dem unbewußten traumatischen oder konfliktuösen Material zu arbeiten, welches das Ich auf dem momentanen inadäquaten Entwicklungsstand festhält.

Nach der Bearbeitung der zur Klinikaufnahme führenden aktuellen Krankheitssituation beginnt dann die Auseinandersetzung mit der Familiendynamik. Erdreich betont die Wichtigkeit von traumatischen Familienerfah-

rungen als krankheitsverursachendes Moment. Dabei darf auch bei einer tiefenpsychologisch orientierten Therapie der Bezug zur Realität nicht verloren gehen: Zum Ende jeder Therapiesitzung sollte zum konkreten Hier und Jetzt zurückgekehrt werden. Dies ist bei schizophren Erkrankten mit ihren offenen Ich-Grenzen besonders wichtig ebenso wie auch die Planung von Aktivitäten des Patienten bis zur nächsten Therapiesitzung.

Während der gesamten Therapie muß an der Beziehung zwischen Therapeut und Patient gearbeitet werden, damit der Patient eine korrigierende

und emotionale Beziehungserfahrung machen kann.

Die Psychotherapie wird - auch außerhalb der Klinik - durch Psychopharmaka unterstützt. Im Idealfall müßte die Familie des Patienten ebenso in die Therapie einbezogen werden wie der Erkrankte selbst. In der Praxis ist dies selten möglich. Eine wichtige Aufgabe des Therapeuten sieht Erdreich darin, Kontakt mit den entsprechenden Ämtern der Gemeinde, auf deren Unterstützung der Patient angewiesen ist, herzustellen.

Zur Einschätzung des Therapieerfolges sollte der Therapeut nicht zu ehrgeizig sein, ein Idealzustand wird selten erreicht. Es ist viel gewonnen, wenn der Patient einen hinreichenden Grad an Ich-Integration erlangt, er den Anforderungen des sozialen Lebens angemessen begegnen kann und in der Lage ist, sich in Krisensituationen Hilfe zu holen, bevor er völlig aus dem

Gleichgewicht gerät.

An einem Fallbeispiel einer schizophren reagierenden Patientin wird das therapeutische Konzept praktisch verdeutlicht. Abschließend werden die Ergebnisse einer Pilot-Studie referiert. Der Autor verglich eine Gruppe von 32 psychotherapeutisch behandelten schizophren erkrankten Patienten mit einer Kontrollgruppe von 29 stationär, aber nicht psychotherapeutisch behandelten Patienten. Die Zeit zwischen Klinikaufnahme und erster längerer Beurlaubung nach Hause und der Entlassung aus der Klinik war für die Experimentalgruppe signifikant niedriger als für die Kontrollgruppe. Die Wiederaufnahmerate war in der Experimentalgruppe niedriger.

Zwei voneinander unabhängige Experten (ein Sozialarbeiter und ein klinischer Psychologe) schätzten die Lebensqualität der psychotherapeutisch behandelten Patienten im Vergleich zu ihrer Situation vor der Klinikaufnahme ein: Die Patienten konnten nach und nach besser mit ihrer Angst und ihren Gefühlen umgehen, ihre Beziehungsfähigkeit wuchs und sie gewannen opti-

mistischere und realistischere Lebensvorstellungen.

Literature:

Bellak, L., Hurvich, M. and Gediman, H. K. (1973): Ego Functions in Schizophrenics, Neu-

rotics, and Normals. (New York: John Wiley & Sons)

Hogarty, G. E., Goldberg, S. C., Schooler, N. R. and Ulrich, R. F. (1974 a): Drugs and sociotherapy in the aftercare of schizophrenic patients II. Twoyear relapse rates. In: Arch. Gen. Psychiatry, 31p. 603-608

Hogarty, G. E., Goldberg, S. C. and Schooler, N. R. (1974 b): Drugs and socialtherapies in the aftercare of schizophrenic patients III. Adjustment of nonrelapsed patients. In: Arch. Gen. Psychiatry, 37 p. 609–618

Author's Address: Marius Erdreich, M. D. Government Mental Health Center P. O. Box 9 Tirat Carmel, Haifa (Israel)

Schizophrene Patienten und Selbstbildnisse**

Akira Fujinawa, Kyoto*

Selbstportraits zeichnerisch begabter schizophren reagierender Patienten verändern sich im Verlauf der Therapie. Die Studie befaßt sich anhand von vier Fällen aus der klinischen Praxis des Autors mit den Phasen dieser Veränderung. Zu einem besonderen Problem wird hierbei die Beobachtung, daß solche Patienten zwar ihr Selbstbildnis als Darstellung ihres inneren Gefühls von sich (ihres "inneren Images") malen, zunächst aber nur sehr schwer ein Selbstbildnis nach dem Spiegelbild zu Papier bringen können, obwohl sie dazu von ihren zeichnerischen Fertigkeiten her in der Lage wären. Ein kunstgeschichtlicher Vergleich zwischen der europäischen und der japanischen Malerei, die die Tradition des Selbstbildnisses zunächst nicht kennt, führt zu der Annahme, daß psychisch Kranke, insbesondere psychisch kranke Maler, Selbstbildnisse auf der Suche nach der eigenen Identität malen, so z. B. van Gogh, Munch und der japanische Maler Yuzo Saeki. Fujinawa schließt in seinen Untersuchungen zunächst aus, daß die Schwierigkeit, ein Selbstportrait nach dem Spiegelbild zu zeichnen, ihre Ursache in mangelnder zeichnerischer Fertigkeit hat. Erst in der Korrelation von Therapieverlauf und zeichnerischer Selbstdarstellung der Patienten läßt sich ein Begründungszusammenhang vermuten: Meist taucht der Wunsch, ein Selbstportrait zu zeichnen beim Abklingen der akuten schizophrenen Reaktion auf: Das innere Selbstbild ist noch zu unscharf und unbekannt, als daß das Spiegelbild mit Selbstverständlichkeit als das eigene Bild akzeptiert werden kann. – Eine annäherungsweise realistische bildliche Selbstdarstellung wird möglich, wenn im Verlauf der Therapie sozusagen ein inneres Spiegelbild des eigenen Körpergefühls entsteht. – Eine Darstellung als Kopie des Spiegelbildes entsteht nach dem "Ausloten" der "inneren Tiefe". Alle vier vorgestellten Beispiele lassen darauf schließen, daß die Spaltung zwischen dem Ich als dem malenden Subjekt und dem zu malenden "Selbstbild" zu überwinden, nur mit Hilfe des Therapeuten gelang, d. h. bei Fujinawa, der Patient erkennt sich selbst im Spiegel des Analytikers (Lacan).

Das Selbstbildnis ist ein Thema der abendländischen Malerei, das von vielen Malern in Angriff genommen wurde; wir kennen viele Selbstbildnisse von van Gogh und Munch, von denen also, die geistesgestört gewesen sein dürften. Ich denke dabei an zwei Selbstbildnisse von van Gogh: Das erste malte er, nachdem er sich ein Ohr abgeschnitten hatte, das zweite ist das letzte Selbstbildnis, das er später im l'Hospice de Saint-Rémy als letztes gemalt hat. Er schreibt an seinen Bruder, es scheine ihm, daß das Selbstbildnis seinen Zustand vielleicht besser ausdrücke und er hoffe, daß sein Bruder durch das Bildnis beruhigt werde. Es handelt sich hier nicht um die diagnostische Frage, ob van Gogh an schizophrener Psychose oder epileptischer Psychose litt. Es kommt mir hier auf einen anderen Aspekt an: van Gogh aus der Verrücktheit erwacht - starrt auf das ihm selbst unbekannte, eigene Selbst und versucht, dies in einem Selbstbildnis festzuhalten. Auch Munch malte inmitten des Prodromalsymptoms der paranoiden Angst sein Selbstbildnis, um sich selbst zu betrachten. Er hat versucht, sein ihm unbegreifliches Selbst zum Bild zu machen und zu begreifen. Auch nach dem schizophrenen Schub hat Munch viele Selbstbildnisse gemalt. Ich glaube, es ist das

 ^{*} Prof. Dr. med., Psychologisches Institut der Universität Kyoto, Japan
 ** Vortrag, gehalten auf dem XII. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), 8.–13. Dezember 1980, Kongreßzentrum München.

Schicksal dieser Maler, nur durch ein Selbstbildnis die eigene Identität feststellen zu können.

Seit etwa 80 Jahren pflegen die japanischen Maler nach Europa, vor allem nach Paris, zu fahren, um die europäische Malerei zu studieren. Ich habe die Werke der Maler betrachtet, die sie gleich nach der Ankunft in Paris gemalt haben, und bemerkt, daß ihr erstes Werk dort nach der biographischen Angabe meistens ein Selbstbildnis ist. Es ist interessant, daß ein Maler im Ausland, inmitten der Hoffnungen und der Angst, zuerst dahin tendiert, ein Selbstbildnis zu malen, wie Yuzo Saeki (Fig. 1). Dieser Maler wurde einige Zeit nach der Ankunft in Paris schizophren. Psychologisch interessiert uns, ob ein Maler in der Übergangsphase von einer Lebenssituation zur anderen ein Selbstbildnis malt, um die eigene Identität festzustellen.

In der japanischen Kunstgeschichte ist das Selbstbildnis niemals zum Motiv geworden. Zwar gibt es einige Selbstbildnisse von Zen-Mönchen; sie waren aber als Kultgegenstände für die Schüler gedacht.

Seit einem Jahrhundert, also nach der Begegnung mit der europäischen Kultur und nach dem Bewußtsein des neuzeitlichen Ich, machen japanische Maler das Selbstbildnis zum Motiv. Hier liegt ein Unterschied zur europäischen Geschichte der Malerei, in der sich schon seit der Renaissance das Selbstbildnis als Motiv entwickelt hat. Allerdings gibt es innerhalb der Geschichte des Selbstbildnisses von der Zeit Dürers, über Rembrandt bis zu Paul Klee in Europa einen bemerkenswerten Wandel. Das Selbstbildnis, in dem sonst nur die eigene Maske gemalt wurde, wird bei Rembrandt zu einem solchen, das unter die Maske dringt; der Maler versucht, die eigene Innenwelt auszudrücken.

Ich habe van Gogh und Munch als Beispiele des geistesgestörten Malers angegeben, die spontan ein Selbstbildnis malen. In Japan gibt es nicht viele solcher Beispiele. Im folgenden Bericht handelt es sich um vier Fälle nicht professioneller, aber für die Malerei begabter Personen. Sie malten sowohl im krankhaften Zustand als auch im Verlauf der therapeutischen Behandlung und nach der Besserung spontan viele Selbstbildnisse. Entsprechend den Phasen wandelten sich auch die Selbstbildnisse.

Der Anlaß dafür, daß ich mich für Selbstbildnisse schizophrener Patienten interessiert habe, war der Fall von Frau F. Die Patientin malte viele Bilder; sie konnte zwar das Selbstbildnis als inneres Image, aber nur schwer das Spiegelbild malen, obwohl sie es mehrmals versucht hatte. Ich überlegte, wieso sie das Spiegelbild nicht darstellen konnte. Anhand der vielen anderen Bilder, die sie zur selben Zeit gemalt hatte, mußte man annehmen, daß sie technisch imstande war, das eigene Spiegelbild darzustellen. So habe ich geschlossen, daß sie das Spiegelbild, im Unterschied zu anderen Dingen, auf besondere Weise erfuhr, so daß sie es nicht darstellen konnte. Bei der psychopathologischen und psychoanalytischen Interpretation ihres Unvermögens, ein Selbstportrait zu malen, gehe ich von zwei Ansätzen aus: der eine ist der Versuch der Wahrnehmung, der in die Spiegelstufe von Lacan oder in

252 Akira Fujinawa





Fig. 1 Fig. 2

die Spiegelsituation von *Pankow* hineinspielt, und der andere ist der Versuch vom Standpunkt des Narzißmus aus. Im folgenden Bericht möchte ich mich auf das Problem des Wandlungsprozesses beschränken, in dem die Patienten zuerst das Selbstbildnis nicht malen konnten, allmählich aber das innerliche, synästhetische Selbstbildnis zu malen imstande waren, bis sie letztlich, nach der Heilung, das Selbstbildnis nach dem Spiegelbild zu malen vermochten.

Die Beschreibung der Symptome und der Lebensgeschichte der Patienten seien, sofern es möglich ist, weggelassen. So wird über die Patienten nicht umfassend berichtet, es soll aber in dieser Arbeit auch nur erörtert werden, welche Erfahrungen diese Patienten beim Malen des Selbstbildnisses über das eigene Spiegelbild machten und wie sich die gemalten Bilder wandelten.

Fall 1. Frau F., 30 Jahre alt, unverheiratet.

Bei dieser Patientin handelt es sich weniger um Prozeßschizophrenie als um die reaktive Schizophrenie. Mit 19 Jahren, d. h. seit dem Beginn des Studiums an einer Kunstakademie, zeigte sie beim Malen eine psychophysiologische Reaktion, die zu Durchfall führte. Sie hatte eine vage Angst und konnte sich deswegen nicht auf die Arbeit konzentrieren. Nach dem Abschluß des Studiums, also mit 23 Jahren, wurde sie in einem Kindergarten angestellt; sie klagte aber: "Ich habe das Gefühl, als ob ich mit dem Bewußtsein eines Anderen lebe; mein Kopf wird entleert; die Zeit scheint stillzustehen; ich fühle mich kraftlos; mein Kopf wird in zwei Stücke gebrochen". Der Zustand der Apathie dauerte an und sie unterzog sich einer ambulanten



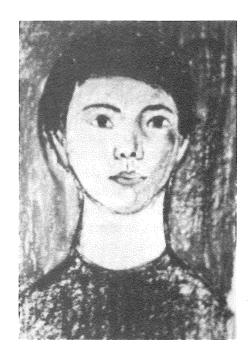


Fig. 3 Fig. 4

Behandlung. In ihrem Bilder-Buch, das sie zwei Monate nach dem Beginn der Therapie mitbrachte, fand sich ein "nicht fertiges Selbstbildnis" (Fig. 2). Sie hatte andere Gegenstände, wie Blumen, zwar etwas grob, aber viel gemalt; nur ein Selbstbildnis konnte sie nicht malen. Sie sagte: "Ich will ein Selbstbildnis malen, aber das kann ich nicht. Ich kann den Gesichtsausdruck mit der durchsichtigen Farbe nicht malen". Klinisch gesehen trat die Depersonalisation in den Vordergrund. Auch nachher brachte sie jedesmal bei der Behandlung einige Selbstbildnisse mit, aber den Gesichtsausdruck konnte sie tatsächlich nie malen. Etwa seit dieser Zeit begann spontan die Mal-Therapie anhand der Selbstbildnisse.

Der Prozeß der Therapie durch andere Bildarten sei weggelassen, um nur den Wandel der Selbstbildnisse zu verfolgen. Ein Jahr nach dem Beginn der Behandlung tauchten immer wieder mannigfaltige "schwarze und groteske Selbstbildnisse" auf; nach dem akuten paranoid-halluzinatorischen Zustand zeigte sich eine Regression, in der das "Bild der heiligen Mutter und des Kindes" und das "Selbstbildnis wie ein kleines Mädchen" gemalt wurden. Fünf Jahre nach der Therapie wurde das "Selbstbildnis mit dem geschlossenen Auge und mit einer Dohle auf dem Kopf, die sich nach links richtet", gemalt (Fig. 3). Dieses Bild hat zwar noch das Image eines kleinen Mädchens, zeigt aber doch ein Selbstbild, das weiblich ist und den narzißtischen Anspruch in sich erfüllt. Damals sagte sie: "Indem ich das Selbstbildnis gemalt habe, habe ich verstanden, wie ich meinetwegen meine Schwester gezwungen hatte, auf Vieles zu verzichten. Das Malen des Selbstbildnisses ist

254 Akira Fujinawa

für mich, als wenn ich die Kleidung nacheinander ausziehe; es ist sehr anstrengend. Wenn ich etwas anderes denke, so unbedeutend dies auch sein mag, kann ich es nicht mehr schaffen; es ist ein Kampf gegen mich. Das Selbstbildnis ist eine Maske, die, solange das Substantielle in sie nicht hineingebracht wird, nie zum wahren Selbstbildnis wird". Als sie dies sagen konnte, näherte sich die Therapie dem Ende.

Sie kam später wieder ins Krankenhaus, als sie einen leichten Schub erlitt. Sie malte damals "das Selbstbildnis, auf dem die Dohle abfliegt". Lange Zeit konnte sie dennoch das Selbstbildnis als Darstellung des Spiegelbildes nicht malen. Endlich stellte sie in Pastellfarben ein Spiegelbild dar (Fig. 4). Nach Abschluß der Therapie konnte die Patientin mit der Kunstfärberei und mit dem Glauben an einen buddhistischen Philosophen in die Gesellschaft integriert, psychisch stabil leben. Aber sie hat nie mehr ein Selbstbildnis gemalt.

Es wird gesagt, daß ein Mensch erst sechs Monate nach der Geburt das Selbstbild, also das visuelle Bild im Spiegel, als eigenes Gesicht erkennen kann. Erst dann kann er die Einheit des Leibbewußtseins vorwegnehmen und zum "Zuschauer seiner selbst" werden. Aber gleichzeitig mit der Erfahrung des Spiegelbildes pflegt er "einfach weg von mir selbst gelebter Wirklichkeit des Ich zu sein und sich ständig zum idealen, erdichteten, imaginären Ich zu verhalten" (M. Merleau-Ponty). Durch diese Erfahrung hindurch wird die Einheit vom eigenen Bewußtsein und vom Leib gewonnen. Wir nehmen zwar im Alltag unser Spiegelbild selbstverständlicherweise für unser eigenes Bild, aber in Hinsicht auf die geistige Entwicklung ist es keine so einfache Sache, das Spiegelbild als eigenes Bild zu akzeptieren.

Fall 2. Frau R., 17 Jahre alt.

Die Patientin erkrankte im Alter von zwölf Jahren an einer paranoiden Schizophrenie und hatte von Geburt an eine Hasenscharte. Wie sie selbst berichtete, sah sie, als sie zwölf Jahre alt war, ihr "häßliches Gesicht" im Spiegel und war erschrocken. Sie fragte sich, was die anderen dazu meinen würden, wenn sie ein so deformiertes, schmutziges Gesicht anschauen. Der Gedanke beunruhigte sie. Dann bildete sie sich ein, die Lehrer und Schulkameraden sprächen verachtend von ihr. So entwickelte sich die prodromale Stufe, auf der sich Verfolgungswahn bildet. Als die Phase des akuten Schubs vorbeiging und die therapeutische Situation konstituiert wurde, malte sie zwar kein genaues Spiegelbild, sondern "das deformierte Gesicht im Spiegel" und außerdem als das ideale Image, "das Selbstbildnis mit dem lieblichen Gesicht". Die Patientin sagte: "Als ich in der Stadt ins Schaufenster guckte und mein furchtbares Gesicht sah, erschrak ich. Das Gesicht war aber, genau gesehen, mein eigenes Gesicht. Ich versuchte, möglichst nicht in den Spiegel zu gucken. Es kommt aber vor, daß ich unversehens in den Spiegel schaue. Ich finde mein Gesicht bald häßlich, bald beruhigend, weil es lächelt".

Das von der Patientin gemeinte "deformierte Gesicht" ist offensichtlich anders als das wirkliche Gesicht, was nicht von der Unnatürlichkeit des

Ausdrucks herrührt. Dieser Fall lehrte, daß ab und zu in der Erfahrung des Spiegelbildes "das Auseinanderbrechen der natürlichen Konsequenz" (L. Binswanger) vorhanden ist.

Fall 3. Frau Fu., 26 Jahre alt, unverheiratet.

Diese Patientin ist ein Fall von schizoaffektiver Psychose. Nach Abschluß des Studiums an der Kunstakademie hatte sie aufgehört zu malen. Sie kam bei der zweiten, akuten Episode in die Klinik und nach der Besserung malte sie bald ein Stilleben, bald ein abstraktes Bild. Sie hatte keine klare Absicht, sich einer Mal-Therapie zu unterziehen; aber mit dem Entschluß, in Zukunft als Malerin zu leben, produzierte sie ziemlich viele Bilder. In dieser Phase malte sie ein angebliches Selbstbildnis, "Selbstbildnis in der Gestalt eines Clowns" (Fig. 5). Sie behauptete, sie habe die eigene Seinsweise in der Familie und in der Gesellschaft so gemalt, wie sie sie empfunden hatte; sie fühle sich bedauernswert und einsam. Sie sah eigentlich nicht gern in den Spiegel und benutzte ihn nur beim Haarekämmen; sie schminkte sich kaum. In der Studentenzeit mochte sie Portraitmalerei nicht, malte nie ein Selbstbildnis, sondern nur Stilleben und Landschaften. Als der Tag kam, an dem sie das Krankenhaus verlassen sollte, malte sie aufgefordert vom Therapeuten, einige Selbstbildnisse anhand des Spiegelbildes. Die Bilder zeigten das Gesicht, in dem die Brille mit schwarzem und eckigem Rahmen betont wird (Fig. 6) und die Augen übermalt sind, ein aggressives, aber sich verteidigendes und die Wirklichkeit ablehnendes Selbstbildnis.







Fig. 6

256 Akira Fujinawa

Bei dieser Patientin fiel, wie beim ersten Fall von Frau F., die Verwirrung der Geschlechtsidentität auf. Sie schminkte sich nicht und zog sich wie ein Junge an. Nach der dritten Episode, d. h. nachdem die jüngere Schwester heiratete und nicht mehr in der Familie wohnte, zeigte sich ein psychodynamischer Wandel in der Familienkonstellation; die Patientin erhielt eine stabilisierende Rolle und wurde allmählich mädchenhaft. Und das Selbstbildnis, das sie selber als zum ersten Male gelungen bezeichnete (Fig. 7), war ein natürliches, sowohl in der Farbe wie auch in der Form zwangsloses Werk. Sie hat es nach dem Bad entspannt gemalt, indem sie sich vertrauensvoll anschaute. Sie selbst staunte, daß sie mit ihrem Spiegelbild vertraut sein konnte.

Einige Zeit danach kam vorübergehend eine Episode, die mit der Erfahrung begann, daß sie von der verstorbenen Großmutter besessen wurde. Sie malte das Selbstbildnis, das von der Seele der Großmutter besessen wurde, das Selbstbildnis, von dem sie beim Malen beängstigt wurde. Nachher, als sie von der Familie wegging und selbständig zu sein versuchte, malte sie wieder ein Selbstbildnis, das der Patientin selbst am meisten gefiel. Aber die Farben zeigten eine Disharmonie; das Bild wirkt sich verteidigend und nicht so stabil.

Das "Selbstbildnis in der Gestalt des Clowns", der von der Situation abhängig ist und nicht als das eigentliche Selbst lebt, konnte damals gut verstanden werden. Als aber die Patientin die Maske dieses Clowns abzureißen und das Spiegelbild darzustellen gezwungen wurde, zeigte sie das Gesicht





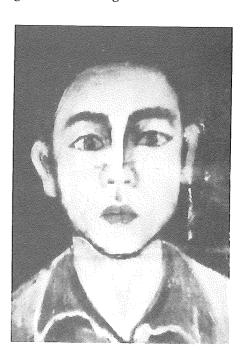


Fig. 8

mit dem zornigen, aggressiven, aber sich selbst verteidigenden Ausdruck. Da sie sich nachher mit dem eigenen Spiegelbild vertraut machte, kann man vermuten, daß damals bei der Patientin "der Verlust der Vertrautheit mit sich selbst" erfahren wurde, so daß das Spiegelbild dem anschauenden Subjekt gegenüber sich als gegnerisches Gesicht zeigte. Insofern kann gesagt werden, daß das genannte Selbstbildnis eine gute psychologische Darstellung war.

Fall 4. Herr F., 26 Jahre alt.

Es ist sechs Jahre her, seit er an Hebephrenie erkrankte. In den letzten drei Jahren kann er drei Tage wöchentlich arbeiten und bleibt im Affektzustand stabil. Er malte seit seiner Kindheit gern und besuchte einmal pro Woche die Malklasse. Im Vergleich zur Phase vor der Erkrankung wurde die Farbe monoton, die Konstruktion weniger dicht, und das malerische Können schien schwächer geworden zu sein. Eines Tages wurde in der genannten Malklasse das Selbstbildnis zum Thema gemacht. Das Selbstbildnis, das er dann malte, ist das, was ich Ihnen jetzt zeige (Fig. 8). Dieses Bild schien ihm nie wie er selbst zu sein, obwohl er den Farbstoff vielmals auftrug; es drückte keine plastische Wirkung aus und blieb ein flaches Bild. Aus dieser Erfahrung heraus begann er, das Selbstbildnis als eigenes Thema zu malen. Er sagt: "Meine Gestalt kann ich nie selbst sehen, so sehr ich es will, und ich kann nicht anders, als die im Spiegel gesehene Gestalt für die meinige zu nehmen. Als ich mich nur anhand des Images malte, entstand das Bild eines Kindes. Ich weiß

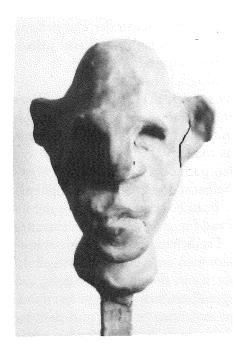




Fig. 9

Fig. 10

258 Akira Fujinawa

zwar, daß die im Spiegel zu sehende Gestalt die meinige ist, aber ich kann nicht wirklich so fühlen und es verunsichert mich". Da er durch die Malerei das eigene Gesicht nicht ausdrücken konnte, versuchte er einige Zeit, mit Ton anhand des eigenen Images die Selbstgestalt zu schaffen. Wenn er aber mit Ton den Kopf formte, "wurde der Kopf inhaltsleer und nicht plastisch". In dieser Zeit machte er einige Stücke in Form eines maskenartigen Reliefs. Er konnte sich aber mit keinem dieser Stücke zufrieden geben. Er versuchte, den Kopf der Selbstgestalt plastisch zu machen, damit "der Kopf erfüllt wird, aber dann war das Gesicht nicht ausdrückbar". So brachte er ein Tonstück, das einen kugelartigen Kopf mit einer winzigen Hebung, der Nase darstellte. Es verging in der Behandlung einige Zeit, währenddessen vom synästhetischen Wandel die Rede war. Es war ein halbes Jahr später, als er eine Statue mit einem kleinen Kopf und großer Nase und großen Ohren (Fig. 9) herstellte, dann schuf er ein Selbstbildnis, das "mir zwar nicht so ähnlich sieht, aber eine Gestalt zu sein scheint, die kräftig das zukünftige Leben anpackt".

Die Erfahrung mit dem Spiegelbild dieses Patienten ist also, daß am Anfang beim Versuch, das Spiegelbild darzustellen, dieses Bild zwar als das eigene Gesicht wahrgenommen wurde, dennoch aber "nicht als ein Teil seines Selbst empfunden werden konnte, so daß das Gesicht zur Verunsicherung wurde". Dann: "Der im Spiegel gesehene Gesichtsteil erscheint mir wie ausgeschnitten; das dort Gesehene ist zwar Ich, aber dennoch scheint es nicht mein Ich zu sein. Zwar male ich das im Spiegel gesehene Gesicht, aber ich habe nicht das Gefühl, daß ich mich selbst male, so daß ich unsicher werde".

Es sind nur vier Fälle, die ich beispielhaft als Wandel in der Darstellung der Selbstbildnisse kennengelernt habe. Aus dieser Erfahrung kann jedoch der Wandel des Selbstbildnisses in drei Phasen eingeteilt werden:

(a) Die Phase des Übergangs aus dem pathologischen Zustand.

Es ist nicht zu erklären, aus welchem Motiv sich die drei Patienten in dieser Zeit für das Selbstbildnis interessiert haben. Es kann sein, daß ein Mensch vom malerischen Vermögen und poetischen Sinn her, wenn er das Bedürfnis nach Selbsterkenntnis hat, ein Selbstbildnis malen will.

Die Patienten konnten jedoch, als sie den pathologischen Zustand überwunden hatten und zum ersten Male ein Selbstbildnis malten, das Spiegelbild nicht so darstellen, wie sie es wollten. Frau F. empfand im Spiegelbild die Unnatürlichkeit und Unheimlichkeit; Frau Fu. empfand den Verlust der Vertrautheit und Herr F. die Unsicherheit. Freilich nehmen die schizophrenen Patienten im allgemeinen beim Haarekämmen im Alltag das Spiegelbild selbstverständlich für das eigene Bild. Aber wenn sie mit der Absicht, ein Selbstbildnis zu malen, dem Spiegelbild gegenübersitzen, entsteht bei ihnen eine Spaltung zwischen dem "Ich" als dem malenden Subjekt und dem zu malenden "Selbstbildnis". Das Auge des Betrachters bzw. Malenden nämlich konstituiert eine nichtalltägliche Spiegel-Situation und die Selbstverständlichkeit des Spiegelbildes im Alltag wird erschüttert. Sie entdecken

dann im eigenen Spiegelbild die Unnatürlichkeit, Unheimlichkeit, Unvertrautheit, Unsicherheit.

b) Die Phase, in der das innere Image von sich selbst entwickelt wird. Frau F. entwickelte das innere Image dynamisch unabhängig vom Spiegelbild. So malte sie "das Selbstbildnis mit einer Dohle". Die Patientin sah zwar nicht ganz vom Spiegelbild ab, aber sie malte dennoch ein Selbstbildnis, wie es sich vor allem in der Brille und im Auge zeigt. Herr F. schuf die Ton-Statue, die offensichtlich den Wandel des Leib-Images ausdrückte. "Das Selbstbildnis des deformierten Gesichts im Spiegel" von Frau R. entspricht dieser Stufe. Man könnte sagen, daß die Patienten das in ihrer Innenwelt konstituierte, im imaginären "Spiegel" gesehene Gesicht malen.

Es ist nicht der Zweck des vorliegenden Berichtes, den therapeutischen Prozeß darzustellen. Nur dies läßt sich sagen, daß es für den Patienten beim Übergang in eine weitere Phase notwendig war, daß ein Therapeut daneben stand und ihnen half. Um es mit dem Ausdruck von *Lacan* zu sagen: "Der Patient erkennt sich selbst im Spiegel des Analytikers".

c) Die Phase, in der das Spiegelbild dargestellt wird. Die Patienten kommen von der Reise in die eigene Tiefenschicht zum wirklichen Spiegel zurück. Sie können dann das eigene Spiegelbild als das ihrige übernehmen und darstellen.

Vielleicht habe ich über diese Fälle zu einfach berichtet, als ob der Wandel von (a) nach (b) und von (b) nach (c) reibungslos und stufenweise stattfindet. Dies trifft zwar zu, wenn nur unter dem Aspekt des Selbstbildnisses das Verhältnis vom inneren Selbstbild zur Selbsterkenntnis am Spiegelbild betrachtet wird. Aber es muß beachtet werden, daß sich die Dynamik von (a) nach (b), von (b) nach (c) immer wiederholen und bis ins Unendliche fortsetzen kann.

Abschließend läßt sich sagen:

- 1. Die schizophrenen Patienten verlieren im krankhaften Zustand dem eigenen Spiegelbild gegenüber die natürliche Konsequenz, Selbstverständlichkeit und Vertrautheit, erfahren "eine Art Spaltung zwischen dem unmittelbaren Ich und dem im Spiegel gesehenen Ich".
- 2. Vor der Überwindung dieser "Art Spaltung" liegt eine Stufe, in der das innere Image ertastet und die synästhetische Einheit festgestellt wird.
- 3. Erst durch diese Stufe hindurch kommen die Patienten zur Einheit von wirklichem Spiegelbild und innerem Image, zum eigenen Selbst.

Die Betrachtung eines solchen Wandels des Selbstbildnisses deutet an, daß die schizophrene Regression oder das Problem der Bildung des Ich bei den schizophrenen Patienten auf die sog. "Spiegel-Stufe" (*Lacan*) zurückgeführt werden könnte. Sie gibt insofern einen Anhaltspunkt in der Untersuchung der fundamentalen Behinderung durch die Schizophrenie.

260 Akira Fujinawa

Schizophrenic Patients and Self-Portraits

Akira Fujinawa (Kyoto)

A comparison of Japanese and European history of art shows clearly that self-portraits express the search for one's identity and the consciousness of one's own identity. In Japanese painting, self-portraits did not emerge until it got into contact with European culture, by way of the confrontation with the European understanding of being conscious of one's own ego. The author, from his experience of being the therapist of a female patient, began to be interested in the question: Why is the patient able to draw her inner self-image, but why is she, on the other hand, not able to draw her self-portrait as reflected in a mirror, despite of the fact that she had a perfectly adequate skill in painting? Therefore the author surmised that the reason must be that her "own mirrored self" was perceived by her quite differently from the way she perceived other objects, and that portraying herself from a mirror was made impossible because of that.

A special feature of the given study is that the author considers the problem almost only from the perspective of observing and analysing the changing of the patient's attitudes towards portraying herself, which is expressed in remarks of the patient on her paintings as well as in the paintings themselves. This process of change is described as a sequence of phases. The theoretical background of these observations is the concept of the "mirror phase" (J. Lacan). The changing of the attitude towards self-portraiture can es-

sentially be divided into three phases:

(1) The transient phase when the patient begins to come out of the pathological state. Why the patients want to paint self-portraits in this phase is not clear. The author's only guess is that if a patient is primarily the visual type and has some artistic skill and wants to establish his own identity he thinks of self-portraiture. But at their initial attempts to paint themselves, all four patients could not draw their mirrored images as they would have liked to. Some patients felt that their faces in the mirror were "unnatural", even "ominous"; other patients did not feel familiar with it and felt insecure. This happened in spite of the fact that schizophrenically reacting patients, when they look at their faces in the mirror in the daily activities such as washing their faces, dressing, or doing their hair, take their mirrored images without any doubt as their own. But when they sit down in front of the mirror to draw their self-portraits, there arises a split, as it were, between the self who is painting and the image of the self to be painted. The self-image in the mirror in this situation is not taken to be self-evident, as opposed to the mirrored self-image in the everyday situations.

(2) The phase in which the patients develop their inner self-images. One patient developed her inner self-image without directly depending on her external, mirrored self-image, another patient made clay figures to express

the inner bodily image of himself. These inner self-images are, as it were, the portraits which are gradually developing on the inner mirrors of the patients. In this phase the therapist becomes very important for the patient: through the 'mirror function' (*Lacan*) of the psychoanalytical therapist the patient is able to build a bridge leading from his "inner" to the "external" (on the actual mirror) self-image.

(3) The phase in which the patients are able to copy their images as they appear on the mirror. The patients have emerged from a journey into their "inner depth", and their inner self-images begin to unify themselves with the mirrored images. That is, now the patients can accept their mirrored images as belonging to them, can unify them with their inner images, and thus copy them as their own faces.

In conclusion, the author makes the point that a schizophrenic patient, in the course of therapy, undergoes these phases several times and in an increasingly differentiated manner. Through the self-portraits this process can be analysed visually.

Literatur beim Verfasser

Adresse des Autors: Prof. Dr. med. Akira Fujinawa Psychologisches und Psychopathologisches Institut der Universität Kyoto Nihonmatsu-Cho, Yoshida, Sakyo-ku Kyoto 606, Japan

Betrachtungen zum Thema Kreativität und Psychose**

Ulrike Harlander, Berlin*

Die phänomenologische Verwandtschaft von Kreativität und psychotischem Verhalten hat immer wieder Anlaß gegeben, den Zusammenhang von Kreativität und Psychose zu diskutieren. Die Autorin unternimmt den Versuch, auf der Basis der neuen gruppendynamischen und ichstrukturellen Konzeption der Kreativität nach Günter Ammon Kreativität und psychotisches Reagieren gegeneinander abzugrenzen, wobei sich erweist, daß diese Abgrenzung möglich wird, wenn man zwischen ich-strukturellen und phänomenologischen Gegebenheiten unterscheidet und die Definition der Kreativität nicht mit dem sogenannten schöpferischen Hochtalent verknüpft, sondern sie, wie Ammon, als allgemeinpsychologische Ich-Funktion begreift, die sowohl gefördert wie auch in ihrer Entwicklung gestört und geschädigt werden kann. Die konstruktive, defizitäre oder destruktive Funktionskraft der Ich-Funktion der Kreativität ist sichtbar und überprüfbar am kreativen Lebensstil oder toten bzw. chaotischen Leben eines Menschen, nicht an seinen künstlerischen und gestalterischen Begabungen oder Fähigkeiten. Die Konsequenzen liegen u. a. in der therapeutischen Zielsetzung einer Identitätstherapie, die das kreative Ich-Funktions-Potential zu fördern und die antikreative "soziale Anpassung" als Therapieziel zu meiden hat. Besonders psychotisch reagierende Patienten lehren uns dies durch ihre die "soziale Anpassung" ablehnende Haltung.

Genie und Wahnsinn repräsentieren seit alters her Aspekte des schlechthin Konstruktiven und schlechthin Destruktiven menschlicher Daseinsweisen. Man denkt an Künstler und geniale Persönlichkeiten, die außerordentlich schöpferische Leistungen auf den Gebieten der bildnerischen Kunst, der Musik, des Tanzes, der Literatur oder der Wissenschaft hervorgebracht haben und dann im sogenannten Wahnsinn elend starben: van Gogh, Tschaikowski, Nijinski, Jakob Michael Reinhold Lenz, Wilhelm Reich sind Beispiele, um nur einige zu nennen.

Gegenüber stehen sich hier auf der einen Seite eine bedeutsame Leistung, die das Außerordentliche zeigt, Bewunderung hervorruft, Staunen schafft und auf der anderen Seite Grausen und Angst, Gefühle die durch "Wahnsinn", d. h. die psychotische Situation ausgelöst werden.

Man denkt aber auch an archaische Kulturen, in denen die den Göttern und Dämonen nahen Menschen: Priester, Schamanen, Medizinmänner, Propheten und Priesterkönige "wie wahnsinnig" und "wie von Sinnen" waren und von der Gottheit oder bösen Geistern besessen die kultischen Handlungen vollzogen. Ehrfurcht und numinose Verehrung waren verbunden mit Zuständen des "Wahnsinns" und der "Entrücktheit", d. h. der höchste und kreativste Ausdruck archaischer Gruppen und Gesellschaften im religiösen Kult ging einher mit dem Erleben ekstatischer, häufig in der Literatur mit der Psychose verglichener Prozesse.

* Psychoanalytikerin und Dozentin am Berliner Lehr- und Forschungsinstitut für Dynami-

sche Psychiatrie und Gruppendynamik (LFI) der DAP. Vortrag, gehalten auf dem XII. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), 8.-13. Dezember 1980, Kongreßzentrum München

Das Nennen von schöpferischer Tätigkeit und Krankheit in einem Atemzug ist nicht neu. Dies gilt auch für die psychoanalytische Wissenschaft. 1917, in der Einleitung zu seinen "Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse" schreibt Freud, daß "die Psychoanalyse als eines ihrer Ergebnisse verkündet . . . die Behauptung, daß Triebregungen, welche man nur als sexuelle im engeren wie im weiteren Sinne bezeichnen kann, eine ungemein große und bisher nie genug gewürdigte Rolle in der Verursachung der Nerven- und Geisteskrankheiten spielen. Ja noch mehr, daß dieselben sexuellen Regungen auch mit nicht zu unterschätzenden Beiträgen an den höchsten kulturellen, künstlerischen und sozialen Schöpfungen des Menschengeistes beteiligt sind". Freud fährt fort: "Wir glauben, die Kultur ist unter dem Antrieb der Lebensnot auf Kosten der Triebbefriedigung geschaffen worden, und sie wird zum großen Teil immer wieder von neuem erschaffen, indem der Einzelne, der neu in die menschliche Gesellschaft eintritt, die Opfer an Triebbefriedigung zugunsten des Ganzen wiederholt".

Daß nach der Vorstellung Freuds dieser Vorgang der Erschaffung der geistigen Welt auf der Basis und getragen von der biologischen Ausstattung des Menschen, der Triebenergie, möglich ist, erklärt sich aus seiner Theorie der Sublimation und aus seinen Konzeptionen von Lustprinzip und Realitäts-

prinzip.

Zufolge des psychischen Mechanismus der Sublimation können die Triebziele von der Triebenergie abgelöst werden. Das schöpferische Tun und das Hervorbringen kultureller Leistungen geschehen dadurch, daß die Sexualerregung von ihren ursprünglichen Zielen abgelenkt, und wie Freud sagt, "auf sozial höher stehende, nicht mehr sexuelle, gerichtet" werde.

Der zweite psychische Mechanismus kommt dem Individuum und seinen Triebwünschen selbst zugute. Er bedeutet, daß trotz dieser Ablenkung Lustgewinn – das Ziel aller Triebwünsche – ermöglicht wird. Freud nennt diesen Mechanismus Libidoverschiebung. Das einzelne Individuum bezieht seinen Lustgewinn hier durch höhere geistige Operationen und kreative Aktionen wie künstlerisches und wissenschaftliches Schaffen. In "Das Unbehagen in der Kultur" (1930) sagt Freud: "Die Befriedigung solcher Art, wie die Freude des Künstlers am Schaffen, . . . des Forschers an der Lösung von Problemen und am Erkennen der Wahrheit haben eine besondere Qualität". Gemeint ist die Qualität der Triebbefriedigung und des Lustgewinns jenseits der ursprünglichen sexuellen Triebziele.

Hinzu kommt bei Freud ein dritter psychischer Mechanismus. Das schöpferische Tun verdankt sich der Modifizierung des Lustprinzips durch das Realitätsprinzip. Mit dem Realitätsprinzip entstehen die höheren logischen Denkfunktionen, und der dem Lustprinzip zugeordnete primärprozeßhafte Denkvorgang im Es bzw. im Unbewußten erlangt den Charakter der reinen, von den logischen Denkvorgängen freien Phantasie. Menschen, die wie die Dichter in der Phantasie leben und ihre Phantasiegebilde verkörpern, sind Menschen, "deren Reich nicht von dieser Welt ist".

264 Ulrike Harlander

Die Dichtung ist nach Freud (1908) "die Fortsetzung und der Ersatz des kindlichen Spielens", beide seien auf unmittelbaren Lustgewinn gerichtet.

Deutlich wird hier, daß Freud einerseits die Primärprozesse, also die Welt des unbewußten Es, als die Ursachen des schöpferischen Tuns ansieht. Andererseits sind es Triebeinschränkungen, Anpassungsvorgänge an eine triebablehnende Umwelt, Sublimierung, Libidoverschiebung und Realitätsprinzip, die schöpferisches Handeln und das Hervorbringen der geistigen Welt möglich machen.

Uns interessiert hier besonders Freuds oben zitierte Auffassung, daß die Nerven- und Geisteskrankheiten die gleichen psychischen Wurzeln haben wie die kulturellen Leistungen. Ob das eine oder das andere sich realisiert, hänge vom Gelingen oder Mißlingen der psychischen Abwehrtätigkeiten ab. Kulturelle Leistungen, Neurosen und Psychosen wurden von Freud lediglich als unterschiedliche Triebschicksale betrachtet.

In der Folge von Freud haben verschiedene Veränderungen dieses psychoanalytischen Ansatzes einer Theorie der Kreativität stattgefunden. Ich möchte mich hier auf einige Namen beschränken. Kris (1952) ist der Ansicht, daß Prozesse der Inspiration der "Regression des Ich" bedürfen und differenziert diese Ich-Regression, die er auch "kreative Regression" nennt von der "Regression per se", in welcher das Ich vom Es überwältigt wird und die Kontrollen über das Es verliert, wodurch es zur Psychose komme.

Kubie (1966) ist der Ansicht, daß "der schöpferische Prozeß in seiner Freiheit vom Spiel jener vorbewußten Vorgänge abhängt, die zwischen der Starrheit der bewußten Funktionen . . . und der Rigidität der unbewußten Funktionen sehr gefährlich hin und her pendelt . . . Die Eigenartigkeit der Kreativität . . . hängt davon ab, wieweit vorbewußte Funktionen zwischen diesen beiden allgegenwärtigen, in der Unterdrückung zusammenwirkenden Gefängniswärtern noch unbehindert arbeiten können". Kubie legt den Akzent im Verhältnis von Kreativität und psychischer Erkrankung - hier neurotischer Erkrankung - nicht wie Freud auf die beiden gleichen Wurzeln der Triebwelt und der Abwehrmechanismen, sondern auf die Hemmung der Kreativität durch die psychische, i. e. neurotische Erkrankung. Kubie schreibt: "Unser Ziel muß sein, vorbewußte Vorgänge von den Verzerrungen und Blockierungen durch die unbewußten Vorgänge, sowie von den banalen Beschränkungen durch die bewußten Vorgänge zu befreien. Das Vorbewußte kann nur anspornen, das Bewußte nur kritisieren, verbessern und werten. Kreativität aber ist ein Ergebnis vorbewußter Aktivität"

Lange-Eichbaum (1956) sammelte in der Nachfolge von Lombroso in einer Vielzahl von sogenannten Pathographien Zitate aus der Literatur seit der Antike, in der berühmte und geniale Persönlichkeiten in ihrem besonderen Verhalten jenseits des Üblichen und in Beurteilung ihrer pathologischen Lebensweise beschrieben werden. Genialität, schöpferisches Tun und außergewöhnliche Leistungen auf den Gebieten der Kunst, der Wissenschaft, des Staats- und Militärwesens und der Religionsstiftungen werden bei Lange-

Eichbaum gleichgesetzt. Der nicht eigens theoretisch ausgeformte Kreativitätsbegriff, den er verwendet, ist losgelöst vom allgemeinen menschlichen Dasein und einem Begriff von der Entwicklung und Struktur der Persönlichkeit. Auch Freud behielt die Kreativität Künstlern, Wissenschaftlern und Hochbegabten vor. Kreativität ist bei Lange-Eichbaum Ausdruck des sogenannten "Schöpferischen Hochtalents". Der psychodynamische Zusammenhang von Genialität und Psychose findet bei Lange-Eichbaum keine Erklärung, er bleibt daher mit seiner Zitatensammlung auf einer phänomenologischen bzw. biographischen Ebene.

Anliegen dieses Referates ist es, zu zeigen, daß dieser auf der phänomenologischen Ebene immer wieder begegnende Zusammenhang von Kreativität und psychotischer Reaktion eine theoretische Sichtweise erfordert, die ihren psychodynamischen Zusammenhang zulänglich erklärt. Ist die Kreativität das Vermögen des Menschen, Neues hervorzubringen, sich selbst und seine geistige Umwelt zu verändern, so sind besondere Exponenten dieses Vermögens in der Tat Künstler, Forscher und sicher die meisten historisch zu Bedeutsamkeit und Ruhm gelangten Persönlichkeiten. Dennoch ist mit der phänomenologischen Beschreibung dieser Persönlichkeiten über die genuin menschliche Möglichkeit Neues hervorzubringen, d. h. kreativ zu sein, nichts ausgesagt.

Günter Ammon hat mit Beginn seiner wissenschaftlichen Veröffentlichungen immer wieder versucht, diese psychologische Möglichkeit der Kreativität zu erfassen und darzustellen. Abgesehen von den speziellen Untersuchungen zur Frage der Kreativität (vgl. insbesondere Ammon, 1971) finden sich in vielen seiner theoretischen Darstellungen Hinweise auf ein psychodynamisches Verständnis der Kreativität. Wichtig erscheint mir hier die wechselweise austauschbare Verwendung der Termini "konstruktiv" und "kreativ", sowie deren Gegenüberstellung zu den Begriffen "destruktiv" bzw. "pathologisch-deformiert". Ammon verwendet den Begriff der Kreativität für jede gelingende Ich-Entwicklung in der frühen und frühesten Kindheit bis hin zu den Prozessen der Ich-Erweiterung und des Identitätszuwachses.

Kreativität kann darüber hinaus allen Ich-Funktionen zukommen, insoweit sie im Sinne eines positiven Ich-Schicksales und der Identität verstanden werden. Wir finden z. B. die Termini kreative Aggression, kreative Angst, kreative Sexualität, kreative Ich-Abgrenzung und kreative Offnung der Ich-Grenzen, kreatives Denken, kreativer Narzißmus. D. h., *Ammon* verwendet den Begriff Kreativität in einem allgemein psychologischen und in einem allgemein entwicklungspsychologischen Sinne.

Differentialpsychologisch wird der Begriff ebenfalls verwendet. Destruktive und defizitäre Ich-Funktionsschicksale äußern sich im Zusammenspiel mit anderen Ich-Funktionen in einem Spektrum unterschiedlicher Krankheitsbilder und ich-struktureller Formationen der Persönlichkeit. Je schwerer die psychische Erkrankung eines Menschen ist, umso eher läßt sich von

266 Ulrike Harlander

einem Mangel des kreativen Vermögens eines Menschen sprechen. Da psychotische Reaktionen mit zu den schwersten psychischen Erkrankungen gehören, ist auch die Fähigkeit der Kreativität bei psychotisch reagierenden Menschen außerordentlich eingeschränkt.

Freud äußerte sich über seinen eigenen Begriff der Kreativität im Sinne der Genialität des Künstlers und des Forschers einschränkend, wie folgt: "Die Schwäche dieser Methode liegt aber darin, daß sie nicht allgemein verwendbar, nur einigen Menschen zugänglich ist. Sie setzt besondere, im wirksamen Ausmaß nicht gerade häufige Anlagen und Begabungen voraus (1930).

Freud mußte diese einschränkende Feststellung treffen, weil er keine theoretische Ebene zur Verfügung hatte, mit deren Hilfe er hätte erfassen können, was die Psychodynamik von Prozessen der Veränderung ist, – sei es im Sinne des kreativen Hervorbringens neuer Möglichkeiten der Umweltoder Ich-Veränderung, sei es im Sinne differentialpsychologischer Unterschiede. Diese Ebene ist m. E. die Gruppe, wie Ammon sie versteht.

Wenn man nach der Konzeption Ammons annimmt, daß das Besondere und Einmalige von Gruppenprozessen sowie auch deren Abfolge unwiederholbarer Hier-und-Jetzt-Konstellationen die kindliche Persönlichkeit eines Menschen formen und die Art und Weise seines Ich-Zuwachses bestimmen, so erwächst aus dem individuellen Ursachenfeld von Gruppen auch die individuelle psychische Persönlichkeit. Dies bedeutet, daß Kreativität oder das Vermögen, neue menschliche Möglichkeiten zu verwirklichen, eine Funktion von Gruppen ist, ebenso wie jegliche psychische Veränderung und differentialpsychologische Unterschiedlichkeit.

Die These, die ich in diesem Referat diskutieren möchte, ist, daß das Konzept von der in der Gruppe gewachsenen Persönlichkeit es auch ermöglicht, den phänomenologischen Zusammenhang von psychotischen Reaktionen und Kreativität psychodynamisch zu erklären.

Worin besteht die phänomenologische Ähnlichkeit kreativen und psychotischen Verhaltens? Wir spüren in der Begegnung mit Menschen beider Gruppen ein erhöhtes Maß ungewöhnlicher, oft überraschender Denkabläufe und inhaltlicher Verbindungen. Auffällig ist auch die spontane Unmittelbarkeit in der Kontaktaufnahme, die nicht ohne die Qualität der Attraktion bzw. der Faszination oder gar Verführung ist. Die in beiden Gruppen zu verzeichnenden abrupten Affektentladungen haben einen herausfordernden, emotionalen Stellenwert und leiten dazu an, Abwehrhaltungen der Rationalisierung, der rigiden moralischen Wertung und bedürfnisregulierende Tendenzen beiseite zu schieben oder im Gegenteil gerade zu provozieren. Die assoziativen Vorstellungsinhalte und der zwischenmenschliche Kontakt haben eine erotische Färbung. Man spürt eine außerordentlich große Sensibilität gegenüber den unbewußten Anteilen der Kommunikation und gegenüber Gegebenheiten der Umwelt. Die Erlebnisfähigkeit ist hochgradig gesteigert, unerwartete Wahrnehmungsinhalte haben einen wichtigen Stellenwert.

Je größer allerdings der Ausprägungsgrad des psychotischen Ich-Zustandes ist, umso eher wird man den Unterschied zur Kreativität gewahr. Die auf den ersten Blick interessant und besonders lebendig wirkende Kommunikation steht nicht mehr unter der "Herrschaft des Ich", wie *Ammon* es formuliert, sondern die gesamte Persönlichkeit scheint fortgerissen zu werden von einer Flut von grenzenlos sich aneinanderreihenden Phantasien und Wahrnehmungen.

Bei geringeren Ausprägungsgraden des psychotischen Reagierens von Menschen mit psychotischer Borderline-Struktur ist man oft über lange Zeit beeindruckt von ihrer genialen Besonderheit. Ammon unterscheidet deshalb auch zwischen echter Kreativität und dem irrealen Spiel mit bloßen Möglichkeiten der Phantasie, die niemals in Realität umgesetzt werden. Viele hochbegabte Intellektuelle verharren über Jahre ihres Lebens in diesen, wie ich sie nennen möchte, utopischen Ich-Zuständen.

Was läßt sich nun ich-strukturell hierüber sagen? Ich-strukturell besteht die Gemeinsamkeit zwischen kreativen und psychotisch reagierenden Menschen in der weiten Öffnung der Ich-Grenzen dem Unbewußten und der Umwelt bzw. Gruppe gegenüber, was das ähnliche Erscheinungsbild beider Persönlichkeiten erklärt. In beiden Fällen ist die Ich-Funktion des Denkens eher assoziativ und weniger logisch. Die Motorik scheint erhöht. Die Abwehrtätigkeiten, insbesondere die Verdrängung sind herabgesetzt.

Die ich-strukturellen Unterschiede sind den Gemeinsamkeiten gegenüber sehr viel umfassender. Infolge der unterschiedlichen verinnerlichten Primärgruppenerfahrung ist das gesamte zentrale Ich extrem unterschiedlich ausgeprägt. Während bei der kreativen Persönlichkeit das zentrale Ich ein Höchstmaß an Funktionskraft hat, ist es bei psychotisch strukturierten Persönlichkeiten mehr oder weniger defizitär. Hinzu kommt, daß die Regulationskraft der zentralen Ich-Funktionen unterschiedlich stark ist, ebenso auch die übergreifende Ich-Integrationsregulation, die für das Zusammenspiel der einzelnen Ich-Funktionen untereinander verantwortlich ist.

Wir müssen sagen, daß die psychotische Ich-Struktur der Ich-Struktur der kreativen Persönlichkeit sogar konträr entgegengesetzt ist. Zufolge der hochentwickelten Flexibilität der Ich-Grenzen und der Regulationskräfte der Ich-Funktionen können die Ich-Grenzen gegenüber dem Unbewußten weit geöffnet aber auch wieder in freier Verfügbarkeit geschlossen werden. Fehlt es an dieser Flexibilität, d. h. haben die Primärgruppenprozesse hierzu nichts beigetragen, so finden wir stattdessen den abrupten Wechsel von völligen Defiziten und starr brüchigem in-Funktion-treten der Ich-Abgrenzungen. Es ist anzunehmen, daß die Denk- u. Wahrnehmungsstörungen der psychotisch strukturierten Persönlichkeit ebenfalls u. a. hier ihre Wurzeln haben. Das Kleben an konkretistischen Einzelheiten verweist auf die Arretierung in der symbiotischen Verschmelzung und ursprünglich unabgegrenzten Einsheit mit der symbiosefordernden, psychotisch machenden Primärgruppe, – der assoziative Fluß der Vorstellungen und Phantasien eben-

268 Ulrike Harlander

falls auf fehlende Auseinandersetzungsprozesse um die Ich-Abgrenzung. Dort, wo der kreative Mensch die Ich-Grenzen flexibel betätigt, tritt bei psychotischer Persönlichkeitsstruktur das gestörte Denken und Wahrnehmen in Funktion. Die Ähnlichkeit des Erscheinungsbildes entspricht daher nicht der ich-strukturellen Realität und damit auch nicht der gruppendynamischen Lebensgeschichte.

Kreativität ist immer verbunden mit nach außen gerichteter, konstruktiver Aggression. Dies ist sowohl für alles Realisieren von neuen Möglichkeiten als auch in zwischenmenschlichen Beziehungen entscheidend. Die defizitäre und symbiotisch-diffuse, anklammernde Qualität der Aggressionsfunktion psychotisch reagierender Menschen steht in diametralem Gegensatz hierzu. Es läßt sich deshalb auch sagen, daß die Welt der Phantasie, der Vorstellungen und auch des Traumes aus sich heraus mit Kreativität nichts zu tun hat. Sie kann zu einem kreativen Potential erst dann werden, wenn sie mit einer hinreichend konstruktiven Aggression in Verbindung treten kann, die wir als agens und Träger der Realität und realer Veränderung ansehen können.

Unsere empirischen Forschungen in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige haben ergeben, daß die Werte auf den Skalen defizitäre, destruktive und konstruktive Aggression in der Weise interpretiert werden müssen, daß die destruktive Aggression ein höheres Maß an Konstruktivität zu haben scheint als die defizitäre Aggression. Ilse Burbiel und Wilfried Vogelbusch (1981) haben darüber berichtet. Sie konnten zeigen, daß die Meßergebnisse der Aggression in Therapieverläufen so zu verstehen sind, daß defizitäre Aggression sich in destruktive Aggression verwandelt, ehe diese im weiteren Therapieverlauf Anteile für eine konstruktive Umgestaltung der Aggression freigibt.

Dem entsprechend sind die Ergebnisse erster Voruntersuchungen zur Kreativität zu verstehen. Es zeichnet sich ab, daß die Kreativität der Patienten mit destruktiver Aggression höher liegt als die Kreativität bei Patienten mit defizitärer Aggression. Es scheint, daß zwischen der nicht entwickelten bzw. diffus im psychischen und somatischen "Innenbereich" auftretenden Aggression einerseits und beiden Formen der offen nach außen in die Umwelt bzw. Gruppe gerichteten Aggression andererseits wichtige Unterschiede bestehen. Die nach außen offene Aggression ist erlebbar für andere Menschen, mit der Öffnung nach außen wächst die Kreativität. Das heißt: Die Gruppenbezogenheit der Kreativität scheint auch auf der Ebene ich-struktureller Messungen nachweisbar.

Ebenso wie auf der ich-strukturellen Ebene läßt sich auch auf der gruppendynamischen Ebene eine Erklärung für die Unterschiedlichkeit von kreativen und psychotischen Prozessen finden. Kreativität ist per definitionem nach *Ammon* immer gruppengebunden. Dies gilt sowohl für die Primärgruppe, wie ich oben schon andeutete, als auch für die kreativen Prozesse selbst. Die Kindheit kreativer Menschen ist in der Regel bestimmt gewe-

sen durch eine freundliche Symbiose mit der Mutter. Die Abgrenzungsschritte aus der Symbiose wurden unterstützt, die Neugier und das konstruktiv-aggressive Umwelt- und Kontaktverhalten gestattet. Sexualität und Spiellust des Kindes hatten innerhalb der Familie einen ernstgenommenen Platz im eigenen Recht, die Gruppe hatte insgesamt ein gewährendes und tolerantes Klima, in dem Außergewöhnliches und die Befriedigung der Bedürfnisse die Regel waren. Insbesondere herrschte Sensibilität und Achtung für die Bedürfnisse der Abgrenzung der eigenen Person gegenüber den anderen Familienmitgliedern.

Im Gegensatz dazu wiederholt der psychotisch Kranke die in seinem Leben erfahrene defizitäre Primärgruppendynamik. Dies bedeutet, daß er dazu neigt, immer wieder im Sinne einer "pathologischen Gruppenwahl", wie Ammon es nennt, mit Menschen in Beziehung zu treten, die ihn in seinen kreativen Möglichkeiten behindern. Wesentliches Kennzeichen einer "kreativen Gruppenwahl" hingegen ist, daß sie zum einen die freundlichen Gruppenerfahrungen der Kindheit zum Maßstab der eigenen Bedürfnisse macht und zum anderen hierdurch jenseits der bloßen Wiederholung von Gruppenerfahrungen frei ist für die Öffnung gegenüber neuen Möglichkeiten des Denkens, Gestaltens und Handelns – "human potentialities", wie Ammon sie mit Gardner Murphy bezeichnet.

Weil die Kreativität immer eine Gruppenfunktion darstellt, d. h. deshalb auch nicht nur individualpsychologisch beschrieben werden kann, sind kreative Prozesse nicht gleichzusetzen mit dem sogenannten "kreativen Akt", wie es bei Freud und seinen Nachfolgern geschah. Hierdurch wird das in-Funktion-treten der psychologischen Mechanismen des schöpferischen Vorgangs, aufgefaßt als innerpsychisches Geschehen, bezeichnet. Ammon (1981) betont, daß Kreativität vielmehr ein Leben "in Gruppen von Gleichgesinnten bedeutet, die . . . Kreativität ermöglichen" und daß sie gekennzeichnet ist durch "eine besondere Eindringlichkeit und Intensität in zwischenmenschlichen Beziehungen und Interessen, oftmals fixiert auf eine besondere geistige Aktion, sei es in Forschung oder Kunst" oder dergleichen. Dies bedeutet, daß kreative Prozesse verbunden sind mit der Bereitschaft einer umgebenden Gruppe, sie überhaupt möglich zu machen, - was Ammon den "kreativen Lebensstil" nennt. Es gehört hierzu auch die Bereitschaft einer Gruppe, den bei den kreativen Prozessen entstehenden Konflikten standzuhalten, sich auf sie einzulassen und das Gruppengefüge mit seinen Grenzen zu wahren und zu schützen.

Hier ist auch die Gruppe als sozialenergetisches Feld von Bedeutung. Sozialenergie entsteht nach *Ammon* in der Auseinandersetzung von Menschen untereinander. Sozialenergetische Auseinandersetzung ist kreativ per se, sie ist auch immer eine Auseinandersetzung mit den Möglichkeiten eines Menschen oder von Gruppen.

Man sieht sehr häufig, daß viele berühmte Künstler und auch sogenannte "Stars" psychotisch reagieren oder sich umbringen, wohl einfach deswegen,

270 Ulrike Harlander

weil die vielen, sie umgebenden Menschen, Bewunderer oder "Fans" sind, die keine sozialenergetische Zufuhr geben können, sondern allenfalls narzißtische Bestätigung. Im Falle des großen Tänzers Nijinski ist zu sagen, daß sein Freund und Mentor Diaghilev ihn im Sinne der Sozialenergie und der Hilfs-Ich-Funktionen getragen hat, nicht das Publikum. Diaghilev hat sich mit den human potentialities Nijinskis beschäftigt, mit seinen Möglichkeiten und das heißt: mit ihm selber. Als er sich von Nijinski trennte, verlor dieser das sozialenergetische Feld und damit zugleich seine künstlerische Identität. Er verlor sich in die psychotische Desintegration.

Daher erachtet Ammon den "kreativen Lebensstil" für wesentlicher als etwa das "schöpferische Hochtalent" im Sinne Lange-Eichbaums, das sich ohne den nur in Gruppen möglichen kreativen Lebensstil nicht entwickeln und durchsetzen kann, besonders, wenn es mit einer psychotischen Ich-Struktur verbunden ist.

Der Begriff des "kreativen Lebensstils" bedeutet auch eine Abgrenzung gegenüber Freud. Dieser hatte schöpferisches Denken und Handeln der nur in wenigen Ausnahmen gegebenen Fähigkeit einzelner Menschen zugeschrieben, sexuelle Triebziele aufzugeben zugunsten kulturell höher stehender Werte. Sigmund Freud, gebunden durch seine triebenergetischen Grundannahmen, konnte auch keinen positiven bzw. konstruktiven Begriff von Kreativität im Sinne der human potentialities entwickeln. Umwelteinflüsse hatten bei ihm keinen energetischen und kreativen Charakter, sondern einen ausgesprochen antikreativen Grundzug, nämlich die Anpassung. Jede Form von Anpassung ist der Antipode alles Kreativen. Der späte Freud kannte nur eine einzige und zwar destruktive Lebensenergie, die letztlich ihrer eigenen Vernichtung entgegenstrebt (1924). Konstruktivität gehörte nicht genuin zu dieser Triebenergie, sie ist eine allein durch soziale Anpassung erreichte passagere Erscheinung menschlicher Bestrebungen, kein durch soziale Kontakte zu fördernder und zu entfaltender Grundzug der Lebensenergie.

Kreativer Lebensstil heißt, daß schöpferisches Denken und Handeln in einem zwischenmenschlichen Feld und im Sinne der Identitätserweiterung einer Gruppe, aber auch ihrer einzelnen Mitglieder verstanden werden muß. Das, was die Gruppe an Veränderungen der geistigen Welt erreicht, ist zugleich die Erweiterung ihrer eigenen Identität, wie es zugleich auch in die Persönlichkeit jedes ihrer Mitglieder verändernd eingreift. Ich möchte die These aufstellen, daß nur der isolierte, gruppenunfähige oder gruppenausgestoßene kreative Mensch psychotisch werden kann. Man könnte hieraufhin die Lebensgeschichten kreativer Persönlichkeiten untersuchen. Goethe z. B. lebte immer in Gruppen, hatte Gruppen, in denen er sich geborgen fühlte, ebenso Mozart. Das gleiche gilt für Picasso.

Auch *Dali* lebte nie allein. Sie alle waren Schüler, denen die Kreativität und die kreative Sozialenergie ihrer Lehrer zur Verfügung stand. Sie hatten und haben Schüler, denen sie ihre Kreativität lehrend zur Verfügung gestellt

haben. Sie suchten ihre Kreativität fördernde Gruppen auf und bildeten selbst solche Gruppen.

Im kreativen Prozeß selbst hat die Gruppe wichtige Funktionen für die kreativen Ich-Zustände einzelner Gruppenmitglieder und auch ihrer zentralen Person zu übernehmen. Die von Ammon (1971) untersuchten und von ihm so genannten kreativen "tertiären Denkprozesse" machen es erforderlich, daß die Gruppenmitglieder Hilfs-Ich-Funktionen hierbei übernehmen. Im Prozeß der sich öffnenden Ich-Grenzen geht der Einzelne die Gefahr eines partiellen Ich-Integrationsverlustes ein, der bis an die Grenzen des destruktiv-aggressiven und präpsychotischen Reagierens gehen kann, in jedem Falle aber von großer Angst vor Ich-Verlust begleitet ist. Ihm voraus gehen Phasen depressiver Ich-Zustände, die Ammon "kreative Depression" nennt. Der kreative Prozeß findet dann oftmals nach längerem Aufschub statt, wobei viele vorbereitende Phasen in einem besonderen Ich-Zustand "kaleidoskopartig" zusammenfallen, wie Ammon sagt. Im tertiären Denkprozeß kommt es zu einer spannungsreichen und raumgreifenden Verbindung von unbewußten Ich-Potentialen und der umgebenden Gruppe. Die Gruppe übernimmt die entstehende Angst, sie stellt die Anteile an ich-funktionaler Stabilität zur Verfügung, die im kreativen Prozeß passager aufgegeben werden. Kreative Prozesse machen auch den anderen Gruppenmitgliedern Angst. Pathologisch wäre es, hier Angst vor der Angst zu haben und die kreativen Menschen zu verlassen. Dies geschieht jedoch sehr häufig, besonders dort, wo Kinder, die kreativsten Wesen, die es gibt, wie Ammon sagt, ständig verlassen werden.

Auch viele Anteile des sekundären Denkprozesses werden von anderen Gruppenmitgliedern übernommen, wenn auch das sekundärprozeßhafte Denken im kreativen Prozeß nur zurückgetreten, keineswegs aber zusammengebrochen ist, wie in der psychotischen Reaktion. Psychotische Reaktionen sind keine tertiären Denkprozesse, sie stellen vielmehr den Zusammenbruch und die Dysfunktionalität großer Teile der Persönlichkeit dar, vor allem auch der sekundären Ich-Funktionen und des logischen Denkens.

Die Gruppe hat für den kreativen Menschen noch eine weitere, existentiell bedeutsame Funktion. Bei der heute weit verbreiteten gesellschaftlichen Feindseligkeit außergewöhnlichem Denken und Handeln gegenüber wird dem kreativen Menschen meist kein Raum bereitgestellt, so daß er einer Gruppe bedarf, die ihm diesen Raum gibt. Häufig ist in der Geschichte an sich kreativen Menschen dieser Raum verwehrt worden und sie sind, wie Galileo Galilei oder Jakob Michael Reinhold Lenz, in den Tod bzw. die Verrücktheit getrieben worden, wobei pathologische Bedingungen der Kindheit im Falle von Lenz nicht ausgeschlossen werden sollen. Vergleichende Kultur- und Gesellschaftsforschungen zeigen zwar, daß ganz andere Dimensionen des Denkens möglich sind als nur das uns geläufige und beherrschende logisch-aristotelische Denken, ebenso auch ganz andere Formen des Zusammenlebens und der Sexualität, andere Gesellschaftsformen,

272 Ulrike Harlander

besonders auch andere Weisen der Wissenschaft, der Forschung und Lehre als die heutigen uns geläufigen und häufig als absolut und zeitlos gegeben angesehenen.

Jeder kreative Prozeß ist gebunden an Grenzsituationen. In diesem Grenzbereich fließen die Infragestellung unserer geistigen Umwelt und die Infragestellung der gesamten Identität des kreativen Menschen zusammen. Unter kreativitätsfeindlichen Bedingungen ist dies gleichbedeutend damit, daß seine psychische und soziale Existenz überhaupt in Frage gestellt wird, daß er durch kreatives Denken und Handeln ein gesellschaftliches Todesurteil und den sozialen Mord riskiert. Die umgebende Gruppe hat unter diesen feindseligen Bedingungen für den kreativen Menschen auch die Aufgabe,

ihm buchstäblich das Überleben zu gewährleisten.

Auch in der nachholenden Ich-Entwicklung der Therapie psychotischer Reaktionen geht es, wie alle wissen, die sich mit der Therapie dieser schwerstkranken Menschen befassen, um das Überleben, häufig um Leben oder Tod. Wir können sagen, daß diejenigen Bedrohungen mit psychischem und sozialem Tod, denen kompromißlos kreative Menschen in unseren kreativitätsverbietenden Gesellschaften ausgeliefert sind, die gleichen Bedrohungen mit psychischer Vernichtung und real begründeter Todesangst darstellen, denen Kinder mit Beginn ihres Lebens ausgesetzt sein können. In der nachholenden Ich-Entwicklung in der Therapie psychotischer Reaktionen ist zu erkennen, daß in ihnen eine ich-strukturelle Formation zu sehen ist, wo das Destruktive und das Konstruktive in einem gewissen Sinne scharf aneinander angrenzend gedacht werden müssen. Diese scharfe Grenze entspricht dem, was Ammon das Grenzerlebnis nennt. Erst an der Grenze äußersten destruktiven Erlebens und Miterlebens wird ein Patient u. U. erreicht, und ist er in der Lage, in seine kreativen Möglichkeiten umzuschwenken. Dies genau ist der archimedische Punkt ich-strukturellen Arbeitens, es ist die Grenze, die sich im therapeutischen Prozeß anbahnt und die erreicht werden muß, soll ein Umschwung von der Destruktivität in die Konstruktivität erlangt werden. Ammon hat in "Gruppendynamik der Aggression" (1970) beschrieben, daß jeder Mensch im Laufe seiner Therapie gewissermaßen durch das Tor des Todes, d. h. durch das Tor des Todes seiner alten Persönlichkeit, zu gehen hat, wenn er sich verändern will. Es ist interessant zu sehen, daß es einerseits auch im therapeutischen Prozeß wie für die Kreativität so etwas gibt wie eine gleitende Skala, d. h. therapeutische Phasen, die auf Phasen von Grenzerlebnissen hinführen und für sie vorbereitend sind, und daß es andererseits die Enge und Schärfe eines Punktes am Scheidewege gibt, in dem allein ein Umschwung von Destruktivität in Konstruktivität geschehen kann. Er erfordert jedoch die tiefste existentielle Entscheidung eines Menschen. Dies betont Ammon, wenn er sagt, ein Mensch müsse sich zur Krankheit oder zur Identität entscheiden. Wichtig ist aber, daß man im therapeutischen Prozeß diesen Entscheidungspunkt sich traut herbeizuführen und zwar unter der Furcht - der gemeinsamen Furcht von

Patient und Therapeut – der Bedrohung durch eine mögliche psychotische Desintegration und durch Selbstmord. Es ist erforderlich, sich diesen Gefahren auszusetzen und ihnen standzuhalten, weil häufig sonst die Auseinandersetzung mit destruktiven Aggressionen nicht in ihrer notwendigen Tiefe geführt wird und der Umschwung von Destruktivität in Konstruktivität oder kreative Identität damit infrage steht.

Wichtig bei der Kreativität ebenso wie in der nachholenden Ich-Entwicklung ist der Aspekt der existentiellen Zeit. Der depressive, d. h. destruktiv oder defizitär eingeengt lebende Mensch ist ein Mensch ohne Zeit, wie Ammon das häufig in seinen Seminaren herausgestellt hat. Mit der Kreativität ist einem Menschen dagegen Zeit, ist ihm Erstreckung in eine Zukunft gegeben, ist er ein Mensch mit Möglichkeiten, ist er in ständigen Prozessen der Veränderung und der Ich-Identitätserweiterung begriffen.

Wir haben im Vorhergehenden schon dargestellt, daß bei kreativen Lebensweisen und kreativen Akten gute, innere oder äußere Gruppen unbedingt erforderlich sind. Dies gilt ebenso hier, wie für das Kind in der primären Identitätsentwicklung. Ein kreativer Mensch ist nämlich insofern ein Kind – auch Freud hat diesen Vergleich der kreativen Persönlichkeit mit einem Kind gezogen – als er außerordentlich großen Spannungen ausgesetzt ist und große Identitätsschritte unternimmt, eine intensive Lebenszeit verbringt, in der in kurzer Zeit sehr viele Veränderungsprozesse geschehen. Der kreative Mensch ist deshalb in demselben Maße auf den Schutz einer Gruppe angewiesen, wie das Kind. Kreatives Schöpfertum und kindliches Wachstum sind bezüglich der Intensität des kreativen Tuns und Verhaltens gleichzusetzen und zwar sowohl bezüglich der Veränderung der eigenen Person als auch bezüglich der Veränderung der Umgebung. Kinder verändern ihre Umgebung insofern, als sie große Herausforderungen an die umgebende Gruppe stellen (Gisela Ammon, 1972, 1978). Hierin liegt wieder eine große Nähe zu den psychotisch reagierenden Patienten, die ebenfalls das kreative Lernen ihrer umgebenden Gruppe, insbesondere der Therapeutengruppe, herausfordern. Kreative Menschen, Kinder und psychotisch reagierende Menschen haben darin eine Ähnlichkeit, daß sie andere Menschen überraschen, daß sie die konventionellen Wege der Erwartungen an andere Menschen nicht zu kennen scheinen und diesen Erwartungen nicht entsprechen. Sie alle lösen, hierin verbunden, Angst und Abwehr, zum Teil feindselige Empörung und bösartige Verleumdung, Totschweigen oder Verwahrung in unseren noch immer geduldeten Schweigelagern der Anstaltspsychiatrie aus. Kreativität, ganz besonders aber destruktiv verkrüppelte Kreativität bedarf hingegen des Schutzes und der Förderung.

Dynamische Psychiatrie bedeutet, diese Funktion des Schutzes und die wissenschaftlichen Erkenntnisse über den Weg von der Destruktivität zu den kreativen Ich-Potentialen zur Verfügung zu stellen für die kränksten Menschen unter uns und ihre human potentialities.

274 Ulrike Harlander

Considerations about Psychosis and Creativity

Ulrike Harlander (Berlin)

According to Ammon creativity is characterized by unusual actions and behaviour and by unexpected ways of thinking and communication. Obviously, these features of creativity have again and again led people to see a similarity between creative and psychotic, or near-to-psychotic, modes of expression of human beings, because psychotic reactions could -apart from other ways - be described by these features, too. In psychoanalytical and psychiatrical writing there have been made many comparisons on the connection between psychosis and creativity. The author of the given article reports on the views concerning this question held by Freud, Kubie, Kris, Lange-Eichbaum and others; then she goes on to describe the new theory of creativity as developed by Ammon. According to this theory, creativity is a group function and an ego function of the central ego. Because of this approach to creativity the theory of Ammon is relevant to psychology in general; in Lange-Eichbaum's view it is a phenomenon of extraordinary and very exceptional talents, and in psychoanalytical instinct psychology it is linked to the sphere of the instincts, i.e. creativity is considered to have to do with instinct sublimation and with the shifting of the aim and the object of instinct. Within the psychoanalytical antagonism between the sphere of the instincts and the defense mechanisms of the ego creativity is looked upon either as a particular way of regression of the ego (Kris), or as a phenomenon of the pre-consciousness; as the latter creativity is conceived of as unfolding freely, but by no means safely, between the rigid world of the unconscious instincts and the rigid functions of consciousness (Kubie). As opposed to that, Ammon regards creativity as linked to the ego: i.e. creativity is seen as an ego function of the central ego; as such it can be either fully developed through social energy, or deficitary, or destructive, and is dependent on primary group processes. The extent of the development of the ego function of creativity is also dependent on the environment the person is living in, i.e. on a surrounding group which encourages creativity and which is able to cope with the anxiety which creativity entails. At the same time, the extent of creativity has an effect on the degree of constructiveness of all the other ego functions of the central and secondary ego.

The main point following from this theory of Ammon is that someone who is psychotically ill is not creative in terms of ego structure, whatever similarities there might be on a purely phenomenological level. The fact that there is a phenomenological similarity might result, above all, from the wide opening in psychosis of the ego borders to the world of the unconscious and to the environment. This view, however, does not take into account the complex interplay of the great diversity of the ego-functions of the central ego. If the central ego is deficitary on the whole, as in the case of a psychotic

or near-to psychotic ego structure; if the ego-functions of the secondary, too; and if in particular there is no flexible regulation of ego borders, no constructive aggression and constructive anxiety - then the contact to other persons and the ego structure are destroyed by the imaginations of phantasy, by the unconscious ideas, and by the emotions related to the unconscious inner and outer world. The flow of social energy is interrupted and the psychotically ill person destroys the group he is living in. Therefore, the world of phantasies, imaginations and dreams in itself is by no means sufficient for someone to have a creative potential. Ammon has developed this difference very well by the concept of the tertiary process of thinking which means that the primary and the secondary process of thinking as defined by Freud go together, thus manifesting themselves as creative activity.

Finally the author makes the point that aggression, too, is a criterion of the difference between psychosis and creativity. Aggression in psychosis which is destructive in the beginning is mostly accompanied with forms of creativity which are also destructive. But this destructive manifestation of the ego functions is already some progress towards constructivity, as compared to the deficitary manifestation of the ego functions concerned; this was a result of measurements of the ego functions with the ego structure test in the Dynamic Psychiatric hospital Menterschwaige in Munic. Ammon has repeatedly shown that the destructive manifestation of the ego functions of aggression, creativity, and anxiety brings about a border situation - and it has to be brought about in the therapeutical process – which may become a deep existential crisis out of which can grow the decision for or against the illness and thus for or against creative identity.

Literatur

Ammon, Gisela (1972): Kreativität in der Vorlatenz. In: Ammon, Günter (Hrsg.) Gruppendy-

namik der Kreativität (Berlin: Pinel Publikationen; München: Kindler) (1978): Die Rolle der Prävention im kindlichen Spiel – Psychoanalytische Kindergärten innerhalb der Dynamischen Psychiatrie. In: Dyn. Psychiat. (11), 174–191

Ammon, Günter (1970): Gruppendynamik der Aggression (Berlin: Pinel-Publikationen; München: Kindler)

(Hrsg.) (1972): Gruppendynamik der Kreativität (Berlin: Pinel-Publikationen; München: Kindler)

(1979): Entwurf eines dynamisch-psychiatrischen Ich-Struktur-Konzepts – zur Integration von funktional-struktureller Ich-Psychologie, analytischer Gruppendynamik und Narzißmus-Theorie. In: Ammon, Günter (Hrsg.) Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. I (München: Ernst Reinhardt)

- (1981): Kreativität, Therapie und künstlerische Gestaltung. In: Dyn. Psychiat. (14), 101-115 Burbiel, Ilse; Vogelbusch, Wilfried (1981): Die Persönlichkeitstheorie nach Günter Ammon als Grundlage psychometrischer Untersuchungen. In: Dyn. Psychiat. (14), 16–37 Freud, Sigmund (1908): Der Dichter und das Phantasieren. In: Freud, Siegmund ges. Werke,

Bd. VII (London: Imago)

(1917): Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse; a.a.O. Bd. XI

(1924): Jenseits des Lustprinzips; a.a.O., Bad. XIII

- (1930): Das Unbehagen in der Kultur; a.a.O., Bd. XIV

Kris, E. (1952): Psychoanalytic Explorations in Art (New York: Int. Univ. Press)
Kubie, L. (1966): Neurotische Deformationen des schöpferischen Prozesses (Hamburg: Rowohlt)
Lange-Eichbaum, W., Kurth, W. (1956): Genie, Irrsinn und Ruhm (München: Ernst Reinhardt)
Lombroso, C. (1863): Genio e follia. Dt. Übers. Courth, Genie und Irrsinn (Leipzig: Reclam 1877, 1920)

Anschrift der Autorin: Ulrike Harlander Prinz-Friedrich-Leopold-Str. 21 1000 Berlin 38

Der leibliche Niederschlag pathogener Gruppendynamik beim Schizophrenen - Diagnose und Therapie - ein Konzept**

Werner Billeter, Zürich*

Unbewußtes bricht in der Psychose destruktiv in das mangelhaft entwickelte Ich durch, während der Schamane oder Mystiker die aus dem Unbewußten freigesetzten Energien kreativ und heilsam nutzbar machen kann. Die Psychose ist darüber hinaus durch ein strukturelles Ich-Defizit, den Symbiosekonflikt und ein gestörtes Körper-Schema als körperlicher Ausdruck des Ich-Defizits charakterisiert.

Die Messung des Hautwiderstandes an verschiedenen Punkten des Körpers wurde vom Autor an Patienten mit der Diagnose Neurose, Borderline-Syndrom bzw. Schizophrenie durchgeführt und dient der quantitativen Erfassung der Störung des Körper-Schemas. Die Krankheitsbilder ließen sich eindeutig voneinander differenzieren, Veränderungen des Körper-Schemas und damit mittelbar auch des Ich-Defizits im therapeutischen Prozeß konnten mit dieser Methode gemessen werden. Unter Hinweis auf den Schamanismus und aufgrund seiner eigenen Untersuchungen weist der Autor auf die Bedeutung der Integration von körperlicher Arbeit und Psychotherapie hin und wendet sie in seinem Institut an.

Diese Arbeit ist keine - noch keine - wissenschaftlich nach den Regeln der Kunst abgesicherte Aussage, sondern es ist die Darstellung einer Technik, die wir seit gut zehn Jahren praktizieren.

Vorerst eine kurze Positionsbestimmung. Ich verstehe Schizophrenie mit Ammon als Ausdruck eines pathogenen, unbewußten Gruppengeschehens, in dessen Verlauf das schwächste Glied der Gruppe zum Träger der Psychose wird. Die Psychose selbst ist:

a) Durchbruch von unbewußten Gehalten ins mangelhaft entwickelte Ich. Der Durchbruch kann destruktiv oder kreativ sein, je nach Voraussetzung. In der Psychose ist er - eine Folge des mangelhaft entwickelten Ich - destruktiv, da angstmachend. Bei stabilem und abgegrenztem Ich evoziert, so wie es etwa der Schamane oder der Mystiker tut, kann der gleiche Einbruch heilsam und kreativ sein. Der Einbruch selbst ist ja unglaublich energetisch und potent. Man weiß, daß im akuten Wahnzustand gelegentlich Kräfte mobil werden, die ans Paranormale grenzen. Die Energie derselben Zustände verwendet der Schamane zu oftmals gleichsam magisch anmutenden Heilungen. Ich habe verschiedene derartige Prozesse in abgelegenen Gegenden Finnlands und im Fernen Osten persönlich mitverfolgen können. Ähnlichkeit bis oftmals Identität der einbrechenden Bilder, Gehalte und Trancezustände bei der Psychose und beim Schamanismus sind oft diskutiert und beschrieben worden. Ich verweise auf Eliade (Schamanismus und archaische

^{*} Dr. med., Analytisches Zentrum, Zürich Vortrag, gehalten auf dem XII. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), 8.-13. Dezember 1980, Kongreßzentrum München

Ekstasetechnik), der sagt: "Unter dem Aspekt des homo religiosus betrachtet, erweist sich der Geisteskranke als mißglückter, besser noch als nachäffender Mystiker. Sein Erlebnis ist aus dem Zusammenhang gelöst, selbst wenn es scheinbar einem religiösen Erlebnis gleicht, so wie ein autoerotischer Akt zwar zu demselben physiologischen Ergebnis führt wie ein sexueller Akt im eigentlichen Sinne (der Ergießung des Samens), aber doch nur eine Nachäffung dieses Aktes darstellt, weil er ohne die konkrete Anwesenheit des Partners erfolgt". Oder, an anderer Stelle: "Wer sich dem Schamanismus als Psychologe nähert, wird dazu kommen, ihn in erster Linie als das Sichtbarwerden einer Seele in ihrer Krise, ja ihrem Niedergang zu betrachten; er wird ihn unfehlbar mit bestimmten Formen seelischer Verirrung vergleichen oder gar unter die Geisteskrankheiten einreihen".

Mir geht es um die Struktur und Abgrenzung des Ich in der Psychose oder dem mystischen Erleben, bzw. schamanistischen Therapieakt, nicht um die einbrechenden Inhalte, die Gehalte selbst. Sie sind ja dieselben: beim kleinen Kind, beim Mystiker, beim Schamanen, beim Reisenden mit den sogenannten psychedelischen Drogen. Und es scheint mir wichtig, auf diesen Punkt im Grundsätzlichen hinzuweisen, weil er zeigt, daß es um die Entwicklung der Ich-Struktur in der Therapie des Schizophrenen geht, nicht um die Eliminierung der dort – wie auch anderswo – auftretenden Gehalte. Die orthodoxe Psychiatrie ist viel zu sehr bemüht, dem Einflutenden Dämme zu setzen, medikamentös oder auch sogenannt psychotherapeutisch und übersieht, daß es in erster Linie darum ginge, das Ich zu stärken, indem man es wachsen und sich abgrenzen läßt, um so die Möglichkeit zu schaffen, das Einflutende zu gestalten und kreativ zu nützen. Ich verweise dabei auf Ammon, (Gruppendynamik der Kreativität, 1974) der sagt: "Mit anderen Worten: Sexualität und Kreativität, Triebentwicklung und Ich-Entwicklung stehen nach diesem Konzept zueinander nicht in einem Verhältnis gegenseitiger Bedrohung, Abwehr und Unterdrückung, sondern bilden sich im Medium der umgebenden Gruppe parallel heraus. Insofern verweist der Abwehrmechanismus der Sublimierung meines Erachtens gerade auf eine Störung der kreativen Ich-Funktion und bringt insbesondere in seinen krassen Formen eine Überanpassung an gesellschaftliche Normen zum Ausdruck, verbunden mit dem Verzicht auf eigene Selbstverwirklichung." Und, zwei Abschnitte später: "Dem Schritt zur eigenen Identität und im weiteren Sinne jeder kreativen Aktion geht ein Zustand von Diffusion von Selbst und Ich voraus, verbunden mit einer weitgehenden Offnung bzw. Auflösung der Ich-Grenzen, die erst im kreativen Akt selbst zu einer neuen und erweiterten Ich-Identität des schöpferischen Menschen integriert werden".

Ist es nicht – auf einer anderen Ebene – dasselbe, wenn wir von Eliade erfahren: "Daß diese Krankheiten fast immer in einer Beziehung mit der Berufung zum Medizinmann erscheinen, hat nichts Überraschendes an sich. Wie der Kranke, so ist auch der religiöse Mensch auf eine Lebensebene geworfen, welche ihm die fundamentalen Gegebenheiten der menschlichen Exi-

stenz enthüllt, ihre Einsamkeit, ihre Unsicherheit und die Feindseligkeit der sie umgebenden Welt. Doch der primitive Zauberer, der Medizinmann und der Schamane ist nicht einfach ein Kranker; er ist vor allem ein Kranker, der sich selber geheilt hat. Der berühmte jakutische Schamane Tüsput (vom Himmel Gefallener) war zwanzig Jahre krank gewesen; er begann zu singen und fühlte sich besser. Als Sieroszewski ihm begegnete, war er sechzig Jahre alt und gab Proben einer unermüdlichen Energie. "Wenn nötig, kann er trommeln, tanzen und springen eine ganze Nacht lang". Er war übrigens ein weitgereister Mann, er hatte sogar in den sibirischen Goldminen gearbeitet. Doch es war ihm ein Bedürfnis zu schamanisieren; unterließ er es längere Zeit, so fühlte er sich schlecht".

Es geht wohl um ein und dasselbe: die genuine Kreativität, die sich in den psychotischen Gehalten ebenso äußert wie in den Bildern schamanistischer Trance oder in der Schau des meditierenden Mystikers, – eine dem Rationalen schwer zugängliche Naturkraft, die sich entwickelt wie die Sexualität und die konstruktive Aggression, sie ist nicht als eine Form der Abwehr bzw. Umlenkung der Triebbedürfnisse zu begreifen, sondern vielmehr wohl als die Energie selbst, die das kreative Ich speist, wie das Benzin den Motor.

Es mag als Exkurs erscheinen, - der Einbezug der Parallelen zwischen schamanistischen Erfahrungen und psychotischen Gehalten -, im Rahmen meiner Arbeit, in der es um die leiblichen Aspekte bei der Schizophrenie geht, doch ist es so, daß eben dieser Einbezug der leiblichen Aspekte, so wie wir ihn versucht und erforscht haben, zwangsläufig und folgerichtig zum Studium dieser archaischen Techniken des kreativen Umgangs mit den sog. "psychotischen" Inhalten führt. Hieraus leitet sich ab, daß die Dynamische Psychiatrie und Psychotherapie, die kreative Wege in der Behandlung von Psychotikern sucht und auch schon gefunden hat, gerade aus diesen Techniken, die rund um den Globus verbreitet waren und noch sind, wertvolle Impulse gewinnen könnte. Denn ist es nicht-immer noch - so (es gibt darüber Feldforschungen und Statistiken), daß der "primitive" Medizinmann in der Behandlung archaischer Ich-Störungen eben immer noch erfolgreicher ist als der "modern-rationale" Medizinmann? Und ist es nicht vielleicht die Ausschließlichkeit der Rationalität des Letzteren, die ihm einen eigentlichen, adäquaten Zugang zur Welt des Psychotikers verbaut? Da würde dann die Psychoanalyse zur Krankheit, für deren Therapie sie sich hält (Bumke).

Doch weiter in der Positionsbestimmung: Psychose. Sie ist, nach meinem Verständnis:

- b) Ausdruck eines strukturellen Ich-Defizits infolge mißlungener Auseinandersetzung mit der frühen Umwelt, und
- c) Symbiosekonflikt: mißlungene Abgrenzung und starkes, konflikttypisches Übertragungsangebot, sowie
 - d) defektes Körperschema in Analogie zum nicht abgegrenzten Ich.

Die ersten drei Punkte wurden von vielen Autoren, insbesondere aber von der Berliner Schule, sorgfältig erarbeitet und dargestellt. Daß für die

praktisch-therapeutische Arbeit der Einbezug archaisch therapeutischer Techniken zusätzlich sehr von Nutzen sein könnte, habe ich eben angedeutet. In meinem Referat geht es mir hauptsächlich um die Darstellung von Punkt d):

Das defekte Körperschema in Analogie zum nicht abgegrenzten Ich.

Ich verstehe unter Körperschema eine bestimmte psychische Besetzung der einzelnen Körperteile. Diese Besetzung ist nicht zufällig, sondern entspricht der vorliegenden psychischen Struktur, d. h. Ich, Es und Über-Ich, vor allem aber die Ich-Struktur mit ihren Abgrenzungen, finden im Körperschema ihren analogen Ausdruck gleichsam auf einer zweiten Ausdrucksebene. Ich gehe dabei absolut überein mit *Ulrike Harlander*, die in ihrer Arbeit "Die Körper-Ich-Identität nach Günter Ammon" darlegt, daß eine psychogenetische Ursächlichkeit sowohl für psychisches als auch körperliches Existieren anzunehmen ist. Und ich stimme mit ihr überein, wenn sie darstellt, daß Soma und Psyche nicht als unterschiedliche Forschungsobjekte zu trennen sind, weil die reale Gegebenheit ihres einheitlichen Entstehens und ihrer einheitlichen Strukturierung nicht wegzuleugnen ist. Ebenso stimme ich ihr von Herzen bei, wenn sie die vorwissenschaftlichen Vorstellungen über die Körperlichkeit des Menschen, die unreflektiert in die Psychiatrie und Medizin Eingang gefunden haben, kritisiert und als einen der Gründe für die Begrenzung in Psychiatrie und Medizin ansieht.

Ich meine, daß wir eine Möglichkeit zur quantitativen Erfassung der Besetzung des Körperschemas gefunden haben. Ausgegangen sind wir von den Versuchen W. Reichs, die statischen Ladungen an der Körperperipherie zu messen. Wir haben damit bald wieder aufgehört, weil sich das Vorgehen als schwierig entpuppte. Die Messung erwies sich als extrem artefaktanfällig, wenn sie nicht in einem Faraday-Käfig durchgeführt wurde, was uns für die Praxis als zu aufwendig erschien. Wir experimentierten in der Folge, angeregt durch die Arbeiten des Züricher Neurologen Veraguth, mit der Messung von Hautwiderständen und entwickelten dazu ein spezielles Gerät. Dabei erfuhren wir, daß der lokale Hautwiderstand zur statischen Ladung umgekehrt korreliert, daß tiefe Widerstände hohe energetische Spannung bedeuten, hohe Widerstände für tiefe energetische Spannung stehen. Wir lernten, daß sich mittels dieser Methode die psychische Besetzung des Körperschemas meßtechnisch erfassen und im Verlauf einer Therapie verfolgen läßt. 25 repräsentative Punkte am Körper wurden bestimmt und in der Folge gemessen. Ohne hier im Detail auf den Mechanismus einzugehen, sei erwähnt, daß der Hautwiderstand von den verschiedensten Faktoren beeinflust wird. Primär ist er wohl eine Funktion der Dicke der Epidermis. Daneben wird der elektrische Hautwiderstand jedoch nicht unwesentlich auch von nervösen und hormonalen Einflüssen bestimmt.

Die vorwiegend empirisch gewonnenen Korrelationen zwischen Größe des Hautwiderstandes (auch verschiedener Körperzonen) und bestimmten physischen und besonders psychischen Zuständen ließen uns sehen, daß der

Hautwiderstandsmessung ein diagnostischer Wert zukommt, der in der Praxis des Mediziners und Psychologen noch kaum ausgeschöpft wurde (siehe Beilage 1).

Wir fanden, daß die Hautwiderstandswerte mit der visuell und taktil erfaßbaren Muskelsituation wie folgt korrelieren: Tiefe HW-Werte: Hohe energetische Spannung, oder, wenn lokal, Stauung; taktil: Hoher muskulärer Tonus, hart beim Tasten, visuell "angespannt"; Hohe HW-Werte: Tiefe energetische Spannung, oder, wenn lokal: Versteifung, "totes Feld", Desintegration; taktil: schwacher muskulärer Tonus, Körperteil wirkt entweder entspannt oder – in einem allgemein gespannten Bild tot-versteift.

Es zeigte sich, daß ein von Staus und toten Feldern relativ freier Körper eine relativ gleichmäßige Verteilung der Hautwiderstände aufweist. Es zeigte sich weiter, daß die Werthöhe in einer individuellen Tag-Nacht-Rhythmuskurve schwankt: tiefe Kurve in wachem, aktiven Zustand, hohe Werte in müdem Zustand und im Schlaf. Diese individuelle Spannungs- und Entspannungskurve wurde weiter, sahen wir, von einer Art sexueller Rhythmuskurve mitbestimmt. Hierbei verhielt es sich so, daß bei Auftreten eines sexuellen Reizes (real oder phantasiert) die Werte fielen, bei Eintreten einer sexuellen Erregung noch mehr sanken, im Orgasmus einen Tiefstpunkt erreichten, um unmittelbar danach auf einen höheren als den Ausgangswert anzusteigen. Der Grad sexueller Aktivität beeinflußt somit erheblich die individuelle Spannungs- – Entspannungskurve.

Wir fanden, daß die durchschnittliche Werthöhe nie eine absolute Größe, sondern eine Momentaufnahme aus der individuellen Spannungs- – Entspannungskurve und der darin eingebetteten Sexualrhythmuskurve darstellt.

Ausgewogen hohe Werte bedeuten somit: Entspannter Zustand, z. B. im Schlaf, unmittelbar nach dem Erwachen, innerhalb und unmittelbar nach einer Hypnose, nach einem Orgasmus. Ausgewogen tiefe Werte bedeuten: Angespannter Zustand, Zustand körperlicher und/oder geistiger Aktivität, emotionale und vor allem sexuelle Erregung.

Die durchschnittliche Werthöhe bei ausgewogenen Werten gibt, so folgerten wir, Auskunft über den Grad der momentanen psychischen und/oder körperlichen und/oder sexuellen Anspannung.

Abweichung einzelner Segmente von der ausgewogenen HW-Werthöhe, bedeutet Störung verschiedenster Provenienz im, man verzeihe mir den Ausdruck, "Energiebild des Körperschemas". Nach unten abweichende Werte zeigten energetische Staus, muskuläre Blocks als typische Folge von Verdrängung. Wahrscheinlich ist "Folge" das falsche Wort. Das "Zusammennehmen" bestimmter muskulärer Bereiche ermöglicht wohl erst das, was die Psychoanalyse Verdrängung nennt.

Partiell nach oben abweichende Werte zeigten lokal niedrige energetische Spannung, das Erleben des betreffenden Segments war abgespalten, ohne Leibgefühl, sein Ausdruck entweder verdrängt – in der Neurose, oder desintegriert abgespalten – in der Psychose.

Zehnjährige Arbeit mit der Methode hat ergeben, daß die Meßprofile bei bestimmten klinischen Bildern typische Merkmale aufweisen. So lassen sich Neurosen von Psychosen und Borderline-Syndromen deutlich abgrenzen. Die Diagnosen wurden psychoanalytisch und testpsychologisch stets zusätzlich gesichert.

Ich möchte hier einige exemplarische Fälle vorstellen:

Fall 1, männlich, 21-jährig, Psychologiestudent: Seine HW-Meßkurve (Beilage 2) zeigt gesamthaft relative Gespanntheit und deutliche Desintegration des Genitalwertes. Der MMPI weist massive Erhöhung des Schizophreniewertes auf. Der Rorschach weist auf paranoide Züge, auf starkes Suchen nach Halt und Sicherheit. Die Diagnostikerin, die den Rorschach-Test auswertete, fügte bei: Eine inflative Situation ist auf jeden Fall nicht ausgeschlossen. Im psychoanalytischen Gespräch zeigte sich der Patient gespannt, in emotionalen Momenten leicht desintegriert. Der Haupteindruck war aber eine enorme unterschwellige Anklammerungstendenz; das vorherrschende Gefühl beim Analytiker war, aufgefressen zu werden.

Fall 2, männlich, 22 jährig, stud. med.: Seine HW-Meßkurve (Beilage 3) zeigt mittlere Gespanntheit und deutliche Desintegration des Genitalwertes, daneben leichte Desintegration im Schulterbereich sowie im Gesicht. Die Desintegration in den Schultern deutet auf verdrängte Aggression hin, die Desintegration im Gesicht auf "Maskenbildung", Nicht-Zeigen, Verdecken von Emotionen. Der MMPI bewegt sich innerhalb der Norm; er zeigt hysterisch-psychopathische Züge sowie Erhöhung der Psychasthenie- und Schizophreniewerte. Der Rorschach spricht von Affektstau und Beziehungsproblemen, sowie von massiv verstärktem Aggressionspotential mit entsprechender Angst davor. Erhöhte Suizidgefahr. Starke Maskierungstendenzen zwecks Verdeckung der Angst und Unsicherheit. Starke orale Probleme: Suchen nach Halt, Geborgenheit und Sicherheit, Sehnsucht nach familiärer Geborgenheit.

Im psychoanalytischen Gespräch zeigte sich der Patient als kopflastig, kindlich-naive Verwirrung stand in seinen Augen, er war spontan anklammernd an den Therapeuten.

Fall 3, männlich, 45 jährig, Elektroingenieur: Seine HW-Meßkurve (Beilage 4) zeigt relativ hohe Gespanntheit, vor allem im Brust-Becken-Bereich und extreme Desintegration des Genitalwertes. Leichtere Desintegrationen sind zu beobachten im Schulter-, Nacken- und Gesichtsbereich. Der MMPI spricht von möglichen Suchtsyndromen, sowie von phobischen und Zwangssymptomen, dies alles bei offensichtlicher Gestörtheit. Gemäß Rorschach-Aussage handelt es sich um eine ursprüngliche Zwangsstruktur, die in Veränderung begriffen ist; daher sei der Patient wohl nicht mehr in der Lage, das Einbrechen einer darunter liegenden, latenten Schizophrenie zu verhindern. Im psychoanalytischen Gespräch zeigte er sich als gespannt, rationalisierend, ohne dies allerdings durchhalten zu können; er verlor sich

immer wieder. Er war spontan anklammernd bis auffressend, dabei aber noch mühsam bemüht, das Gesicht zu wahren.

Wir verfügen über eine genügend große Anzahl von Fällen, so daß wir einige Thesen daraus formulieren. Wie eingangs erwähnt: statistische Signifikanz fehlt vorerst.

Lassen Sie mich zum Vergleich noch eine Meßkurve vorstellen, die dem von uns ermittelten Normprofil nahe kommt. (Beilage 5). Die kurze Vorstellung dieser Meßkurven und der dazugehörigen Aussagen soll keinesfalls einer Beweisführung, lediglich einer gewissen Illustration dienen. Es handelt sich bei den drei Beispielen um Borderline-Fälle sowie um eindeutig schizophrene Patienten, die sich allerdings im Moment nicht in akut-inflativen Phasen befanden.

Das Ersehenkönnen des latent Gegebenen erscheint mir aber wichtiger als die Vorstellung akuter Situationen, die ja auch ohne Meßwerte und Tests für jedermann klar ersichtlich sind.

Lassen Sie mich im Überblick, unser Thema betreffend, Erfahrungen zusammenfassen: Bei der Schizophrenie und bei den Borderline-Syndromen (nach Ammon Mischformen und Übergänge zwischen Psychose und Neurose), d. h. bei den archaischen Ich-Krankheiten, zeigt sich regelmäßig das folgende typische Bild: 1. Wir finden in den HW-Meßkurven bei den eigentlichen Psychosen keine Versteifungen und Verspannungen, wie sie körperdynamisch für jeden Verdrängungsvorgang nachweisbar sind. Bei Borderline-Fällen sind Verspannungen oder Versteifungen anzutreffen, wie sie für Verdrängung und neurotische Prozesse typisch sind, immer aber verbunden mit der typischen Desintegration des Genitalwertes. 2. Was aus den dargestellten Beispielen nicht hervorging, für die Mehrheit der Fälle aber absolut zutrifft: Das Energiepotential an den Beinen ist deutlich niedriger als am übrigen Körper. Die Beine stehen leibsymbolisch für den Bezug zur Erde, zum Boden, zum Gefühl des Verwurzeltseins. Der Volksmund spricht ja vom "festen Boden unter den Füßen haben", "den Boden unter den Füßen verlieren" u. ä. Das vergleichsweise unenergetische Feld der Beine scheint typisch zu sein für den in diesen Fällen immer vorliegenden Symbiosekonflikt im Sinne leiblichen Ausdrucks einer gestörten Mutter-Kind-Beziehung oder vielleicht besser eines tragunfähigen Primärgruppenbodens. 3. Das Energiepotential am Genital ist deutlich niedriger als am übrigen Körper. Dies erscheint als diagnostisches Hauptkriterium und fehlt bei keiner echten Psychose, bei keinem echten Borderline-Fall. Ich nehme an, daß sich hierin die Fixierung an den archaischen Konflikt und das Nicht-Erreicht-Haben von Genitalität (ödipales Geschehen im Sinne der Ich-Entwicklung) körperdynamisch kundtut. Der Grad der Abweichung des Genitalwertes von den übrigen Körperwerten erscheint als typisch für den Schweregrad der archaischen Ich-Krankheit. Bei Schizophrenien mit akuten Wahnzuständen ist die energetische Abspaltung des Genitales vom übrigen Körper am ausgeprägtesten.

Es ergeben sich daraus folgende Hypothesen: a) Die Besetzung des Körperschemas ist meßbar. Ihre Struktur zeigt körperdynamisch Art und Ausmaß der archaischen Ich-Krankheit. Eigentliche Psychosen weisen bei ausgewogener Meßkurve desintegrierte Werte am Genital und an den Beinen auf. Borderline-Fälle zeigen dasselbe Bild, weisen aber zusätzlich neurotische Verdrängungsmechanismen in Form von Verspannungen und/oder Versteifungen in anderen Segmenten, häufig im Schulter-, Nacken-, Brustoder Gesichtsbereich auf. Die Natur des Symbiosekonfliktes (Mangel an Verwurzelung oder Überbehütetsein mit Verhinderung eigenständiger Entwicklung) wird quantitativ erfaßbar und so indirekt interpretierbar. Die nur partiell stattgefundene oder überhaupt nie erreichte genitale Stufe der Libidoentwicklung im ich-psychologischen Entwicklungssinn ist differenziert aufzeigbar. b) Psychotherapie der Schizophrenie wird in ihren Fortschritten über das psychisch Sicht- und Erfühlbare hinaus körperdynamisch objektivier- und verifizierbar. Therapie erfolgt bei uns stets in sinngemäßer Verknüpfung von Gruppentherapie, Einzelsitzungen und körperbezogener Arbeit. Die körperbezogene Arbeit darf nicht mit den Reichschen vegetotherapeutischen Ansätzen verwechselt werden, von denen wir allerdings ursprünglich ausgingen. Sie führen vielmehr hin zu archaisch-schamanistischen Techniken, von denen ich eingangs sprach. Es geht dabei, mittels bestimmter Atemtechniken, Bewegungen, Symbolsetzungen, Einsatz von Musik, des Pferdes in einer eigens aufgebauten Reittherapie etc. darum, eine Integration der desintegrierten Körperwerte zu erreichen.

Da der Grund der Desintegration immer schon ein tragunfähiger Primärgruppenboden war, der die Ich-Entwicklung hinderte, bedarf es der reparativen Gruppe, um Identität, sichtbar werdend an zunehmender körperlicher Integration, zu entwickeln. Ohne die reparative Gruppe geht es nie. Das wußten schon die Schamanen, die ihre diesbezügliche therapeutische Arbeit immer im Rahmen der Familien-, Sippen- oder Dorfgemeinschaft vollzogen. Diese Gemeinschaft oder Gruppe lieferte das reparative, ermöglichende Element, auf und in dem der Zustand von Diffusion von Selbst und Ich geschehen konnte, Auflösung der Ich-Grenzen geschehen durfte. Die Gruppe trug, und - vom Schamanen richtig angeordnet - reagierte anders, als es ursprünglich der Fall war. Im Rahmen solcher tragenden Gemeinschaft benutzt der Schamane archaisch-symbolische Techniken jenseits jeder Rationalität, um den Einbruch der unbewußten Gehalte zu bewerkstelligen, die Diffusion von Selbst und Ich geschehen zu lassen, die Auflösung der Ich-Grenzen zu provozieren. Danach, getragen und reflektiert von der Gemeinschaft, der Gruppe, entstand, symbolisch und weit weg vom Rationalen, im Kampf mit den Dämonen, den Geistern der Aufbau neuer Identität, oft erstmals gefundener Identität. Dies ist der Grund, warum ich das Thema Schamanismus und Psychose eingangs ausführlicher behandelte, als es im Zusammenhang vielleicht angebracht schien. Ich meine, daß, therapeutisch gesehen, die Gruppe tragendes und reparatives Element zu sein hat. Aus ihr, der Auseinandersetzung mit ihr, erwächst das neue Ich mit seinen Grenzen, aber nicht von selbst. Der Schamane hat seinen organisatorischen Teil beizutragen. Den einbrechenden Gehalten wird die Tür geöffnet, sie wird nicht chemisch oder rational verschlossen - das ist möglich auf dieser Basis - und mit den uralten Symbolen werden Wege eröffnet, die Ängste zu überwinden, die Destruktivität umzuwandeln in Kreativität und aus den gleichen Gehalten, die Panik und Zerstörung machten, schöpferische Identität werden zu lassen. Das Symbolisch-Magisch-Irrationale in der Rolle des Schamanen wurde zu sehr vernachlässigt von den rationalen Versuchen, die Psyche und ihre Probleme anzugehen. Es gehört wohl – in eine fortschrittliche, Dynamische Therapie wieder einbezogen – als direkter, akzeptierender, nicht abzulehnender Bezug zu den seelischen Inhalten des sogenannt Schizophrenen.

Wie auch immer, rational oder weniger rational: Im Laufe einer akzeptierenden und ich-aufbauenden Therapie ändern sich die meßtechnisch typischen Psychosemerkmale in Richtung Integration von Bein- und Genitalwerten. Spezifische Übergangsformen vom schizophrenen zum sogenannten gesunden Bild sind erkennbar und lassen über den therapeutischen

Nachentwicklungsprozeß einige wesentliche Aussagen zu.

Fassen wir die Thesen zusammen: Die Gruppe ist der reparative Boden, auf dem Nachentwicklung geschehen kann. Zustand und Bild des Nachentwicklungsbedürftigen sind u. a. körperdynamisch faß- und interpretierbar. Die sogenannten psychotischen Gehalte werden nicht abgeblockt, sondern auf archaischer Ebene, auf der sie ja sind, ins Kreative umgeformt, so wie Sexualität oder Aggression nicht einfach abgedrängt oder sublimiert werden. Die sich durch die tragende Gruppe neu bildenden Ich-Grenzen erlauben, im Cockpit der Boeing zu sitzen und mit Freude zu fliegen, weil man die Instrumente kennt und weiß, wie man landen kann, nicht mehr in Panik zu sein und die Kräfte zu spüren, die einen durch die Lüfte tragen, mit fassungslosem Blick auf Hebel und Instrumente zu schauen, ohne jedes Wissen und Vermögen, etwas damit zu tun. Der Körper und seine sich allmählich verändernden Werte zeigen dem Schamanen die Fortschritte des Flugschülers.

Gerät zur Messung des elektrischen Hautwiderstands (HWS)

A. Einleitung

Mit dem HWS-Meßgerät kann der Körperwiderstand für Gleichstrom und Wechselstrom der Frequenz 50 Hz bei Spannungen zwischen 0,5 und 5 V bestimmt werden. Da der Widerstand des Körperinneren vergleichsweise klein ist und gegenüber dem Widerstand, den das kutane Gewebe dem Stromdurchfluß entgegensetzt, können wir davon sprechen, den Hautwiderstand zu messen, genau gesagt, die Summe der Durchgangswiderstände

durch die beiden Hautbezirke, auf welche die Elektroden aufgelegt werden. Ohne jetzt auf den Mechanismus einzugehen, sei erwähnt, daß der Hautwiderstand von den verschiedensten Faktoren beeinflußt wird. Primär ist der Hautwiderstand wohl eine Funktion der Dicke der Epidermis. Daneben wird der elektrische Hautwiderstand jedoch nicht unwesentlich auch von nervösen und hormonalen Einflüssen bestimmt.

Die vorwiegend empirisch gewonnenen Korrelationen zwischen der Größe des Hautwiderstandes (eventuell verschiedener Körperzonen) und bestimmten physischen und besonders auch psychischen Zuständen gibt der Hautwiderstandsmessung einen gewissen diagnostischen Wert, der wohl bis jetzt in der Praxis des Mediziners und des Psychologen noch kaum ausgeschöpft wurde. Dazu ist zu bemerken, daß es auch erst seit einigen Jahren möglich ist, einen Apparat mit den Eigenschaften des HWS-Meßgerätes in derart handlicher und preisgünstiger Form zu konstruieren. Die Konstruktion des vorliegenden Gerätes erfolgte unter Verwendung modernster Erkenntnisse und unter Verwendung von Bauteilen der Elektronik.

B. Meßmethodik

286

1. Die Messung des Gleichstromwiderstandes beruht auf dem Prinzip der Weatstonschen Brückenschaltung, welches in jedem einfachen Lehrbuch der Physik erläutert wird. Es handelt sich dabei um eine Vergleichsmessung, indem der zu bestimmende Widerstand mit einem variablen Widerstand im Instrument verglichen wird. Aus dem Prinzip der Schaltung ergibt sich, daß, sobald die beiden Widerstände (d. h. unbekannter äußerer und variabler innerer) gleich groß sind, durch den Brückenteil der Schaltung kein Strom fließt. Da das Meßinstrument in den Brückenteil eingebaut wird, wird dieser Zustand der "Abgeglichenheit" durch die Zeigerstellung auf "0" sichtbar.

Der variable Widerstand im Instrument ist in seiner Größe bekannt. Bei auf "0" abgeglichenem Instrument ist er gleich dem unbekannten gesuchten Widerstand.

Um die Abgleichung des Instruments zu erleichtern und um Widerstandsänderungen, z.B. beim psychogalvanischen Experiment, besser sichtbar werden zu lassen, wird der durch die "Brücke" fließende Strom 100 – 2000fach verstärkt.

2. Die Messung des Wechselstromwiderstandes beruht auf dem gleichen Prinzip wie vorhergehend für die Bestimmung des Gleichstromwiderstandes beschrieben, mit dem einzigen Unterschied, daß hier zwei prinzipiell verschiedene Widerstandswerte zu bestimmen sind, nämlich der Ohmsche Widerstand (R) und der kapazitive Widerstand (G). Unter kapazitivem Widerstand verstehen wir den Widerstand, der einem Wechselstrom durch einen Kondensator bestimmter Kapazität entgegengesetzt

wird. (Dieser Widerstand ist u. a. auch eine Funktion der Frequenz des Stromes – bei unserem Meßinstrument: 50 Hz).

Das Phänomen des kapazitiven Widerstands und seiner Messung sei im Folgenden kurz erläutert.

Ein Kondensator setzt einem Gleichstrom einen unendlich großen Widerstand entgegen. Wird er jedoch von Wechselstrom durchflossen, so resultiert lediglich eine Phasenverschiebung, deren Größe von der Kapazität des Kondensators und der Frequenz des Wechselstromes abhängig ist.

Sobald nun in der Weatstonschen Brückenschaltung im Meßarm der Widerstand neben der Ohmschen Komponente auch eine kapazitive Komponente besitzt (eine Phasenverschiebung des Stroms bewirkend) wird es unmöglich nur durch Änderung des Ohmschen Widerstandes im Instrument, dieses auf "0" abzugleichen. Dies wird erst möglich, wenn parallel zum variablen Ohmschen Vergleichswiderstand ein variabler kapazitiver Widerstand geschaltet wird. Erst so kann die Phasenverschiebung kompensiert werden.

Im Falle von Wechselstrom wird der Nullabgleich bei der Hautwiderstandsmessung – die Haut besitzt kapazitive Eigenschaften – also erst durch die Variation einer *Ohm*schen und einer kapazitiven Komponente möglich. Es werden deshalb bei der Messung 2 Meßwerte anfallen.

Der die Kapazität betreffende Meßwert wird quantitativ mit der Einheit "Farad" beschrieben, welche ein Maß für die Kondensatorkapazität ist. Er läßt sich nach folgender Formel in sein *Ohm*sches Äquivalent (den kapazitiven Scheinwiderstand) umrechnen:

Kapazitiver Scheinwiderstand in Ohm.
$$= \frac{1}{2 \text{ }\Pi.\text{f.c}}$$

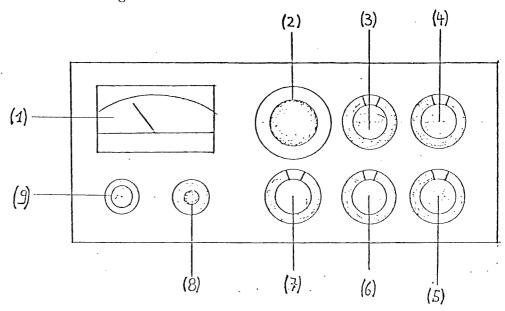
f = Frequenz in Hz

c = Kapazität in Farad.

Der kapazitive Scheinwiderstand (C) und der Ohmsche Widerstand (R) können nach folgender Formel addiert werden, wobei eine Größe resultiert, die Impedanz (I) genannt wird:

$$I = \sqrt{C^2 + R^2}$$

C. Beschreibung des Instruments



Funktionen auf der Frontplatte:

- (1) Meßinstrument
- (2) Knopf für Feineinstellung der Ohmschen Widerstandswerte. Die Skala trägt eine Zahlenteilung von 0.....270. Um den Widerstandswert in KΩ (Kilo-Ohm) zu erhalten, muß der abgelesene Skalenwert mit 0,4 multipliziert werden.
- (3) Knopf zur Grobeinstellung des Ohmschen Widerstandswertes. Sprünge à 100 K Ω

 Die Skala	0	1	2	3	4		
entspricht	0	100	200	300	400 KΩ		

Die Feineinstellung zwischen den Hundert-Kilo-Ohm-Werten geschieht mittels Knopf (2).

Die Werte von Knopf (2) und (3) sind zu addieren.

(4) Regelung der Empfindlichkeit der Gerätes, d. h. der Verstärkung des durch die Brücke fließenden Stromes

Skalen- stellung	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Verstär- kung ca.	100x	200x	400x	600x	800x	1000x	1200x	1400x	1600x	1800x	2000x

(5) Knopf zum Einstellen der Meßspannung (gilt für Gleich- und Wechselstrom)

Skalen- stellung	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Spannung in V	0,5	1,0	1,5	2,0	2,5	3,0	3,5	4,0	4,5	5,0 ^

- (6) Knopf zur Grobeinstellung der Kondensatorwerte (nur bei Wechselstrommessung)
- (7) Knopf zur Feineinstellung der Kondensatorwerte.
- (8) Wechselstrom Gleichstrom Umschaltung

 Knopf eingedrückt = Gleichstrom

 Knopf nicht eingedrückt = Wechselstrom
- (9) Null-Markierung. Beim Eindrücken des Knopfes geht der Zeiger des Meßinstrumentes in Null-Stellung (Kontrolle). Man hat damit auch die Möglichkeit, bei Verwendung eines Schreibers, Signale aufs Papier zu bringen.

D. Durchführung der Messung:

1. Psychogalvanisches Experiment

Hierbei interessieren rasche, d. h. auf einen emotionalen Reiz innerhalb von Sekunden erfolgende momentane Widerstandsänderungen.

Da besonders die Haut-Partien der Innenhand und der Fußsohlen auf emotionale Reize mit Widerstandsänderungen reagieren, werden beim psychogalvanischen Experiment die Messungen an diesen Hautstellen, insbesondere den Handflächen durchgeführt. Als Elektroden haben sich besonders solche in Form von Handgriffen bewährt, welche von der Versuchsperson (V.P.) mit leichtem, aber möglichst gleichmäßigem Druck gehalten werden.

Es ist zu beachten, daß neben Emotionen auch tiefes Einatmen die charakteristische Hautwiderstandsänderung – im allgemeinen eine Senkung des Widerstands – erzeugt.

Das psychogalvanische Experiment wird mit Gleichstrom durchgeführt, (d. h. Knopf (8) eingedrückt).

Wird die Haut von Gleichstrom durchflossen, stellt sich das Phänomen der Polarisation ein. Das bedeutet, daß der Grundwiderstand kontinuierlich gegen einen Grenzwert laufend zunimmt. Der Grenzwert wird bei niedrigen Spannungen schon nach relativ kurzer Zeit erreicht. Bei den höheren Spannungen (5 V.) muß man mit Zeiten bis zu zehn Minuten rechnen, bis die Nadel des Instruments zur Ruhe kommt. Es ist deshalb

bei praktischen Versuchen angezeigt, eher bei niederer Spannung zu messen.

2. Messung des Gleichstromwiderstands

Beim psychogalvanischen Experiment interessierten die Widerstandsänderungen. Der Absolutwert des Widerstands war bei diesem Experiment nebensächlich.

Die Absolutmessung des Gleichstromwiderstands verschiedener Hautzonen ist jedoch von diagnostischer Bedeutung. Um reproduzierbare Werte zu erhalten, sind einige Faktoren zu beachten:

- a) Die Fläche der Meß-Elektroden muß ständig standardisiert werden. Wir verwenden EKG-Elektroden Typ Siemens No. 219033** Fläche ca. 15 cm².
- b) Für guten Kontakt zwischen Elektroden und Haut muß gesorgt werden. Dies kann geschehen durch Beschmieren der Haut vor Aufsetzen der Elektroden mit Leitfähigkeitspaste, z. B. Siemens No. 101490.

Es hat sich jedoch gezeigt, daß ein fast ebenso guter Kontakt durch eine Zwischenschicht bestehend aus einem gut durchnäßten Kleenex-Tuch (o. ä.) erreicht werden kann.

- c) Der Widerstand der Haut ist auch eine Funktion der angelegten Spannung. Der Zusammenhang ist zumindest graphisch erfaßbar, jedoch empfiehlt es sich will man Werte miteinander vergleichen immer die nämliche Spannung zu verwenden. Es hat sich gezeigt, daß bei höheren Spannungen (2,5 V.) die erwähnte Abhängigkeit nicht mehr sehr groß ist.
- d) Bei der Absolutmessung des Gleichstromwiderstands ist auch das schon erwähnte Phänomen der Polarisation zu berücksichtigen. Je länger man mit der Ablesung wartet, umso mehr wird der eruierte Wert nach zu hohen Widerstandswerten hin verfälscht! Es gibt jedoch den einfachen Trick, die Polarisation rasch zu zerstören, indem man intermediär während weniger Sekunden auf Wechselspannung umschaltet. Die daraufhin erfolgende Ablesung dürfte den Widerstand der durch die Polarisation noch nicht beeinflußten Haut nahekommen.

Bei der Gleichstrommessung sollte die Instrumentennadel kein feines Zittern zeigen, was auf schlechten Netzanschluß (Erdung!) zurückzuführen wäre.

3. Wechselstrommessung

Bei der Wechselstrommessung, welche ähnliche diagnostische Bedeutung haben dürfte wie die Gleichstrommessung, gelten die unter a), b) und c) im vorhergehenden Abschnitt 2 erwähnten Punkte ebenfalls. Die unter d) erwähnten Polarisierungseffekte fallen jedoch weg.

Bei der Wechselstrommessung werden die Werte für "R" und "C" erhalten, welche beide von Bedeutung zu sein scheinen.

^{**} Die Befestigung der Flachelektroden kann mit Vorteil durch das Gummiband Siemens No. 101232 erfolgen.

Die praktische Durchführung der Messung erfolgt, indem durch abwechselndes Verändern des kapazitiven und des *Ohms*chen Vergleichswiderstands der Ausschlag des Zeigers am Instrument auf ein Minimum gebracht wird.

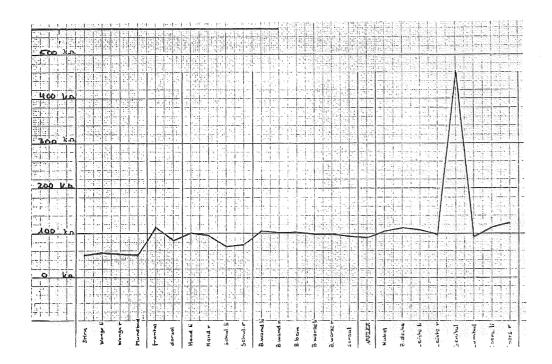
Eine Veränderung der Verstärkung des Brückenstroms (Knopf (4)) ermöglicht manchmal ein genaueres Einstellen.

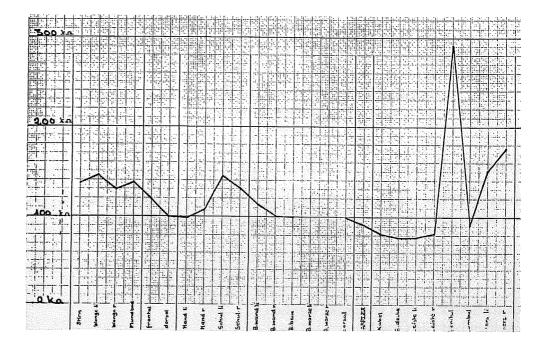
Nachtrag:

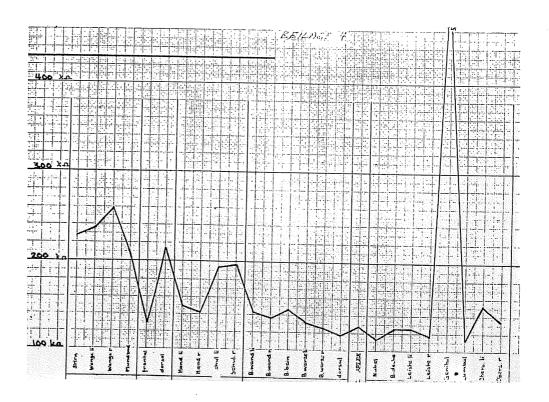
Statt von Hautwiderstand (R) wird oft auch von Hautleitfähigkeit (G) gesprochen. Der Zusammenhang ergibt sich nach folgender Formel:

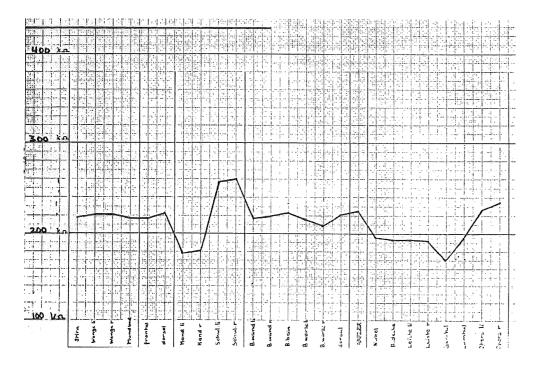
$$R = \frac{1}{G}$$

d. h. R und G sind reziproke Größen. (Maßeinheit für G = Siemens).









The Bodily Expression of the Pathogenic Groupdynamics in Schizophrenia – Diagnosis und Therapy

Werner Billeter (Zürich)

According to the author psychosis is defined by

- a) unconscious processes breaking through the consciousness
- b) a structural deficit of the ego caused by the early environment of the child
- c) a symbiosis-conflict
- d) a disturbed body-scheme, which corresponds to the deficitary ego.

The eruption of unconscious material alone is not to be understood as pathological, since the Shaman of the mystic may open their unconscious, too, but on the basis of a stable ego. The enormous energies of the unconscious may be used in a creative way by the Shaman or in a destructive way in schizophrenia. Therefore therapy of a schizophrenic patient means primarily strengthening of the ego and not elimination of unconscious material from the consciousness. There is the same genuine creativity in the psychotic material as in the images of Shamanism. It is of great value for the therapy of schizophrenic patients to include archaic therapeutical methods as they are used in Shamanism.

The author defines "body scheme" as cathexis of different parts of the body which corresponds to the given psychic structure. The cathexis of the body scheme can be measured quantitatively as the static electrical charge or —

in a more simple way – as the local resistance of the skin.

The author has developed an instrument to measure the resistance of the skin at 25 different points of the body. Different somatic and psychic states correspond to different skin resistance values at the specific points. In addition, it is possible to investigate the changes of resistence during the therapy. By this method it is possible to differentiate between neuroses, borderline cases and psychoses.

In the following the author illustrates his method by three case studies where the patients had been diagnosed psychoanalytically and by psychological tests. The author assumes that it is possible to measure psychic structure, i.e. the bodyscheme by skin resistance measurements, beyond the actual symptomatology. Some characteristics of the skin resistance measurements in borderline patients are stressed by the author:

- 1. In psychosis there are no bracings like in neurosis; in borderline patients there are bracings as well as the typical desintegration of the genital value
 - like in psychosis.
- 2. The energetic potential is nearly almost lower in the legs than in other parts of the body in Psychotic and Borderline patients and it seems to be an expression of the symbiosis conflict. In psychosis and borderline syndrom the energetic potential of the genital is always lower than at other points of the body.

The therapeutic program comprises group psychotherapy, individual psychotherapy and somatic therapy including methods derived from Shamanism like breathing methods, motion with music, and riding. By this it is possible to integrate the desintegrated body. The integration of the body, which is an aspect of identity development, depends on a reparative group.

In Shamanism the family group or the community plays a dominant role and has to change together with the patient. In the frame of the changed family group or community the dissolution of the ego boundaries is possible and furthermore the formation of a new identity, creative sexuality and aggression.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Autors: Dr. Werner Billeter Analytisches Zentrum Ehntaler Str. 249 CH-8046 Zürich/Schweiz

Comprehensive Medical Evaluation of Psychiatric Cases**

Edward J. Dehné, Carson City*

In der vorliegenden Arbeit beschäftigt sich der Autor mit der Bedeutung einer umfassenden und ganzheitlichen Diagnostik von Patienten, die psychotherapeutische Hilfe in Anspruch nehmen. Zahlreiche Beobachtungen und Evaluierungen der Gesundheitssysteme in den meisten Ländern lassen erkennen, daß keine Methode für die psychotherapeutische Praxis bereitgestellt wird, wonach sich die einer Psychotherapie unterziehenden Patienten zuerst medizinisch untersucht werden, um eventuell vorliegende organische Erkrankungen aufzudecken oder auszuschließen. Eine ständige Kontrolle der Diagnose ist notwendig, um sowohl organische Erkrankungen der Patienten, die einer speziellen Therapie bedürfen als auch deren psychischen Störungen in angemessener Weise gerecht zu werden. Von besonderer Bedeutung ist es, daß die Patienten, mit denen Psychiater und Psychologen therapeutisch zusammenarbeiten, Aufschluß über das Auftreten und die Qualität der Erkrankungen der Bevölkerung in ihrer Gesellschaft geben können. Daraus ergeben sich auch Konsequenzen für die Krankenversicherungen, die Offentlichkeit und medizinische und psychiatrische Ausbildung.

Many patients who are undergoing psychotherapy and psychoanalysis under the care of a psychiatrist or psychologist may have symptoms and signs which originate from systemic disease or from medications received in the treatment of organic disease. Other patients with functional illness with disorganized level of function and presenting characteristic symptoms involving multiple psychological processes also have cardiorespiratory, gastrointestinal or other organic diseases or illness which have not been demonstrated or early malignancy without characteristic findings.

Because unconscious psychological stress is such a powerful force within each person and every symptom and illness can either be triggered by or masqueraded by such stress, it is extremely important that a psychiatrist, a physician who has had medical training, and not a psychologist, whose background is academic, be directly involved in the screening of each patient, even when the treatment is administered by a psychologist, and that a psychiatrist evaluate each patient from time to time directly. A psychiatrist, a physician, will be more alert to masked symptomatology, and hopefully would not overlook the need for other treatment besides psychotherapy or psychoanalysis as much as non-physicians, especially referral and consultation.

Schizophrenic disorders are usually considered among the most severe of mental illnesses and perhaps the easiest and most readily diagnosed but no single clinical feature is unique to schizophrenic disorders or evident in

** Presented at the XII.th International Symposium of the German Academy for Psychoanalysis (DAP), December 8–13, 1980, Congress Center, Munich, Germany

^{*} M. D., Dr. P. h., F. A. C. P., Executive Vice-President, International Health Society, 2nd Vice-President of the World Association for Dynamic Psychiatry WADP

296 Edward J. Dehné

every case or phase of the illness and the diagnosis may not be made by definition for several months. It is most important to consider the patient and not only the disease for any diagnosable emotional illness is very frightening to the patient, and to his family, and both the patient and the family often wish to deny it because it is so frightening. Therefore the diagnosis and the treatment is often postponed or deferred for a long time. It is important for any physician seeing any patient for any symptom to also look at the whole person and see if the symptom is possibly a manifestation of an underlying emotional illness. With the same reasoning, it is imperative for every psychiatrist to remember that emotionally sick people also have physical illnesses that are not curable by psychotherapy. The patients should have a thorough medical examination regularly from time to time and also whenever a suspicious set of symptoms or signs makes its appearance. It is particularly important that non-physicians be alert to hidden psychological disorders as well as the possibility of significant organic diseases in a patient population as the incidence of detectable and diagnosable emotional illness in a population has been variously estimated at 15 % and sometimes thought to be as high as 55 % or 60 % depending on the criteria applied in such data. At the time of entry of a patient into the mental health service for diagnosis and management a competent medical history and assessment should be secured with laboratory studies to assure that the patient is not also suffering from an organic illness or a combination of functional and organic illnesses to be dealt with simultaneously by referral to general medical doctors or specia-

Psychiatrists rarely perform physical examinations since such examinations may usually be secured elsewhere more appropriately. Physical examination by a psychiatrist may be very confusing to the patient undergoing psychotherapy in which touching the patient might interfere seriously with the psychotherapy or psychoanalytic process. Patients commonly attribute magical meaning to a physician's "laying-on" of the hands, which is helpful in general medicine but must be avoided if psychotherapy is to succeed. For these and other reasons the patient's care is better organized when the treating psychiatrist refers the patients for physical examinations whenever there is the slightest suspicion about possible coexistence of an underlying physical disorder. The problem of simultaneous organic disease present in patients undergoing psychotherapy for emotional, schizophrenic or nonorganic disorder is one of considerable magnitude which has never been adequately managed in practice. The health systems in most countries do not provide methods of practice to assure that patients undergoing psychotherapy receive prior medical screening or have access to suitable medical and physical assessments to uncover concurrent or contributing physical or organic disease.

Widespread self-referral of patients (clients) to psychiatrists and psychologists deserves recognition as an important social problem because these pa-

tients often have had no medical examination of screening to assess the presence of important organic diseases and illnesses that profoundly interfere with their lives and livelihood. Psychiatrists and psychologists in their roles as providers of psychotherapy can make great contributions toward developing medical examination and screening systems to detect or identify the presence of organic disease sometimes masked as functional illness. Surveys and studies have shown that medical examinations are rarely accomplished as part of patient intake in psychiatry clinics or practice. It is also true that psychiatrists do not feel it appropriate for them to take medical histories and perform physical examinations on the patients they provide psychotherapy to. It is also found that psychiatrists with recent medical background and residency training often feel that a physical examination is rarely useful or necessary for patients undergoing psychotherapy.

Wherever physical disorders are specifically searched for in patients undergoing psychotherapy in psychiatry clinics and services the results have shown that many patients also have organic disease that are in need of specific therapy. It is essential for psychiatrists and psychologists to always bear in mind that those under their care often have more than functional illness as it has been repeatedly demonstrated in studies of outpatient psychiatry services and especially in older hospitalized psychiatry patients that as many as 50 % have physical disorders causing or associated with functional disorders. Many have been found to be suffering from folate deficiency, epilepsy, drug reactions, brain damage and cardio-respiratory or gastrointestinal disorders with hysteria. In other cases medical evaluation of patients undergoing psychotherapy have uncovered respiratory, cardiovascular, digestive, dermatological, genitourinary, neurological and neoplastic conditions which came under specific therapy and were able to be discharged from the psychiatry service. It is also true that patients undergoing treatment for organic conditions have not responded favorably until the functional overlay or elements have been sought and treated with psychotherapy.

There is a dramatic case of a young woman that is well-known and should always be remembered by psychiatrists and psychologists alike; it is timely to remind them about it again. As a colleague of mine said "when first read about it, I was shocked, and I hope and pray that I never overlook something rare such as Wilson's Disease, although it may happen". The case being cited was a young woman who underwent exhaustive psychiatric treatments and hospitalizations, including electroconvulsive therapy until an internist's examination revealed that she was suffering from Wilson's Disease which redaily responded to therapy when the abnormal liver function, ataxia, Kayser-Fleiscer ring were identified and properly interpreted. Obviously, it is wrong to classify patients as "psychiatric" and thus assume that it removes them from the process of monitoring them for other pathological conditions. We must continually caution physicians in general, psychologists and even psychiatrists against assuming that a patient who sees a psychiatrist is

298 Edward J. Dehné

crazy and, therefore the patient is not a reliable historian. There are instances where patients undergoing psychotherapy are referred to an internist or other specialist who overlooked serious physical illnesses because it was assumed that anyone seeing a psychiatrist must be a little crazy and, therefore,

his or her complaints were not taken seriously enough.

There are innumerable illnesses such as hyperthyroidism, brain tumors, hypothyroidism, pernicious anemia, porphyria, thyrotoxicosis, lupus cerebritis, exposures to industrial and environmental intoxicants, mercury, lead poisoning, and even tetraethyl lead in gasoline, which have psychiatric manifestations that may mask as an emotional or psychiatric illness. There is always the problem that if one of these patients comes under the care of a psychiatrist they are labeled as psychiatric patients which removes them from study for or ruling out other pathological processes. Any good psychiatrist who has not abandoned his medical background will continue to observe his patients as he works with them and this is more important than laboratory tests and clinical tests without careful history and clinical judgement.

It is important for the psychiatrist and psychologist to continually reassess the role they occupy in patient care and recognize that the patients and clients they observe and work with, are susceptable to all of the illnesses of the population in their community and there may be about the same age and exposure related incidence of disease as the rest of the community. Also, even if they are screened medically on intake into their care disease or pathological processes may be missed on a single medical examination and diagnosed only after more observation, the therapist should always remain alert to any changes in the individual and whenever indicated tests or examinations should be repeated but not as a routine.

should be repeated but not as a routine.

Be assured that reliance on good under

Be assured that reliance on good understanding and clinical judgement is far better for the patient or client rather than repeated physical or laboratory examinations. Medicine and public demand already uses too many tests and examinations often including routine psychological tests without sufficient careful history and clinical judgement. All patients questioned with presenting symptoms of body or mind may benefit by medical examination and clinical evaluation to identify medical or organic diseases and referral for specific care. The issue of whether psychiatry patients and clients should undergo routine physical examination and clinical assessment by a medical doctor to identify or diagnose and treat medical conditions before disease has progressed too far is of great concern to medical insurance agencies, the public and medical and psychiatry educators.

Konzeptionelle Beurteilung psychiatrischer Krankheitsbilder

Edward J. Dehné (Carson City)

Der Autor setzt sich in der vorliegenden Arbeit mit der Bedeutung einer umfassenden und ganzheitlichen Diagnostik der Patienten auseinander, die sich einer Psychotherapie durch einen Arzt oder Psychologen unterziehen.

Viele Patienten, die mit einer psychotherapeutischen Behandlung beginnen, leiden an Symptomen, die von organischen Erkrankungen oder einer Medikation herrühren, die sie in der Behandlung der organischen Erkrankungen entwickelt haben. Dem entgegengesetzt leiden Patienten mit funktionellen Erkrankungen oft an charakteristischen Symptomen, die mannigfache psychische Prozesse implizieren.

Da unbewußter psychischer Streß eine bedeutende Kraft in jedem Menschen ist, die sowohl psychische Erkrankungen als auch die daraus resultierenden Symptome nicht verdecken kann, ist es von besonderer Bedeutung, daß ein Psychiater, ein Arzt, direkt hinzugezogen wird zu einer genauen Untersuchung der Patienten, besonders dann, wenn die psychotherapeutische Behandlung von einem Psychologen vorgenommen wird.

Ein Psychiater oder ein Arzt wird eher dazu geneigt sein, die Symptomatologie des Patienten aufzudecken, jedoch hoffentlich nicht die Notwendigkeit einer anderen Behandlung – Psychotherapie, Psychoanalyse oder Beratung – übersehen.

Da sich die Diagnose im Verlaufe des Behandlungsprozesses verändert, kann auch für die schizophrenen Erkrankungen, die gewöhnlich als die schwersten seelischen Erkrankungen angesehen und zumeist genau diagnostiziert werden, keine Prognose für einige Monate gemacht werden.

Notwendig ist es, den Patienten in seinen Lebensbezügen zu sehen und nicht nur seine Erkrankung, denn jede diagnostizierbare seelische Krankheit macht dem Patienten und seiner Familie Angst, die oft verleugnet wird. Aus diesem Grunde werden Diagnose und Behandlung oft lange Zeit aufgeschoben.

Jeder Psychiater muß sich darüber im klaren sein, daß die körperlichen Symptome des Patienten als Ausdruck seiner ganzen Person gesehen werden müssen und daß die Symptome möglicherweise eine Manifestation seiner unterschwelligen psychischen Erkrankung sind.

Die folgenden Zahlen können einen Hinweis darauf geben, daß nichtärztliche Psychotherapeuten besonders wachsam gegenüber dem Auftreten von psychischen Erkrankungen sein sollten:

Das Auftreten von entdeckbaren und diagnostizierbaren seelischen Erkrankungen in einer Bevölkerung wurde geschätzt mit 15 %, manchmal sogar mit 55 % oder 60 % je nach den Kriterien, die für die Erhebung dieser Daten angewendet wurden.

Für jeden Patienten, der sich einer psychotherapeutischen Behandlung

300 Edward J. Dehné

unterzieht, sollte eine umfassende Begutachtung seiner Krankheitsgeschichte und eine sichere Laboratoriumsuntersuchung garantiert sein, um auszuschließen, daß der Patient nicht nur an einer organischen Krankheit oder einer Kombination von funktionellen und organischen Krankheiten leidet.

Ein besonderes Problem stellt das Zusammenfallen von organischen und psychischen Erkrankungen für die Patienten dar, die sich einer Psychotherapie unterziehen. Die Gesundheitssysteme in den meisten Ländern der Welt implizieren darüber hinaus noch keine Methode für die Praxis, die sicherstellt, daß Patienten, die mit einer Psychotherapie beginnen, zuerst eine medizinische Untersuchung durchlaufen, um neben der psychischen auch eine organische Krankheit aufdeckende Untersuchung zu absolvieren. Sowohl Psychiater als auch Psychologen könnten in ihrer Rolle als Psychotherapeuten einen gewichtigen Beitrag leisten, Methoden zu entwickeln, nach denen sowohl psychische als auch organische Erkrankungen angemessen evaluiert werden könnten.

Die Ergebnisse von Untersuchungen zeigten bislang, daß viele Patienten, die unter organischen Krankheiten leiden, einer speziellen Therapie bedürfen. Hospitalisierte Patienten haben zu etwa 50 % physische Störungen, verursacht oder verbunden mit oder durch "funktionelle Störungen". Notwendig ist es, wenn ein Patient zum Psychiater kommt, die Krankheitssymptome zu evaluieren, um sie von anderen pathologischen Prozessen auszuschließen, ebenso wie eine kontinuierliche Betreuung durch den Psychiater wichtiger ist als Labortests und klinische Tests, die die Lebensgeschichte und die klinische Begutachtung des Patienten nicht berücksichtigen.

Da alle Patienten Mitglieder der Bevölkerung in ihrer Gesellschaft sind, in der sie leben, können sie Aufschluß geben über das Auftreten und die Qualität der Erkrankung der Gesellschaft. Daraus ergibt sich auch die große Bedeutung dieser Patienten für die Krankenversicherungen, die Offentlichkeit und die medizinische und psychiatrische Ausbildung.

Literatur beim Verfasser

Authors's address: Edward J. Dehné 250 Tahoe Drive Carson City USA

Schizophrenia – A Psycho-Social Approach**

Nicholas Destounis, Athen*

Die vorliegende Arbeit weist auf die Bedeutung der Kultur- und Sozialpsychiatrie für das Verständnis der Atiologie und Therapie der Schizophrenie hin. Die schizophrene Erkrankung läßt sich demnach nicht ausschließlich als ein innerpsychisches Geschehen begreifen. Destounis weist hier darauf hin, daß der schizophren reagierende Patient vom behandelnden Psychiater erst verstanden werden kann, wenn dieser in der Lage ist, die vielfältigen kulturellen und sozialen Lebensbezüge zu erfassen. Im Anschluß an Walter (1952) wird die kulturelle Bindung eines Menschen vor allem definiert durch eine historische Dimension : Jede menschliche Kultur ist ihre historische Gewordenheit, diese wird zu einem bestimmenden Moment der Gegenwart und ist damit die Basis der zukünftigen individuellen wie gesellschaftlichen Entwicklung. Auf diesem Hintergrund wird nun für Destounis ein weitgespannter interdisziplinärer Ansatz zum Verständnis der schizophrenen Reaktion und ihrer Therapie notwendig und möglich. Er weist damit indirekt einen Weg zur Integration bisher unvereinbar erscheinender Erklärungsansätze der Schizophrenie, die jeweils von ganz unterschiedlichen wissenschaftlichen Paradigmata ausgingen. So nennt er kurz einige wichtige Gesichtspunkte, die jeweils auch für verschiedene Wissenschaftsdisziplinen stehen: Die gesellschaftliche Gruppe als Basis jeglicher Identität und Sinngebung von biologischer und kultureller Evolution, die Abhängigkeit menschlicher Entwicklung von einer bestimmten Okologie; die Berücksichtigung biologischer und genetischer Faktoren in der Genese der Schizophrenie; die Erforschung von Tabus und Ritualen gleichsam als Maßstab für die Gruppenzusammengehörigkeit.

So versteht der Autor Sozialpsychiatrie als ein multidisziplinäres Forschungsfeld von erheblicher Bedeutung für den praktizierenden Psychiater, um die therapeutische Effizienz zu erhöhen. Dabei wird Schizophrenie verstanden als Reaktion auf eine allgegenwärtige Angst, die grundgelegt ist in der Kindheit und im späteren Leben infolge von Streß zum Ausbruch kommt, wenn die Ich-Abwehrmechanismen der Vielzahl psychologischer, soziokultureller und

ökologischer Faktoren nicht mehr standhalten.

Dementsprechend fordert der Autor für die Therapie der Schizophrenie in Entsprechung zu ihrer Atiologie u. a. die Berücksichtigung der Psychodynamik und des Alters des Patienten, der intellektuellen Fähigkeiten der entwickelten Ich-Funktionen, von Übertragung und Gegenübertragung, soziokultureller, ökologischer und anderer Faktoren.

Cultural Psychiatry and Social Psychiatry have opened new horizons into the understanding of the aetiology and treatment of mental diseases in the developed, as well as, in the developing countries.

Despite the fact that *Freud* did not devote enough in his writings on the subject-matter, nevertheless he analysed society and culture from the context of the super-ego, and he attempted to utilize the community therapeutically

Walter (1952) defines cultures as "The learned ways of acting and thinking which provide for each individual readymade and tested solutions for vital life problems. Every human culture is its historical growth and only as such can it be explained or understood, hence the very essence of culture is its

^{*} M. D., Ph. D., M. R. C. Psych., F. I. C. P. M., F. A. P. M. Michigan State University – College of Human Medicine, President Hellenic Society of Psychosómatic Medicine, Athens

^{**} Presented at the XII. International Symposium of the German Academy for Psychoanalysis (DAP), December 8–13, 1980, Congress Center, Munich, Germany

302 Nicholas Destounis

transmissions through generations, and a culture can be thought of as the experience of the past entering as a determinant of thought and activity in the present and carrying of course important relation to the future of the group"

Culturally we survive through complex communal living. Through our living groups we obtain satisfaction, develop identity and find meaning to life (N. Destounis, 1973). Basic social values are of special cultural importance, for they determine the limits of acceptable behaviour especially during times of stress. Biologically, we are uniquely endowed for complex communal living.

Through the interaction of biological evolution and cultural evolution, we have the equipment for adapting to and molding diverse environments. But this ability to adapt by manipulating the ecology is now our cause for greatest concern, for in changing our exoteric cosmos, may change the conditions necessary for his survival (*N. Destounis*, 1973).

Socio-cultural environment can be stressful but it can also modify resistance for better or worse. In a cultural group obsessive orientation, for example, can be stressful to a component individual who prefers a more individualistic way of life. On the other hand, it might work as an ego support for some other person who is himself obsessive. Mental disorders are perhaps a failure functioning, the dynamic outcome of such factors as stress, resistance, and conflict (*N. Destounis*, 1967).

In addition, biological and genetic factors cannot be disregarded particularly in dealing with specific entities.

Schizophrenia with varying socially and mentally dysfunctioning symptoms appear to exist under diverse historical and geographical conditions. No cultural group has been observed which is completely devoid of schizophrenic phenomena.

In primitive societies, where highly group oriented individual behaviour and culturally determined mental reactions are frequently seen taboo and rituals are intensely believed in and are actively observed and practiced. There are ways of measuring intensity of group cohesion, of strengthening it.

We believe that social psychiatry is primarily a field of research and cultural psychiatry as its branch, is dealing with socio-cultural aspects of mental disorders in a given cultural milieu (N. Destounis, 1967). It is of paramount importance to note here that although social psychiatry is primarily a field of research, the practicing psychiatrist in dealing with patients will be more effective if he takes into serious consideration the ethnic and cultural background of his patients as well as his own. Furthermore, we believe that if we are to understand and study thoroughly all the cultural differences of mental illness, a multidisciplinary approach is necessary. Thus, other disciplines such as ethnology, cultural psychology, anthropology, sociology, genetics, etc. have a great deal to contribute to the understanding of normal and abnormal behaviour (N. Destounis, 1967).

Today, we are experiencing a technological revolution which, in our opinion, decreases man's capacity for adaptation due to the inevitable physical, social, economic, political and psychological stresses (*N. Destounis*, 1973).

The confrontation of these stresses requires a continuous transcultural research in order to increase our knowledge into the genesis and treatment of mental illness, and in particular of schizophrenia (*N. Destounis*, 1973).

The genesis of mental disorders, in addition to well known factors in our opinion, is also due to (1) above-mentioned changes-stresses, and (2) low degree-capacity of adaption to these changes (*N. Destounis*, 1973).

Schizophrenia is a specific major mental illness which is manifested as a reaction to a pananxiety. Its origin is most likely in childhood and is reactivated later in life by a variety of psychological, socio-cultural and ecological factors. This specific reaction, depending upon the ego's defense mechanisms is leading the individual into regression with all its consequences (*N. Destounis*, 1979).

Among contemporary researchers *F. Kaliman* conducted two investigations into the genetics of schizophrenia. The first on the relatives of over 1000 patients of a Berlin psychiatric hospital, the second on 953 twins from psychiatric hospitals of New York State. He concluded that single-factor inheritance of recessive type is the genetic cause of schizophrenia. He found that full siblings of patients have a higher expectance (11.5–14.3 %) for the disorder than half-siblings (7.1 %), and half-siblings have a much higher expectancy than step-siblings (1.8 %). He found the highest incidence of schizophrenia in the children of two schizophrenic parents and in one-egg twins.

Other researchers have attempted to investigate schizophrenia from the biochemical, neuropathological, electroencephalographic, etc. point of view.

In our opinion, there is no denial that this disorder is ultimately mediated by biochemical and electrical changes, however, we believe that under extraordinary emotional stress, as stated above, which in the schizophrenic is not adequately coped with by other defenses, functional disintegrations of neuronal patterns take place (*N. Destounis*, 1967).

On the other hand, we cannot ignore the psychosomatic approach to schizophrenia which is based upon the premise that psychodynamic factors which lead to the psychosis may have a disintegrating effect on the functions of the DNS, where they must be mediated. (S. Arieti, 1960).

If we attempt to investigate this illness from the psychodynamic point of view, we conclude that the road leading to schizophrenia has its beginning in the remote past of the patient, perhaps shortly after his birth.

Some authors push the beginning further back to the intrauterine life. Others feel that the parental attitudes which are so important in determining the conflicts of the patients have their roots in sociological, cultural, historical and geographical conditions.

304 Nicholas Destounis

However, it is generally agreed that the psychodynamic studies should include only the psychological life experiences of the patient. Although these psychodynamic studies have revealed nothing that can be considered absolutely specific for the life of schizophrenics, we find that certain constellations of circumstances, events, or factors cluster more frequently in the life of schizophrenics than in that of the average individual. We find, thus, that the troubles of the patient begin early in childhood.

The Family of the Schizophrenic

One of the first vivid impressions that we get in dealing with patients and their relatives is that the family of the patient is not a happy one or at least was not so in the formative years of the patient. This atmosphere of unhappiness and tension, although all-pervading and pronounced, in many cases is not apparent to the casual observer, as an attempt is made by all concerned to conceal it not only from the exoteric cosmos but also from themselves. At times it is almost totally repressed and replaced by psychological insensitivity. *Lidz* and his associates found that the role of each spouse in the family cannot be well established and that no attempt is made by them to complement or to help each other.

There is no possibility of getting together, of reciprocal understanding and cooperation, no mutual trust, no confidence, but rivalry, undercutting of worth, threat of separation, and enrollment of the children's support against the other. Each partner is disillusioned in the other.

The Prepsychotic Personality

The most common preschizophrenic psychotic personalities are the schizoid. The schizoid personality however, is found not only in people who are liable to become schizophrenic but also in neurotics, and in people with characterological disorders.

The therapeutic approach of schizophrenia should take into serious consideration, among other (a) The psychodynamics of patients life, (b) Age, (c) Intellectual capacity, (d) ego's faculties (e) Transference-countertransference, (f) socio-cultural-ecological factors, etc.

In conclusion we need to approach the whole field of psychiatry not only from already known disciplines, but from an existential and phenomenological point of view, taking into serious consideration that schizophrenia is one of the most prevalent and perhaps neglected of all major diseases of our time. Schizophrenie - ein psychosozialer Ansatz

Nicholas Destounis (Athen)

Kultur- und Sozialpsychiatrie haben dem Verständnis der Atiologie und der Behandlung psychischer Krankheiten neue Wege gewiesen. Dies gilt sowohl für die Industrienationen wie für Entwicklungsländer. Der entscheidende Schritt aus den Konzepten der herkömmlichen Psychiatrie und Psychoanalyse heraus wird dadurch möglich, daß psychische Krankheit nicht mehr ausschließlich verstanden wird als innerpsychischer Konflikt. Gerade die je nach Gesellschaft unterschiedlichen Erscheinungsformen und ganz entscheidend auch der "therapeutische" Umgang damit, die Beobachtung, daß die therapeutische Effizienz wesentlich von den alltäglichen Lebenszusammenhängen der Patienten abhängt, führten Destounis zu seinen Überlegungen, in denen er die Sozialpsychiatrie als ein interdisziplinäres Forschungsfeld skizziert. Inhaltlich heißt das: Ein schizophren reagierender Mensch kann nur verstanden und behandelt werden, wenn in wie immer vermittelter Weise der historische Kontext der gesellschaftlichen Gruppe, in der er lebt wie auch die des behandelnden Therapeuten deutlich werden kann; dasselbe gilt für soziale, ökologische soziokulturelle Faktoren. Hierbei wird die Untersuchung des Zusammenhangs von biologischer und kultureller Evolution notwendig, der Auswirkungen der "technologischen Revolution" (Destounis), die nach Destounis zu einer Grundstimmung allgegenwärtiger Angst als wesentlichem Nährboden psychischer Erkrankung führt. Die Ursachen dieser existentiellen Angst benennt er als physikalische, soziale, ökonomische, politische und psychosoziale Stressfaktoren.

Mit der Beschreibung dieser Faktoren geht er über bisherige Forderungen nach interdisziplinären Forschungsansätzen hinaus und sieht die Notwendigkeit einer "kontinuierlichen transkulturellen Forschung, um unsere Kenntnisse über Entstehung und Behandlung psychischer Erkrankung, insbesondere, der Schizophrenie zu erweitern".

Literatur beim Verfasser

Author's address: Professor Dr. Nicholas Destounis 12 Lykavitton Street Athen 136 Griechenland

Nachrichten

Wir sind erschüttert über den Tod von Professor Dr. Igor Graf Caruso, der am 28. Juni 1981 starb. Mit ihm verliert die Welt der Psychologie und der Psychoanalyse eine herausragende Persönlichkeit. Seine unbequeme Denkweise gab immer wieder Anlaß zu fruchtbaren Auseinandersetzungen. Wir verlieren mit ihm einen Freund, der sich neuen Wegen der Dynamischen Psychiatrie öffnete und sich nie scheute, einen eigenen Standpunkt einzunehmen. Sein Tod geht uns nahe, weil für ihn Theorie und Praxis des mitmenschlichen Lebens und Sterbens unmittelbar zusammenfinden. In seinem bedeutsamen Werk "Die Trennung der Liebenden – eine Phänomenologie des Todes", auf die weder Ideologie noch Theorie eine Antwort geben können, stellt sich als tiefes Anliegen in jeder therapeutischen und zwischenmenschlichen Beziehung immer wieder neu. Es gibt wohl wenige Menschen, die ihren letzten Lebensabschnitt so bewußt in einer "ars moriendi" vollzogen haben.

Günter Ammon für die Deutsche Akademie für Psychoanalyse

VIII. World Congress of Social Psychiatry vom 17.–22. August 1981 in Zagreb

Die seit langer Zeit gewachsene Verbindung zwischen den führenden Vertretern der Internationalen Sozialpsychiatrie und der Deutschen Akademie für Psychoanalyse fand ihren Ausdruck in der Einladung an Günter Ammon, zusammen mit einer Gruppe von Mitarbeitern auf dem diesjährigen Kongreß der World Association for Social Psychiatry das Konzept der Dynamischen Psychiatrie vorzustellen. Der Kongreß, auf dem Referenten aus 60 Ländern etwa 600 Beiträge leisteten, fand in einer Atmosphäre von freundlicher Offenheit und Toleranz statt und war von dem Bedürfnis getragen, neue methodologisch vermittelbare Wegmarken für das Verständnis psychisch Kranker zu finden, wobei die dialektische Spannweite von einem dezidiert gesellschaftspolitischen Engagement bis zu spezifischen Behandlungskonzepten, besonders auch für die schweren psychiatrischen Krankheitsbilder wie die schizophrene Reaktion, reichte.



VIII. World Congress of Social Psychiatry vom 17.–22. August 1981 in Zagreb/Jugoslawien v. re. n. li.

Vladimir Hudolin (Jugoslawien), Präsident der Mediterranian Association of Social Psychiatry P. Visotsky, North West Hospital, Chikago, USA

Günter Ammon (Deutschland), Präsident der World Association for Dynamic Psychiatry WADP

John L. Carleton (USA), President Elect der WASP Syuzo Naka (Japan), Executive Council der WASP Jules H. Masserman (USA), Ehrenpräsident der WASI

Jules H. Masserman (USA), Ehrenpräsident der WASP George Vassiliou (Griechenland), gegenwärtiger Präsident der WASP Joshua Bierer (Großbritannien), der Gründungspräsident der WASP

Der Kongreß wurde von Vladimir Hudolin, Präsident der Mediterranian Association of Social Psychiatry als einem Forum eröffnet, auf dem sich die modernen Entwicklungen in der Psychiatrie darstellen sollten. Neben Hudolin saßen bei der Eröffnung am Präsidiumstisch u. a.: Joshua Bierer (Großbritannien), der Gründungspräsident der WASP; Jules H. Masserman (USA), Ehrenpräsident der WASP; George Vassiliou (Griechenland), gegenwärtiger Präsident der WASP; John L. Carleton (USA), President Elect, Syuzo Naka (Japan) Executive Council der WASP und Günter Ammon für die World Association for Dynamic Psychiatry WADP. George Vassiliou drückte in seinen Begrüßungsworten die Sorge um die allgemeine und politische Entwicklung in der Welt aus und forderte alle Teilnehmer auf, ihre gesellschaftliche Verantwortung besonders für die unterentwickelten Länder ernstzunehmen.

Jules Masserman trug anschließend eine Resolution zur Ächtung des Atomkrieges vor, der von allen Anwesenden zugestimmt wurde. Während so Vassiliou und Masserman die gesellschaftlichen Herausforderungen pointierten, betonten Bierer und Carleton in ihren Begrüßungsworten das Bemühen, zum einzelnen Patienten einen menschlichen Kontakt zu bekommen. Carleton wies auf die wichtige Beziehung zwischen Patient und Therapeut hin und bezog sich dabei auf die von Ammon herausgestellte Bedeutung der Primärgruppendynamik für das Individuum. Aufgrund seiner langen Erfahrungen in der Behandlung schizophren Erkrankter trat Joshua Bierer in erfrischend direkten und menschlichen Worten allen Etikettierungsversuchen und vorschnellen Kategorisierungen – vor allem einer mystifizierenden Endogenität – entschieden entgegen. Pragmatisch wollte er die Schizophrenie als eine opting-out (Aussteige-Reaktion) auf eine unerträgliche Lebenssituation verstehen, die einen direkten empathischen Einstieg des Therapeuten in die Gefühlswelt des Patienten erfordere.

Als eine der zentralen Veranstaltungen des ganzen Kongresses fand am Nachmittag des ersten Tages das Symposium über das Problem der Integration verschiedener therapeutischer Methoden statt, an dem u. a. Vladimir Hudolin, Jules H. Masserman, John L. Carleton, Günter Ammon und George Vassiliou teilnahmen. An der kritischen Auseinandersetzung mit den Argumenten für und wider die Methodenintegration zeigte sich das Dilemma der Sozialpsychiatrie, bisher kein eigenes Konzept der Persönlichkeitsentwicklung, Krankheitsentstehung und therapeutischen Strategie entwikkelt zu haben. Masserman extrahierte die Essentials der Psychotherapie als gemeinsamen Nenner aus 140 verschiedenen therapeutischen Richtungen, die sieben R, wie er sie nannte: reputation, rapport, reliev, rewiev, reeducation, rehabilitation, reconsideration. Während die Referenten den Schwerpunkt ihres therapeutischen Ansatzes verschieden setzten, bestand der Grundkonsens in einer von therapeutischem Optimismus getragenen Haltung, daß die schweren psychiatrischen Krankheiten wie Sucht und schizophrene Reaktion behandelbar seien.

Am gleichen Tage stellte Gisela Ammon in ihrem Workshop anhand von Video-Filmen die Arbeit in Psychoanalytischen Kindergärten auf den Ebenen der Aufnahme eines Kindes in die Gruppe, der Integration von Außenseitern in die Gruppe, dem spielerischen – Emotion und Kognition verbindenden – Lernen und der Elterngruppenarbeit vor. Gisela Ammons Erkenntnisse, daß Eltern und Kinder Gruppen brauchen, um emotionale Störungen bei den Kindern im frühesten Keim erkennen und verhindern zu können, fand lebhaftes Interesse. In der Diskussion wurde besonders der Unterschied zwischen Psychoanalytischer Pädagogik und Kindertherapie herausgearbeitet.

Neben den vielen informellen Kontakten, bei dem Kongreßteilnehmer sich für die präventive und therapeutische Arbeit der Dynamischen Psychiatrie interessierten, war das Symposium "Was ist Dynamische Psychiatrie?" der

zentrale Ort, wo Ammon und seine Schüler und Mitarbeiter das Konzept der Dynamischen Psychiatrie theoretisch darstellten. Nach diesem Konzept manifestiert sich jedes Ereignis, was in einer bedeutungsvollen Gruppensituation erlebt wird, in einer Facette der gesamten Ich-Struktur mit ihren primären, sekundären und zentralen Ich-Funktionen. So bildet auch die Gruppe das Zentrum der therapeutischen Arbeit. Dynamisch-Psychiatrische Therapie bedeutet - wie Günter Ammon ausführte - ein kontinuierliches Bemühen um einen tiefen Kontakt, der zu einem bedeutungsvollen Erlebnis wird. In der Dynamischen Psychiatrie ist die Diagnose keineswegs eine statistisch soziale Stigmatisierung, sondern ein ständiges Ringen um ein eingehendes und umfassendes Verständnis des Patienten mit dem Ziel, die therapeutische Beziehung immer mehr zu differenzieren. In seinem Referat "Das Prinzip der Sozialenergie: Gleitendes Spektrum und Regulation" leiteten Günter Ammon et al. das Konzept der Sozialenergie wissenschaftlich ab und differenzierten Sozialenergie und narzißtische Zufuhr im Hinblick auf ihren therapeutischen Wert. Hartwig Volbehr diskutierte die gruppendynamischen Einflüsse auf neurophysiologische Hirnstrukturen und stellte hypothetische Überlegungen zur Integration der biologischen Ebene in das Konzept der Dynamischen Psychiatrie. Dieta Biebel zeigte anhand von Fallstudien und einer Pilot Study, daß schizophren reagierende Mütter sich offenbar signifikant in der Einstellung zu ihren Kindern und in ihrer gruppendynamischen Einflußnahme auf die Entwicklung ihrer Kinder von sogenannten schizophren machenden Müttern unterscheiden und daß eine schizophren reagierende Mutter mit Hilfe einer umgebenden Gruppe sehr wohl fähig werden kann, ein Kind zu erziehen. Die ungarischen Kollegen Döme, Facekas und Altomare, die ihren Vortrag im Rahmen des Symposiums über Dynamische Psychiatrie hielten, betonten die Bedeutung der Gruppenarbeit und der Team-Cooperation für die Behandlung von Borderline-Patienten in einer psychiatrischen Klinik, besonders im Hinblick darauf, dem acting out des Borderline-Patienten zu begegnen. Andreas von Wallenberg Pachaly trug ein gruppendynamisches und ich-strukturelles Verständnis der Anorexia vor, die er der schizophrenen Reaktion gegenüberstellte und als eine archaische Ich-Krankheit mit spezifischer primärer Gruppendynamik begriff, die eine spezifische Behandlungsmethode erfordert. In Abgrenzung zu einem Verständnis des alkoholischen Delirs als einer rein neurophysiologisch zu sehenden Dysregulation verstand Gerd Röhling das Delirium tremens als eine psychosomatische Psychose, bei der Persönlichkeitsstruktur, Gruppendynamik und neurophysiologische Aspekte ineinander verwoben sind. Gisela Ammon bezog sich in ihrem Vortrag "Psychoanalytische Pädagogik: Schizophren machende Aspekte in Familiengruppen" auf detaillierte Beobachtungen in Psychoanalytischen Kindergärten, wo Aspekte studiert werden konnten, die in ihrer Summe zur Entstehung einer schizophrenen Reaktion führen können, jedoch durch die gruppendynamische Arbeit mit der gesamten Familie präventives Auflösen der pathogenen Tendenzen möglich wird. Sie konnte gruppendynamische und ich-strukturelle Momente eingrenzen, die zur Früherkennung der schizophrenen Reaktion wie auch zum prophylaktischen effektiven Eingreifen bedeutsam sind. Ein weiteres zentrales Symposium, an dem u. a. Masserman, Bierer, Carleton und Vogelbusch teilnahmen, fokussierte die Bedeutung der verstehenden Diagnostik in Abgrenzung zur rein etikettierenden. Masserman entfaltete dabei das Leitthema philosophisch, indem er die Psychoanalyse als Offenbarungsreligion darstellte. Bierer wandte sich noch einmal energisch gegen alle Etikettierungen und stellte mit seiner Feststellung, daß wir in einer schizophrenen Gesellschaft leben, die individuelle Diagnostik einer Schizophrenie völlig in Frage. Carleton kritisierte ebenfalls, daß sich das diagnostische System meist zu sehr auf den einzelnen bezöge, setzte dagegen jedoch - in Anlehnung an Ammon – die stärkere Berücksichtigung des Gruppenzusammenhangs, wobei er als wesentliche Parameter Gruppe, Ich-Struktur und Anlage begriff. Vogelbusch trug den augenblicklichen Stand der psychodiagnostischen Forschung vor, die das Persönlichkeitsmodell nach Ammons Theorie testpsychologisch untermauert, wobei an die Stelle einer statischen und etikettierenden eine funktionelle, sich im therapeutischen Prozeß verändernde ichstrukturelle Diagnose tritt. Die Diagnose ist dabei kein psychopathologischer Begriff, sondern eine Umschreibung von Ich-Funktionen, die meßbar und veränderbar sind, (so daß auch die schizophrene Reaktion nicht als festgelegte Krankheitseinheit erscheint).

In Zagreb gab es auch ein erneutes Zusammentreffen mit Kurt Hoeck, dem Leiter der Psychotherapeutischen Poliklinik im Haus der Gesundheit in Berlin, Hauptstadt der DDR, mit dem Ammon eine langjährige freundschaftliche Beziehung verbindet. Er stellte in seinem Referat die Bedeutung der Gruppenarbeit heraus. In der DDR hat er ein Netz von gruppentherapeutischen Ambulanzen aufgebaut. In seiner Betonung der Arbeit der Gruppen als Basis sozialer Psychiatrie bezog er sich auf das Gruppenkonzept Ammons und machte deutlich, daß dieses Konzept in der Lage sei, der Sozialpsychiatrie, die noch immer ein integriertes Konzept vermissen lasse, ein solides Fundament zu geben.

Die verschiedenen Aspekte dynamisch-psychiatrischer Schizophrenie-Therapie in der Praxis der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige führte *Ammon* dann in seinem Workshop anhand von eindrucksvollen Video-Aufnahmen vor.

Die Videofilme zeigten eine Familiensitzung, drei Ausschnitte aus einer über ein Jahr gehenden Einzeltherapie und einer gruppentherapeutischen Sitzung. Am Ende des Workshops wurde noch einmal deutlich, daß Schizophrenie-Therapie weder eine ausgeklügelte Methode noch ein spektakuläres Ereignis ist, sondern ein ständiges und sensibles Bemühen um einen Kontakt zum Patienten, der ihm Raum gibt für seine genuinen Gefühle und Erinnerungen, die ihm in der schizophren machenden Familie nicht gestattet worden waren.

Der Kongreß klang in einer gemeinsamen Abschlußsitzung aus, auf der zusammenfassende Berichte und Ergebnisse aller Symposia und Workshops vorgetragen wurden. In einem Resumée umriß Vassiliou die beiden Hauptpfeiler sozial-psychiatrischen Denkens und Handelns: Der Beitrag zur Lösung sozialer Konflikte und die empathische und helfende Teilnahme am lebendigen sozialen Geschehen der Menschen.

Treffen Ammon mit dem Kardinal

Im September 1981 trafen sich der Kardinal Corrado Ursi und Dr. Günter Ammon zusammen mit einigen Mitarbeitern zu einem Essen am Castel del Monte, bei dem folgende Fragen besprochen wurden:

Der Kardinal äußerte sich positiv zu Ammons Lehre, da sie sich von dem Freudschen Menschenbild als einem von Trieben beherrschten Wesen und von der bei Freud als zentral angenommenen Bedeutung der Sexualität für



Bildmitte Corrado Kardinal Ursi, Erzbischof von Neapel; li.: Günter Ammon, Präsident WADP; re.: Gisela Ammon, Psychoanalytische Kindergärten; ganz li.: Carlo Sforza

den Menschen abgewandt hat und in ihrem Denken die Geistigkeit und Identität des Menschen in den Mittelpunkt stellt. Im Hinblick auf die Aggressionslehre meinte der Kardinal, daß der Mensch nicht stirbt, sondern sich selbst umbringt und zitierte das Wort: "Mens sana in corpore sano". Einigkeit bestand auch in der Kritik an dem gescheiterten Experiment von Basaglia und an der Notwendigkeit einer humanen und wissenschaftlichen Therapie der psychisch Kranken, weswegen er Ammon und seine Frau Gisela gleich für den nächsten Tag zu einer Besichtigung einer der fünf großen ihm unterstehenden psychiatrischen Kliniken, nämlich zu der Klinik Casa Divina in Bisceglie bei Bari und zu einem anschließenden Mittagsmahl zusammen mit hohen Kirchenvertretern, Politikern, Psychiatern und Verwaltungsleitern einlud. Während bereits bei Castel del Monte eine zweieinhalbstündige Besprechung stattfand, dauerten diesmal die Gespräche über drei Stunden. Besprochen wurden auch Fragen der Ökumene, wobei der Kardinal begeistert berichtete von dem vor einigen Jahren stattgefundenen ökumenischen Kongreß in München und seiner Reise nach Bremen/Blumental. Besondere Übereinstimmung bestand auch in der Kritik des Strafvollzuges, Möglichkeiten einer Zusammenarbeit mit der Dynamischen Psychiatrie Günter Ammons in Italien, Besuche des Kardinals in dem DAP-Zentrum in Paestum und seine Zusage, die dortige Arbeit zu unterstützen, über die Friedensbemühungen eines gemeinsamen Freundes, Professor Jules Masserman (Chicago), der bereits zweimal in der Casa Divina Konferenzen abgehalten hat sowie Gespräche über die gruppenpsychotherapeutische Arbeit in der Klinik in Bisceglie, die Möglichkeit eines zukünftigen DAP-Kongresses dort, die Teilnahme des Kardinals an unseren Symposia, über das Attentat auf den Heiligen Vater und dessen Genesung, da er gerade während dieser Zeit seine letzte Operation hatte, über das Mirakulum des Hl. Gennario in der Kathedrale von Neapel, über die Ausbildung und Kontrollanalyse von Psychotherapeuten, wobei der Kardinal meinte, daß die Beichte die erste Form von Psychoanalyse gewesen wäre und vielem anderen mehr von gemeinsamen Interesse.

Das gute Einvernehmen kam dann auch zum Ausdruck durch die herzlichen Widmungen, die der Kardinal auf die gemeinsamen Fotos schrieb: "Günter und Gisela Ammon, zwei Sterne am Himmel der Wissenschaft, die Italien ehren und mein Herz erfreuen. Bewunderung und Liebe für Dr. Günter Ammon, den Ruhm der Wissenschaft und der Güte".

"Bei dem schwäbischen Castel, das in der italienischen Zivilisation glänzt, der Dr. Günter und seine Frau Gisela Ammon, die nach neuen Horizonten des Wissens trachten zum Wohle der neuen Generationen" sowie durch sein Handschreiben anläßlich einer ursprünglich zugesagten Einladung zu unserem XIII. Internationalen Symposium in München:

"Hochverehrter, lieber Professor, ich danke Ihnen für die offizielle Einladung, mit der Sie mich beehrten, um am XIII. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse teilzunehmen. Das Gespräch,

das ich mit Ihnen und Ihrer Gattin im Castel del Monte und in Bisceglie hatte, war für mich erhellend. Es erfreut mich die Freundschaft, die Sie mir angeboten haben. Ich bin voller Bewunderung und Zuneigung für Ihre Person und die Ihrer Gattin und ich wünsche Ihnen das Beste für Ihre Studien und Ihre förderlichen Aktivitäten für die Gesundheit. Das Staatssekretariat hat mir gestern mitgeteilt, daß ich mich in den ersten zwei Wochen des Monats Dezember zusammen mit einigen anderen Kardinälen, Mitgliedern einer besonderen Kommission, dem Heiligen Vater zur Verfügung halten muß.

Ich bin dringend gebeten worden, nicht zu fehlen, da ich dort eine aktive Aufgabe habe.

Es schmerzt mich sehr, nicht am Symposium teilnehmen zu können. Ich bitte Sie, mich zu verstehen und mich zu entschuldigen. Empfehlungen an die Frau Gemahlin – ich umarme Sie brüderlich"

Corrado Card. Ursi

2. DAP-Hochschulgruppen-Klausurtagung in Paestum/Salerno vom 1. bis 10. September 1981 unter Leitung von Dr. med. Günter Ammon und Dörte Griepenstroh

Thema der Tagung war "Kreative Ausbildungssituation"

Sinn der Tagung und der gemeinsamen Unternehmungen war, Kopf, Geist, Seele und Körper zum Einklang zu bringen.

Günter Ammon betonte, daß wir uns in unserem Bedürfnis, etwas zu lernen, das uns wirklich angeht und uns bereichert, nicht ernst genug nehmen können.

So ging's los: in den täglichen gruppendynamischen Sitzungen, den abendlichen Seminaren oder beim Großgruppenausflug zum Castel del Monte suchten wir eine Verbindung der verschiedenen Aspekte des Lernens.

An unserer Klausurtagung nahm zum ersten Mal eine Gruppe von Patienten aus der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige teil. In den Seminaren stellten gerade die Patienten uns und unser oft bloß intellektuelles Selbstverständnis scharf in Frage. In großer Offenheit schufen sie eine dichte Atmosphäre, in der intellektuelle Erklärungen sinnlos und einfach überflüssig wurden. Die Patienten waren es, die den Studenten gezeigt haben, wie ernst man miteinander umgehen und welch ein Kontakt und welche Offenheit hergestellt werden muß, um ein wirklich kreatives Lernen zu ermöglichen. Es ist nämlich gerade das rein theoretische Denken, das oft Kontakt verhindert.

Zum ersten Mal auf einer Klausurtagung der DAP gab es eine italienische Gruppe. Es war gerade diese Gruppe, die die Ebene der nonverbalen Kommunikation in die Großgruppe einbrachte. Wir staunten selber, wie gut wir uns auch ohne Worte verstehen konnten.

Die Begegnung mit der Geschichte, mit gelebter Zeit und Erfahrung erfuhren wir während der Führung durch den Tempelbezirk des antiken Paestum durch Günter Ammon und durch unseren Ausflug zum Castel del Monte, einem Jagdschloß Friedrich II. von Hohenstaufen.

Die Begegnung mit der Gegenwart, mit Menschen, die ein gemeinsames Interesse verbindet, die Suche nach Identität und Ehrlichkeit erfuhren wir durch zahlreiche Persönlichkeiten des öffentlichen Lebens.

Dottore Fasolino, Führer der Nenni-Sozialisten und Deputierter der Region, sprach sich besonders für die effiziente psychiatrische Versorgung der Region Salerno aus und betonte die Notwendigkeit, den desolaten Zustand der italienischen Psychiatrie mit Hilfe eines praktischen Konzeptes der therapeutischen Versorgung zu überwinden. Avvocato Griffi, Anwalt und Vertrauensmann der deutschen Botschaft und des Konsulats, machte mit bewegten Worten klar, welch große und schöne Aufgabe es sei, die Seele des Menschen zu erforschen und wünschte den etwa 100 Teilnehmern dieser Klausurtagung Lust und Mut auf diesem Weg.

Professor Dott. Giovanni La Mura, Leiter der 3000-Betten-Klinik Casa Divina in Bisceglie (Bari) war gekommen, um direkt als Teilnehmer der Tagung, die Praxis der Dynamischen Psychiatrie kennenzulernen und um in seiner Klinik menschlicher und erfolgreicher mit den Patienten umgehen zu können. In diesem Sinne setzte er große Hoffnungen in die Dynamische Psychiatrie.

Diese intensive Zeit fand ihr Ende mit der Selbstdarstellung der Gruppen, in der der Gruppenprozeß und das erlebte Lernen für alle sichtbar dargestellt wurde.

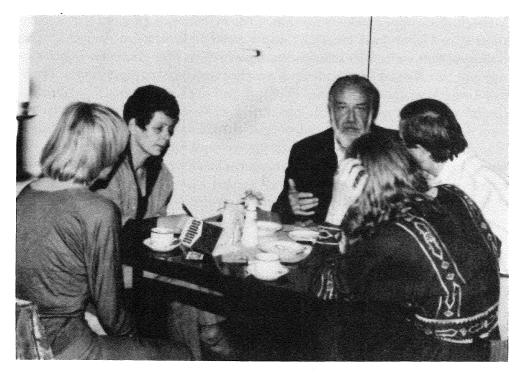
Wir hoffen, die Freude, die wir an der praktischen Arbeit im Gelände der Casa Ammon, in den Seminaren, in der Selbsterfahrung und bei den Ausflügen hatten, aber auch die Kritik, die wir als Studenten erfuhren, weitertragen zu können in die Seminare an den Universitäten.

KULISY

Polnische Tageszeitung vom 13. IX. 1981 Dr. Günter Ammon wird von Frau Dr. W. Grochola interviewt

Offene Hände

Dr. med. Günter Ammon, Gründer und Präsident der Weltgesellschaft für Dynamische Psychiatrie WADP, war 15 Jahre alt, als er ein Buch in die Hand bekam, das Zeichnungen und Bilder schizophren reagierender Menschen enthielt. Er fragte sich bereits damals, warum diese Menschen an den Rand der Gesellschaft geschoben würden und beschloß, als Psychiater sein



von links nach rechts: Dipl.-psych. Ilse Burbiel, Dr. W. Grochola, Dr. G. Ammon, Jerzy S. Pawlik, Mag. psychol. und Dörte Griepenstroh

Leben dafür einzusetzen, diesen Menschen zu helfen. Die Diagnose der Schizophrenie wirkt heute noch als gesellschaftliche Todesstrafe, sagte Ammon, da in der herkömmlichen Psychiatrie davon ausgegangen wird, daß bei diesen Menschen die Persönlichkeit zerstört ist.

Günter Ammon selbst spricht von kranken und gesunden Persönlichkeitsanteilen bei jeder psychischen Erkrankung. In seiner Behandlungsmethodik knüpft er an den gesunden Persönlichkeitsanteilen an, stabilisiert diese und beginnt auf der Basis eines tragenden therapeutischen Bündnisses eine Auseinandersetzung um die kranken Anteile. Mit welcher Berechtigung, fragt Ammon, stellt eine Gesellschaft psychisch Kranke als nicht zu ihr gehörig dar? Ist nicht eine Gesellschaft, die ihre Kranken mit einer psychiatrischen Diagnose diffamiert, um sie damit von den anscheinend gesunden und normalen zu unterscheiden, sie dadurch von den anderen abzugrenzen und aus der Gesellschaft auszuschließen, vielleicht nicht auch als krank zu bezeichnen?

Dr. Ammon arbeitete über viele Jahre hin mit schizophren reagierenden Patienten. u. a. auch einige Jahre in den USA, gemeinsam mit anderen Kapazitäten auf dem Gebiet der Psychiatrie. Er beschäftigte sich mit der Ich-Psychologie und entwickelte die Konzeption seiner Identitätstheorie.

Die Entwicklung des Menschen und auch die in ihm steckenden Möglichkeiten, so fand er heraus, sind abhängig von der Sozialenergie, die der

Mensch in Gruppen bekommen hat. Dies macht auch eine platte Kategorisierung in Gesundheit einerseits und Krankheit andererseits unnötig. Das Kernproblem vieler Menschen liegt, wie er schon früh erkannte, in Schwierigkeiten im Kontakt mit anderen Menschen und nicht in verdrängten Triebimpulsen. Von daher kann eine Therapie "auf der Couch eines Psychoanalytikers" auch oft nicht hilfreich sein. Der Freudschen Triebtheorie stellt Ammon seine Lehre von der Sozialenergie, der Energie aus der Gruppe gegenüber. Den Menschen sieht er als Gruppen- und Gesellschaftswesen, das in Gruppen krank werden und im therapeutischen Prozess in Gruppen im Austausch mit Menschen wieder gesund werden kann. Als bedeutsam für den therapeutischen Prozeß beschreibt er neben der Arzt-Patienten-Beziehung vor allem auch die Bedeutung von Gruppen, von therapeutischen Gruppen mit Menschen, in die jeder einzelne seine Probleme, Schwierigkeiten, aber auch seine Möglichkeiten einbringt. Persönlichkeitsentwicklung geschieht im Austausch des Einzelnen in seiner Gruppe, in Auseinandersetzung mit ihr, in Erprobung von Seinsweisen, darin, seinen eigenen Standpunkt zu entwickeln und sich abzugrenzen und darin im Einverständnis mit der Gruppe zu sein.

In der herkömmlichen Psychiatrie wird der Patient häufig infantilisiert, was seine Entwicklung und Genese bremst. In der Übertragung wird so die symbiotische Verbindung und Abhängigkeit wiederhergestellt, die der Patient in seiner frühen Kindheit nicht erleben, aus der er sich nicht konstruktiv als Wesen in eigener Identität abgrenzen konnte. Eine solche "Behandlung" sanktioniert die krankhafte Abhängigkeit und Unreife und kann dem Patienten keine Heilung, d. h. Abgrenzung in eigener Identität bringen. Eine solche, die Krankheit manifestierende Behandlung, findet sich oft in den großen psychiatrischen Krankenhäusern, in denen die Patienten nicht im konstruktiven Sinne gefordert, sondern verwahrt werden. Im Endeffekt wird so die innere Unreife weiter gefördert, der Patient kann sich immer weniger mit den Anforderungen der Realität auseinandersetzen, seine Verlas-

senheit und Hilflosigkeit wird vertieft und verfestigt.

Ammon hat es sich zur Aufgabe gemacht, diesen Teufelskreis zu durchbrechen. So gilt auch hier die alte These von Hypokrates, die im Altertum erstes Gebot der Mediziner war: prium non nocere (erstens: nicht schaden).

In einer so verstandenen Psychiatrie bedeutet Hilfe, dem kranken Menschen ein Stück eigene Lebenszeit zu geben, sich zu ihm hin und für ihn zu öffnen, ihm zuzuhören, Verständnis für seine Gefühle aufzubringen und ihn hinzuführen zu einer Übereinstimmung mit seinen eigenen Gefühlen. Dieser auf den ersten Blick so elementar wie einfach erscheinende Kontakt zwischen Menschen ist in der heutigen Zeit sehr selten geworden und zu einem psychisch kranken Menschen oft schwer herstellbar. Hier aber beginnt die Therapie.

Es erscheint paradox – eine Paradoxie unserer eigenartigen Zeit – daß die Psychiatrie, die geboren wurde, um den schwer Leidenden und Gezeichneten den Weg in die Gesellschaft zu zeigen, heute oft Asyl und letzter Verteidigungsplatz geworden ist.

Das erste Modell gesellschaftlichen Lebens, den ersten Eindruck von einer Gruppe erfährt der Mensch unbewußt in seiner Familie, er kann dieses Unbewußte intellektuell nicht erfassen, so daß es scheinbar ohne seinen Einfluß lebensbestimmend wirkt und darum so bedeutsam ist. Diese Erfahrungen und dieses Erleben bestimmt sein Sein und Verhalten in späteren Gruppen.

Gisela Ammon, die Ehefrau Günter Ammons, gründete und entwickelte aus dieser Kenntnis heraus Psychoanalytische Kindergärten, um Kindern und Eltern Erziehungshilfen zu geben, was einmalig ist auf der ganzen Welt. So sind es nicht die Kinder, die, sind sie z. B. aggressiv, gleich einer Therapie bedürfen, in vielen Fällen hilft es der Familie, wenn die Eltern in einer Gruppe über ihre Probleme sprechen können. Vorstufen von Phänomenen, die psychische Erkrankungen bewirken, werden rechtzeitig deutlich und können bearbeitet werden. Diese Kindergärten dienen so der Vorbeugung psychischer Erkrankungen.

In jeder Gesellschaft, so *Dr. Ammon*, existieren konstruktive und destruktive Kräfte. Immer findet man auch Tendenzen, Schwächere zu unterdrücken. Gleichzeitig existiert aber auch in jeder Gesellschaft eine natürliche Kraft zu Tätigkeit und zum Kampf um humanistische Werte und Menschenrechte. Das Problem ist, welche dieser beiden Tendenzen die Oberhand gewinnt.

Dr. Ammon besuchte Polen aufgrund der Einladung der Staatlichen Psychiatrischen Klinik Rasztów, die seit 20 Jahren mit großem Erfolg auf analytischer Grundlage arbeitet. Ich nehme an, daß ihn unsere Umwandlungen in Polen seit dem August 1980 schon aus sozialpsychologischer Sicht anregten und interessierten. Mit unserem Land verbindet ihn darüber hinaus eine Familienlegende: Einer seiner Urahnen war beteiligt am Januar-Aufstand 1863 in Polen und floh danach, Repressalien befürchtend, nach Preußen.

Danach gefragt, was er für ein charakteristisches Kennzeichen unserer Situation hält, antwortete Günter Ammon: "Die Auseinandersetzung eines Volkes um seine Identität und seine Freiheit. Beides sind Werte, so fügte er hinzu, um die die historische Auseinandersetzung in Polen immer gegangen ist, vergleichbar mit dem Heranwachsen von Kindern. Hinzu kommt die gruppendynamische Erkenntnis, daß in der Situation einer Bedrohung von außen für ein Individuum wie auch für eine Gruppe, innere Konflikte an Kraft und Bedeutung verlieren".

Zurückkehrend zu der prekären psychologisch-soziologischen Fragestellung, einem gruppendynamischen Geschehen, das *Dr. Ammon* unmittelbar interessiert, vertrat er den Standpunkt, daß der Weg einer Veränderung der Welt hin zu humanistischen Zielen in der Entwicklung des menschlichen Individuums im Rahmen seiner Kultur liege. Von diesem Gedanken getragen ist sein Lebenswert, seine Theorie der Dynamischen Psychiatrie, seine Be-

handlungspraxis, fußend auf dem Prinzip der Gruppe, und auch die pro-

phylaktisch-pädagogische Erziehungspraxis.

Was die Kinder betrifft, so fügte unser Gast hinzu, daß nicht nur eine strafende und unterdrückende gesellschaftliche Haltung ihrer Entwicklung schaden kann, sondern ebenso eine alles gewährende Haltung, wie sie im Westen vor kurzer Zeit noch modern war und als erstrebenswert galt. Dem Kind alles zu erlauben, ohne ihm Grenzen zu setzen, heißt, so Günter Ammon, es auch einer möglichen Hilfe und Orientierung in der Welt zu berauben.

Mein Gesprächspartner wollte die Aufmerksamkeit noch auf ein Symbol der World Association for Dynamic Psychiatry WADP lenken: die offenen Hände, die den Erdball halten.

Ich sagte, daß das eine gute Idee sei, so könne man sich mit diesen Händen nicht gegenseitig bedrohen. Mein Gesprächspartner hatte gegen diese Interpretation nichts einzuwenden.

Es notierte: Frau Dr. W. Grochola Kulisy, den 13. 9. 1981

Aus der wissenschaftlichen Korrespondenz Dr. Günter Ammons

Prof. Dr. F. V. Bassin Akademie der Medizinischen Wissenschaften der UdSSR, Moskau 25. 8. 1981

Mein Lieber Freund Günter Ammon!

Ich habe Ihnen lange nicht geschrieben, weil ich nach dem Unglück, das uns so betroffen hat, einige Zeit nicht arbeiten konnte. Ich habe nur gelesen, insbesondere Ihre Arbeiten und die Ihrer Mitarbeiter (in Dyn. Psych. 66/67 und in Ihrer umfangreichen Monographie). Jetzt möchte ich mit Ihnen einige Gedanken austauschen, die durch dieses Lesen hervorgerufen wurden. Sie verstehen wohl, daß es gerade jetzt – nach dem schrecklichen Schlag, der für uns das unerwartete Untergehen Apollons gewesen ist – wichtig ist, weiterzugehen. Dies ist nicht nur für die Wissenschaft notwendig, sondern auch für Nina, Apollons Frau, die leidenschaftlich wünscht, daß die Sache, der Apollon sein ganzes Leben gewidmet hat, nicht unterbrochen wird, daß die Ideen, die er im engen Kreis formulierte aber auf dem Papier noch nicht ausgeführt hat, weiterleben.

Soweit ich Sie verstanden habe, schenken Sie in der letzten Zeit besondere Aufmerksamkeit dem Prinzip der "Sozialenergie", das Sie dem freudianischen (biologisierenden) Herangehen gegenüberstellen, dem, was in der psychoanalytischen Literatur als Problem der "psychischen Energie" vertreten wird. Wie beeindruckend ist die Position, die Sie dabei einnehmen!

- 1. Vor allem möchte ich Ihren tiefen Humanismus unterstreichen, Ihre Kritik an der Position von Spitz (die Kinder sterben in Waisenhäusern nicht darum, weil ihre Triebe "kein Objekt" haben, sondern weil sie von denen, die sie umgeben, keine für sie lebenswichtige Liebkosung, Seelenwärme, herzliches Miterleben bekommen) ist geradezu wunderbar. Ich meine, daß, wenn es gelänge, nur diese einzige These im Bewußtsein jener, die mit Kindern des frühen Alters (besonders mit verlassenen Kindern) zu tun haben, zu bestätigen, so würde auch die größte Arbeit, die das bräuchte, lohnend sein. Und was Ihre "experimentale" Begründung anbetrifft, so gibt es eine Menge Materialien für solche Begründung in den Arbeiten von Uschinski, Makarenko und anderen russischen, wie auch späteren sowjetischen Pädagogen.
- 2. . . . Ihr Übertragen des Akzentes beim Problem der "psychischen Energie" von der Idee des mechanistisch verstandenen "Quantum der Hirnenergie" auf den Charakter der interpersonalen Beziehung ist nicht nur richtig. Es bedeutet darüber hinaus eine neue Methodologie des Herangehens, die, verborgen eigentlich schon lange, soweit ich verstehe, im Rahmen der Psychoanalyse selber reifte, aber nie so deutlich und folgerichtig entwickelt wurde, wie es Ihnen gelungen ist. Indem der orthodoxe Freudianismus den Begriff der psychischen Energie als Energie der Triebe ableitete, so ist es auch nicht "die Biologisierung", sondern eine "Physikalisierung" der Psychologie (die Einführung dieser Modelle haben in der Lehre der anorganischen Natur und in der Technik ihre Berechtigung, werden aber zu einem primitiven Reduktionismus, wenn die Rede vom menschlichen Seelenleben ist).
- 3. Ich gebe zu, daß meine Worte "schon lange im Rahmen der Psychoanalyse selber reifte" bei Ihnen eine Verwunderung oder sogar einen Protest hervorrufen können. Darum will ich sie gleich erklären. Ich meine dabei das "Transfer"-Problem, aber nicht jene halb komischen, halb phantastischen Versuche der Sinnerfassung dieses Begriffes, die sich in der psychoanalytischen Literatur ergeben, sondern die Transfer-Idee, d. h. den Gedanken, daß der Charakter der emotionalen, zwischen Krankem und Arzt herzustellenden Beziehung in der psychoanalytischen Therapie (so wie in jeder anderen Form der Therapie) entscheidend ist. Sie erinnern sich vielleicht, wie ich auf dem Symposium in Tbilisi diskutierend zu der empörten Verwunderung unserer französischen Kollegen erklärte, daß ich den Sinn der Kategorie des Transfers, dessen psychoanalytische Spezifik nicht verstehe. Aber jetzt, indem ich mich mit Ihnen unterhalte, gestehe ich gerne, daß ich gegen Ausnutzung der Transfer-Idee nichts hätte, wenn man unter diesem Begriff verstünde:
- a) eine "gewöhnliche", d. h. nicht für psychoanalytische Situationen spezifische Form des emotionalen Kontaktes,

- b) so eine Kontaktform, deren Benennung das Verständnis ihrer Natur nicht erschwerte, denn es geht hier nicht um eine "Übertragung" (oder jedenfalls bei weitem nicht nur um eine "Übertragung"),
- c) eine Beziehungsform, die tief die ganze weitere Dynamik eines psychotherapeutischen Prozesses beeinflußt,
- d) die Modifikation der emotionalen Beziehung zwischen Arzt und Krankem, die als eine notwendige Bedingung eines positiven Heileffekts noch von Freud in der frühen Periode, der von ihm ausgearbeiteten psychoanalytischen Vorstellung, für angezeigt gehalten wurde,
- e) eine Idee, die im System der orthodoxen psychoanalytischen Vorstellung als ein "gesonderter" Begriff, ein im Wesen fremdes Element war, das der psychoanalytischen Deutung viele Schwierigkeiten bereitet hat, für sie ein "enfant terrible" ist,
- f) eine theoretische Konstruktion, in deren Analyse (wie es mit Recht unser gemeinsamer Freund *L. Chértok* in seinem letzten Buch unterstreicht, in dem er die gegenwärtige tiefe Krise der Psychoanalyse erfaßt) das Hypnose-problem eingeschlossen würde und
- g) last not least eine Position, die breite Möglichkeiten für die Einführung in das System der Analyse sowohl Kategorien des "Schutzes" (defense) als auch der "Bedeutung" (meaning) erschließen würde.

Über einige von diesen Themen sprach ich ausführlicher bei der Diskussion mit *Mouldworf* (veröffentlicht in der Revue de med. psychosomatique n. 1, 2, 3, 1977).

- 4. Ich sehe es voraus, lieber Freund, daß, wenn ich frage, wie Sie sich zum Transfer-Problem verhalten, Sie lächelnd sagen, daß Sie sich keineswegs verpflichtet fühlen, mit all dem zu rechnen, was in der psychoanalytischen Literatur als eine emotional gefärbte Form inter-individuellen Kontaktes beschrieben wird. Und ich werde mit Ihnen einverstanden sein. Ihr Hinweis darauf, daß "sozialenergetische Zufuhr immer an einen zwischenmenschlichen Prozeß gebunden ist, der von Achtung voreinander, Ernstnehmen und Empathie getragen ist" scheint mir viel mehr tiefer als die Erklärung eines wohltuenden Einflusses der "Gruppe" auf deren Mitglieder als vieles, was Psychoanalytiker darüber sagen. Man kann sehr viel darüber sagen, daß die Wurzeln des positiven Effektes der Psychotherapie gerade in der Empathie, im Miterleben liegen, ganz unabhängig von deren Form und Methodik der Analyse. Ich habe versucht, diese Gedanken im Vorwort zum erwähnten Buch von L. Chértok zu entwickeln, das bald in Moskau auf russisch erscheint. Haben Sie es vielleicht schon auf englisch?
- 5. Nun kommt das letzte, was ich in diesem Brief sagen möchte, denn er ist schon lange genug. Ihr Verstehen der Genese der "Sozialenergie" ist wichtig und interessant, nicht nur an und für sich, d. h. nicht nur als Konzeption, die die ganze Tiefe der Abhängigkeiten eines Individuums von der umgebenden Gruppe, der Abhängigkeiten, über die Sie sagen, daß diese "das Leben ermöglichen bzw. verhindern". Ihr Herangehen behandelt –

und das freut mich sehr - die Fragen, die auch mich in der letzten Zeit besonders interessieren. Wenn "Sozialenergie" eine Folge der Kommunikation und gegenseitiger Beeinflussung, die Individuum und Gruppe verbinden, ist, so gehen wir, die Analyse vertiefend, an Probleme der psychologischen Struktur von Kommunikation und Tätigkeit unverzüglich heran. Dieses Problem seinerseits ist unlösbar von den bewußten und unbewußten Gesetzmäßigkeiten, denen die Dynamik entsprechender psychologischer Prozesse untergeordnet ist. Wir haben ähnliche Gesetzmäßigkeiten noch zur Zeit als Apollon lebte "eigentlich psychologische" genannt und sie in unserem Tbilisi Referat auch berücksichtigt. Als Beispiel dafür kann ein unüberwindliches Bedürfnis eines psychisch traumatisierten Menschen, in der Herabsetzung der "Bedeutsamkeit" des für ihn traumatisierenden Faktors sein; ein Bedürfnis sehr vieler von uns, symbolisch durch Handlungen oder Gegenstände ein gespanntes Gefühl auszudrücken; eine merkwürdige Tatsache, daß das Erreichen eines Zieles, dessen Anziehungskraft zerstört oder jedenfalls herabgesetzt, mehrfach in der klassischen Literatur beschriebenen Ambivalenz des Verhaltens, d. h. Erhaltenbleiben der psychologischen Einstellung auf dem Hintergrund einer starken Emotion, die mit diesen Einstellungen logisch unvereinbar ist – und auch andere noch wenig erforschte, psychologische Phänomene, die im System "Ich – Gruppe" zu bildende Verbindung hervorheben. Ohne diese geheimnisvollen Phänomene - weil wir ihre Genese und Widerwärtigkeiten ihres Schicksals nicht kennen und auch nicht wissen, welche wissenschaftlichen Disziplinen sie untersuchen sollen, Psychologie oder Soziologie? . . . Diese wichtigen Fragen können wir nicht logisch auflösen und zum Ende führen . . .

Es interessiert mich sehr, was Sie zu all dem sagen. Und vorläufig habe ich festgestellt, daß die Kommunikation noch eine Funktion besitzt, sie lenkt von den Gedanken des Verlustes ab und mildert dadurch den Schmerz. Dadurch ist vielleicht der Umfang dieses Briefes zu erklären.

Mein herzlichster, wärmster Gruß an Frau Ammon und Julia Ihr Ph. W. Bassin

PS: Tief empfundener Dank für Ihre Aufmerksamkeit. Ich hoffe, Nina und Rotenberg werden erfühlen, alles was Sie wünschen. Ph. B.

My dear Günter Ammon,

I am very moved by the affection of your telegram, and your generosity in accepting a thirty-minute contribution for DAP International Congress in Munich. I enclose the summary of my prospective talk on Virginia Woolf.

Yes, it takes a moment to fall ill, and some time to be cured (if one is lukky). But to refind one's bridges with living and others is a slow task. I look forward, with great eagerness to meeting you, Gisela Ammon and other colleagues from DAP International in Munich. I have missed my visits to you in Berlin. There is something enviably large and giving about you, a totemic father-head (figure). It pleases me to notice how you are prospering and expanding all the time. Congratulations.

I am all packed to go to my estates in Pakistan on 9th, and I return on 7th September. You shall have my complete paper by October 1st. I don't know how much of V. Woolf is translated into German. It is complete in French.

Alas, for some reason, I am missing the issue of Dynamic Psychiatry 49/50 in which you have published my article on "Psychic Pain". Can I have a photocopy for my private record-file.

With my affectionate regards to you and Gisela Ammon and best wishes for a restful summer holidays.

Prince Masud Khan
Psychoanalyst, London.
Editor of the International Psycho-Analytical Library
Co-Editor of the International Journal of Psycho-Analysis

My Dear Günter,

Oct. 6, 81

It was very kind of you to write me such a personal letter. But I am sorry that I have to put you right – I do not claim to be a great person or a scholar. What is true, however, is that I am trying very hard to be a human being and this is not always easy and I would enjoy being a good friend to you, to your wife, and to your work. I am very happy to have met you as I believe we have much in common like our involvement with patients and our love for human beings. I also believe we have the same approach to the care and service of patients – that we do not just see them as the object of treatment but as co-operators. I hope you agree that the development of the patient's abilities is an important part of the treatment and that complicated theory alone without any practical method of treatment is not enough. Obviously, it might be difficult to call our methods of treatment 'dynamic' if we choose to treat

patients lying on a couch every day for 20 years. Therefore, we have to develop methods which can help the patient to change his life in the shortest possible time. This might provoke the jealousy of our colleagues but we would have to take things in our stride as do all pioneers.

I do not want to waste your precious time – I only want to confirm my telegram that I will be very happy to speak on the treatment of schizophrenic patients and the problem of identification involved in it and/or on the problem of identification and autocracy (or dictatorships) . . .

I would be very honoured to accept the Chairmanship of the British Region of our World Association for Dynamic Psychiatry and I look forward

to discussing with you the details of this appointment.

My wife and I will be arriving on the 10th December. Please let me know if this is o.k. and if there is a meeting on the 17th? . . . I very much look forward to meeting the man who has done so much for the development of modern psychiatry and psychotherapy.

With our love to you and your wife. Yours, as ever,

Joshua Bierer, M. D., F. R. C. psych. Founding-President der World Association for Social Psychiatry WASP Direktor des Instituts für Social Psychiatry Chairman des britischen Zweiges der WADP, London März/ POLEN (Bielinski, Siegert)

April: LITERATUR (Ginsberg, Pasolini, Pataki)
Mai/ JUGEND (10 Kojoten, Lanc, Siegert)

Juni: FRAUEN (Lingens, Nenning, 1000 Frauen)

Juli/ KRIEG (Duve, Illich, Schaq' a, Amitay)
Aug.: GERICHTSPSYCHIATRIE (Gross & Co.)

Sept./ KRIEG & FRIEDEN (E. Broda)

Okt.: POLEN (Demos, Selbstverwaltungsgesetz)

An FORVM A-1070 Wien Museumstraße 5 Tel. 93 33 53 / Diese Anzeige fand ich in:
lch bestelle das FORVM vom um öS 44 DM/sfr 6,50 □ ein Gratisprobeheft
□ 1 Jahresabo um öS 260 DM/sfr 40 (□ Studenten öS 220 DM/sfr 33 / Nachweis!)
NAME ADRESSE



engelbert broda: großes atomtheater

– ein führer durch das rüstungslabyrinth
fritz teufel: neuer roter wedding
freimut duve: it never rains in southern california
vincent georg: warschauer rührei
solidarnosc: wir wählen den direktor selber

heidi pataki: unrecht in kärnten gespürt

September/ Oktober 1981

An FORVM A-1070 Wien Museumstraße 5 Tel. 93 33 53 / Ich bestelle □ obiges Heft um öS 44 DM/sfr 6,50 □ ein Gratisprobeheft □ 1 Jahresabo um öS 260 DM/sfr 40 (□ Student öS 220 DM/sfr 33 / Nachweis!) / Diese Anzeige fand ich in: NAME





Psychiatrie

Battegay, Raymond

Grenzsituationen

1981, 191 S., kart. DM 27,-

Menschen, die um psychiatrische oder psychologische Hilfe nachsuchen, befinden sich oft an der Grenze ihrer Leidensfähigkeit oder gar ihres integrierten bzw. bewußten Daseins. Der Autor stellt in seinem Buch die verschiedenartigen Möglichkeiten dar, die die Betroffenen in eine solche Grenzsituation, in der das Leben an sich immer in Frage gestellt ist, bringen können, und er zeichnet Wege nach, die therapeutisch aus solchen Grenzsituationen hinausführen.

Battegay, Raymond (Hrsg.)

Herausforderung und Begegnung in der Psychiatrie

1981, 389 S., 10 Abb., kart. DM 68,-

Es kommen in diesem Buch die namhaftesten Vertreter der europäischen Psychiatrie, Psychotherapie und Psychologie zu Wort, wie sie die Psychose erleben, existentiell und phänomenologisch auffassen sowie rehabilitativ beeinflussen. Nicht zuletzt stellt sich der Psychotherapeut in seiner Eigenart und seiner Begegnungsweise zur Diskussion.

Baum, Helmut

Zum Dialektischen im "Erfolg" und "Mißerfolg" in der Psychotherapie

Reflexionen eines Psychotherapeuten. Mit einem Vorwort von R. Battegay. 1978, 79 S., kart. DM 11,-

Der Autor zeugt mit seinen Schilderungen der Schwierigkeiten, die ihm und damit wohl jedem Psychoanalytiker in den Psychotherapien begegnen, von Mut, aber auch von einer überlegenen Menschlichkeit. Da seine Ausführungen von reichem persönlichem Erleben geprägt sind, ist das Buch für den Fachmann wie den gebildeten und interessierten Laien instruktiv und faszinierend.

Baum, Helmut

Aus der Werkstatt eines psychoanalytischen Psychotherapeuten

Mit einem Geleitwort von Peter Dettmering. 1980, 113 S., kart. DM 12,-

Diese Arbeit ist ein Versuch, die Gegebenheiten der analytischen Therapie -z. B. die Grenzen, die dem Therapeuten gesetzt sind, und bestimmte, immer wiederkehrende Reaktionsweisen des Patienten, etwa die Reaktion auf Trennung - realistisch einzuschätzen, und zwar weniger von einer Soll-Vorstellung her als von einem Ist-Wert aus. Der Autor kommentiert den Stand der heutigen Analyse und damit die psychoanalytische Psychotherapie kritisch, jedoch nicht statisch oder apodiktisch begrenzt, sondern in einer optimistischen, wenn auch skeptischen Suche.

Barz, Helmut

Psychopathologie und ihre psychologischen Grundlagen

2., durchgesehene Aufl., 1981, etwa 197 S., kart. etwa DM 30,-

Verlag Hans Huber

Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP)

47. Gruppendynamische Klausurtagung

in Paestum/Süditalien

Tagungszentrum der Deutschen Akademie für Psychoanalyse und der

Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft Leitung: Dipl.-Psych. Andreas v. Wallenberg Pachaly Karin Buckley

Termin: 26. 12.

Auskunft und Anmeldung:

Düsseldorfer Lehr- und Forschungsinstitut der DAP Kurfürstenstr. 10 4000 Düsseldorf Telefon: (0211) 364900

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: Dr. med. Brigitte Marsen, Dörte Griepenstroh, Dr. med. Gerd Röhling, Ulrike Harlander, Ursula Jungeblodt, Dipl.-Psych. Ilse Burbiel, Andreas von Wallenberg Pachaly, Karl Josef Pazzini, Dipl.-Psych. Emil Wieczorek. Anzeigen: Dr. med. Hella Kleucker, Helmut Volger

Anschrift der Redaktion/Address of the editorial staff:

Wielandstr. 27/28, 1000 Berlin 15

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