

Dynamische *Dynamic* Psychiatrie *Psychiatry*

Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse
Herausgegeben von Günter Ammon

Günter Ammon

Ich-strukturelle Gruppenpsychotherapie

Vadim S. Rotenberg

Schizophrenie im Lichte des Konzepts der Suchaktivität psychophysiologischer Aspekte

José Luis Gonzáles, Celia Diaz de Mathmann, Rosa Döring

Co-Therapy in a Group of Lower Class Psychosomatic Patients

Dietrich Pieschl

Die Schizophrenie aus der Sicht praktizierter Sozialpsychiatrie

Rolf Schmidts

Psychodynamische Aspekte in der forensischen Psychiatrie

Paul Harmat

Versuche der Schizophrenie-Psychotherapie zur Zeit der frühen Budapester Schule der Psychoanalyse

Gerhard W. F. Sandner

Die Bedeutung der Mutter-Kind-Interaktion für die Entwicklung emotionaler und kognitiver Prozesse

15. Jahrgang

1./2. Heft 1982

PINEL-PUBLIKATIONEN BERLIN

72/73

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 Menterischwaige, der
Deutschen Gesellschaft für Dynamische Psychiatrie (DGDP) und der
Psychoanalytischen Kindergärten

15. Jahrgang, 1./2. Heft 1982, Nr. 72/73

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, Tope-
ka – 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. Roten-
berg, 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, Hel-
sinki – Y. Tokuda, Tokio – E. Weigert, Chevy Chase – W. Th. Winkler, Gütersloh – W. Z.
Winnik, Jerusalem – E. D. Wittkower, Montreal.

Günter Ammon (Berlin)

Ich-strukturelle Gruppenpsychotherapie	1
Ego-Structuring Group Psychotherapy	8

Vadim S. Rotenberg (Moskau)

Schizophrenie im Lichte des Konzepts der Suchaktivität psychophysiologischer Aspekte	10
Schizophrenia in the Light of the Search Activity Concept: Psychophysiological Aspects	18

José Luis Gonzáles, Celia Diaz de Mathmann, Rosa Döring (Mexiko)

Co-Therapy in a Group of Lower Class Psychosomatic Patients	21
Co-Therapie in einer Gruppe mit psychosomatisch kranken Patienten der Unterschicht	31

Dietrich Pieschl (Frankfurt)

Die Schizophrenie aus der Sicht praktizierter Sozialpsychiatrie	34
Schizophrenia from the View-point of the Practice of Social Psychiatry	40

Rolf Schmidts (München)

Psychodynamische Aspekte in der forensischen Psychiatrie	43
Forensic-Psychiatric Problems from the Dynamic-Psychiatric Point of View	52

Paul Harmat (Mauer)

Versuche der Schizophrenie-Psychotherapie zur Zeit der frühen Budapester Schule der Psychoanalyse	54
Attempts at Schizophrenia Therapy at the Time of the Early Budapest School of Psychoanalysis	65

Gerhard W. F. Sandner (München)

Die Bedeutung der Mutter-Kind-Interaktion für die Entwicklung emotionaler und kognitiver Prozesse	68
The Significance of Mother-Child-Interaction for the Development of Emotional and Cognitive Processes	79

Nachrichten / <i>News</i>	85
---------------------------	----



Dr. phil. Gustav Hans Graber
geb.: 17. 5. 1893 gest.: 11. 4. 1982

. . . Noch auf unserem letzten Kongreß im Dezember 1981 in München über „Unbewußtes und Identität“ war *Graber* mit seinem Beitrag über das Unbewußte („Wenig bekannte und neuere Auffassungen zur Psychologie des Unbewußten“) vertreten. Eine der größten Freuden in seinen letzten Lebensjahren war für ihn, daß unser Verlag Pinel-Publikationen die vierbändige Ausgabe seiner Werke übernehmen konnte . . .

Ich-strukturelle Gruppenpsychotherapie*

Günter Ammon

Günter Ammon untersucht in dieser Arbeit, wie Gruppenpsychotherapie im Verständnis der Dynamischen Psychiatrie ich-strukturelles Wachstum ermöglicht.

Die Untersuchung der lebensgeschichtlichen, gruppenspezifischen bedingten Entwicklung und die Anwendung von Ich-Struktur-Tests stellen sowohl die gesunden, konstruktiven Anteile der Persönlichkeit als auch ihre defizitären und destruktiven Anteile fest. Durch eine fortlaufende teilnehmende Beobachtung des therapeutischen Prozesses, durch Video-Aufnahmen und soziometrische Messungen wird die Veränderung der Ich-Struktur eines Menschen erfaßt.

Die Arbeit vor allem an den zentralen Ich-Funktionen wie Ich-Identität und Integration, Aggression, Kreativität, Ich-Abgrenzung und Sexualität, Beziehung zum Körper und zum sozialen gruppenspezifischen Umfeld, ermöglichen eine zunehmende Ich- und Identitätsentwicklung. Eine von Empathie getragene Konfrontation hilft dem Patienten, seine Symptome als ich-fremd zu erkennen und stellt durch die Bearbeitung der destruktiven Aggression den Wendepunkt für eine konstruktive Entwicklung dar.

Für einen gelingenden therapeutischen Prozeß ist notwendig

- a) eine richtige Strukturierung der Gruppe – so heterogen wie möglich, damit im Spiegel anderer Patienten eigene unbewußte Anteile sichtbar werden können;
- b) der Therapeut als zentrale Person, der der Gruppe dazu verhilft, sich als Gruppe zu erleben und dadurch Schutz, Geborgenheit und Verständnis ermöglicht;
- c) ein ich-strukturelles, psychogenetisches und gruppenspezifisches Verständnis vom Menschen, das den theoretischen Hintergrund für ein therapeutisches Handeln schafft.

Grundvoraussetzung der Ich-Strukturologie ist, daß der Mensch ein Gruppenwesen ist, d. h. daß er in Gruppen geboren ist, seine Ich-Struktur sich in Gruppen entwickelt hat, er dort seine Sozialenergie erhalten hat oder sie ihm verwehrt worden ist. In Gruppen kann der Mensch seine höchstmögliche individuelle Identität erlangen, Gruppen können ihm in ihrer Dynamik Kreativität ermöglichen oder aber auch ihn krank machen. Nach der Lehre der Ich-Strukturologie ist auf einem gleitenden Spektrum alle Krankheit Resultat verweigerter oder destruktiver Sozialenergie.

Gruppendynamische Einflüsse haben auch direkte somatische Einwirkungen sowohl auf die Entwicklung des Gehirns, seine Hemisphären, seine Physiologie wie aber auch auf die Entwicklung des Unbewußten mit seinen Strukturen, die sich synergistisch in das Bewußtsein hinein durch die Ich-Funktionen auswirken. Die postembryonale Reifung und Empfindlichkeit des Gehirns und die Möglichkeiten der umweltbedingten Abhängigkeit der Nutzung seiner Synapsenbildungen ist bekannt. Auch auf dieser Ebene läßt sich die Gruppe als das Feld der Entstehung von Krankheit und Gesundheit annehmen.

Man kann sagen, daß der Mensch in der Gruppe krank wird und des-

* Vortrag, gehalten auf dem Forum Internacional de Medicina Psicossomática São Paulo, 6. – 11. April 1981

wegen auch durch die Gruppe gesunden kann. Daraus ergeben sich für die ich-strukturelle Gruppenpsychotherapie folgende Konsequenzen:

1. Eine gruppenpsychotherapeutische Gruppe ist nur soweit therapeutisch effektiv, wie sie durch sorgfältige Untersuchung und Auswahl ihrer Mitglieder zusammengesetzt ist, d. h. daß bei der Untersuchung der Gruppenmitglieder sowohl die gesunden, konstruktiven ich-strukturellen Anteile der Persönlichkeit, wie auch ihre defizitären und destruktiven Ich-Anteile festgestellt werden müssen, wobei die Anwendung unseres Ich-Struktur-Testes, den ich an anderer Stelle (vgl. bes. *Ammon*, 1979) dargestellt habe, von großer Hilfe ist. Dabei spielt auch die Untersuchung der lebensgeschichtlichen, gruppenspezifisch bedingten Entwicklung des Kranken eine wichtige Rolle mit den Schwerpunkten: früheste Kindheit, wichtige Beziehungspersonen, Gruppen, Interessen, Lern- und Arbeitsbedingungen, Entwicklungen und sozioökonomische Möglichkeiten. Hierbei ist die Herstellung von Kontakt, der Versuch von empathischem Verständnis für den Kranken, die Frage, was ihn zu uns führt, was er sich unter der Behandlung vorstellt, worunter er am meisten leidet und was er von uns erwartet, von größter Wichtigkeit und kann zu einer tragenden Brücke werden für die gesamte Therapie. Besonderes Interesse haben bei uns die Entwicklungen zentraler Ich-Funktionen des Menschen wie Ich-Identität und Integration, Aggression, Kreativität, Ich-Abgrenzung und Sexualität, Beziehung zum Körper und zum sozialen gruppenspezifischen Umfeld; dabei messen wir allen Funktionen der Persönlichkeit konstruktive, destruktive und defizitäre Potentiale zu, die wiederum den übergeordneten Regulationsprozessen zugeordnet sind.

2. Bei dem durch den Gruppenpsychotherapeuten durchzuführenden Aufbau der Gruppe muß, ganz allgemein gesagt, beachtet werden, ob die Mitglieder einer Gruppe vorstellbar sind in einer therapeutischen Zusammenarbeit; ob die Möglichkeit besteht, daß sie einander interessant finden, Verständnis füreinander aufbringen, sich untereinander Hilfs-Ich-Funktionen zur Verfügung stellen, sich untereinander widerspiegeln und selbst destruktive Aggression zulassen können. Daraus ergibt sich auch, daß wir Menschen mit ich-strukturell verschiedenen Krankheitsbildern unter den archaischen Ich-Erkrankungen in einer Gruppe aufnehmen, wie z. B. echte psychosomatisch Erkrankte zusammen mit mehr funktional und Konversionskranken, narzißtisch oder Depressionsleidende, Borderline-Kranke und schizophren Reagierende. Das heißt, daß die Gruppe von den ich-strukturellen Krankheitsbildern ausgehend so heterogen wie möglich sein sollte, ebenso wie sie die Angehörigen verschiedenster sozioökonomischer Schichten, verschiedenster Hautfarbe, Religion und politischer Überzeugung zusammenbringen sollte, um dadurch eine größtmögliche Differenzierung und kreative Vielfalt und auch die einer Gruppe eigene besondere

Gruppenkultur und Dynamik zu ermöglichen. Man könnte auch sagen, daß das Schicksal eines gruppenpsychotherapeutischen Prozesses abhängt von der Strukturierung der Gruppe durch seinen Baumeister, den Therapeuten.

3. Wir arbeiten in der Regel mit Co-Therapeuten und der institutionalisierten Möglichkeit des Besuches durch Beobachter und andere Besucher, die von den Gruppen – sie umfassen ungefähr acht bis zwölf Teilnehmer in sogenannten halboffenen Gruppen – akzeptiert sind.

Durch die Öffentlichkeit von Besuchern und Beobachtern entstehen auf der gruppodynamischen Ebene zusätzliche Möglichkeiten zu Auseinandersetzungen und sozialenergetischem Austausch.

4. Die Gruppentherapien laufen etwa über drei bis vier Jahre, wobei die Patienten nach genügendem therapeutischem Erfolg, der vom Therapeuten, von den Patienten selbst und der Gruppe beurteilt wird, aus der Behandlung entlassen werden. Auch neue Mitglieder können mit Zustimmung aller Aufnahme finden.

5. Die Gruppentherapie findet statt in den Instituten der Akademie, unseren Dynamisch-Psychiatrischen Kliniken und kann aus therapeutischen und diagnostischen Gründen mit Einzeltherapie kombiniert sein, wie auch mit ambulanter oder stationärer Milieuthérapie, begleitender medizinischer Behandlung durch andere Ärzte oder in besonderen Fällen kann der Beginn und der Abschluß durch Einzeltherapie erfolgen.

6. Für jede Gruppe gilt der sog. Gruppenvertrag. In den Gruppenvertrag mit eingebaut ist das kontinuierliche routinemäßige Arbeiten mit Video, Two-Way-Vision-Room, dynamisch-soziometrischen Prozeßmessungen sowie die Erstellung von Sitzungsprotokollen. Die Gruppenmitglieder verpflichten sich zu strenger Schweigepflicht, regelmäßiger Teilnahme, Koordinierung von Ferien und zu einem festen Gruppenhonorar, wobei auch Gruppen durch die Krankenkassen getragen werden und in der Klinik die Gruppenpsychotherapie zur Klinikbehandlung gehört. In ambulanten Gruppen sollen Kontakte unter den Gruppenmitgliedern außerhalb der Gruppensitzungen weitgehend vermieden werden; es besteht sexuelles Tabu.

7. Die Initialphase der Gruppenpsychotherapie ist in der Regel gekennzeichnet durch die Vertrauensfrage untereinander, gegenüber dem Therapeuten, der Methodik, der Institution und auch sich selbst gegenüber. In dieser Phase kommt dem Therapeuten besondere Bedeutung zu, er wird die zentrale Person sein, die dafür sorgt, die Gruppe zu einer Gruppe zu machen, d. h. die Gruppengrenzen dynamisch zu schließen, der Gruppe das Gefühl von Schutz, Geborgenheit und Verständnis zu geben und sich dabei selbst vorerst zur Identifikation anzubieten. Psychischen und psychosomatischen Symptomen wird er keine besondere Aufmerksamkeit widmen und dadurch, daß er abgegrenzt in seiner eigenen Identität ruht, den Menschen hinter unsympathisch und provo-

zierendem dramatisierenden Verhalten Verständnis zeigen für die dahinterliegenden Ängste, die Verzweiflung, die Wut und die Frage nach dem „Wer bin ich?“ und „Was will ich hier?“. Dadurch gibt der Therapeut dem Patienten auch die ersten Möglichkeiten zur eigenen Abgrenzung. Dies führt zu einem langen Prozeß, der die gesamte Gruppenpsychotherapie begleiten wird. Der Therapeut wird jeden Patienten mit der Übertragung annehmen, die er anbietet, dabei aber die Abgrenzung bei symbiotisch verschmelzender Übertragung von Anfang an im Auge behalten. Er wird zuhören können, bei seinen Interpretationen immer wieder das Hier und Jetzt der Gruppe ansprechen und durch metaphorische Deutungen besonders am Anfang alles auf sich und die gesamte Gruppe, wie aber auch auf die Gefühle des einzelnen, die ernstgenommen werden müssen, beziehen.

8. Ein Therapeut wird die Widerspiegelung der Lebensgeschichte der einzelnen Gruppenmitglieder und die Widerspiegelung der Gruppen aus denen sie gekommen sind, berücksichtigen und wird in diesem Zusammenhang auch die Gefühlsübertragungen der Gruppenmitglieder untereinander interpretieren. Wird ein Gruppenmitglied scharf von anderen Mitgliedern in der Gruppe angegriffen und in eine Außenseiterrolle gedrängt, so wird er sich schützend vor diesen Menschen stellen durch Vermittlung von Empathie und Verständnis für die Ängste des vorübergehenden Außenseiters.

9. Der Therapeut wird auch, wenn es sich anbietet, die Dynamik in der Gesamtgruppe gruppenspezifisch interpretieren und sich dabei mit einbeziehen wie auch den Co-Therapeuten. Auch eine Auseinandersetzung von Therapeut und Co-Therapeut ist durchaus möglich und erwünscht und fördert die partnerschaftliche Struktur der Gesamtgruppe und das Vertrauen in den Therapeuten. Der Co-Therapeut ist in der Regel ein jüngerer Therapeut, der sich noch in einer Lernsituation befindet und der auch im späteren Prozeß der Gruppe den Senior-Therapeuten vertreten kann.

10. Die Vorführung von Videoaufnahmen von Zeit zu Zeit hat einen nicht zu unterschätzenden therapeutischen Effekt, da die Patienten dadurch in der Regel ihre Eigenwahrnehmung korrigieren können, ihre Übertragung erkennen können, d. h. sich selbst, die anderen Mitglieder der Gruppe und die Therapeuten oft mit Erstaunen ganz anders sehen als sie sie in der jeweiligen Sitzung gesehen haben; z. B. mit Erschrecken feststellen, wie zerknittert und böse guckend sie zusammengehockt dasaßen oder wie der Therapeut, den sie als aggressiv und brutal erlebt hatten, ihnen auf dem Videostreifen interessiert und gütig aussehend zuhörte, denn bei dem interessierten Anschauen einer Art Fernsehfilm, in dem sie selber mitwirken, ist die Übertragung so gut wie „abgeschaltet“.

Ähnlich therapeutisch effektiv ist auch die Auswertung von Zeit zu

Zeit durchgeführter soziometrischer Messungen mit der graphischen Darstellung des Beziehungsgeflechtes der Gruppenmitglieder untereinander und zu dem Therapeuten hin mit positiven und negativen Pfeilen, der Variablen Angst, Aggression, Sexualität, Freundschaft und Zusammenarbeit.

11. Aus dem oben Gesagten ergibt sich das immer stärker werdende therapeutische und gruppodynamische Geflecht der Gruppe, wobei die einzelnen Gruppenmitglieder ihre eigenen Schwierigkeiten bei anderen spiegelbildlich wiedererleben, auch wenn diese Schwierigkeiten ihnen ursprünglich nicht bewußt waren oder sie sie nicht verbalisieren konnten. Sie können bei verschiedenen Gruppenmitgliedern verschiedene Aspekte ihrer Persönlichkeit wiedererkennen, sowohl destruktive, defizitäre, wie auch konstruktive Seiten ihrer Ich-Struktur. Sie werden auch in der Regel die ich-fremden Aspekte bei anderen Gruppenmitgliedern erkennen und ihnen dann Hilfs-Ich-Funktionen gewähren können und somit co-therapeutische Hilfe anbieten; manchmal auch dort, wo der Therapeut diese Aspekte übersehen hat. Es ist bekannt, daß Patienten untereinander besonders hellstichtig für die Schwierigkeiten der anderen Patienten sind, wie aber auch für gewisse Schwächen der Therapeuten. Die Patienten werden diese Fähigkeit umso mehr haben, je stärker ihre paranoischen Züge ausgeprägt sind.

12. Besonders in der Mittelphase werden destruktive Auseinandersetzung, Neid, Eifersucht, Rivalität, Wut und Ablehnung im Mittelpunkt des Gruppenprozesses zur Entfaltung kommen, so daß die Gruppe vorübergehend gespalten sein wird in eine, den Widerstand gegen die Therapie tragende destruktiv-aggressive Krankheitspartei und eine sich um den Therapeuten scharende konstruktiv-aggressive Gesundheitspartei, die das Überleben der Gruppe und die therapeutische Aufgabe vertritt, wobei die Zugehörigkeit der Gruppenmitglieder zu diesen beiden gruppodynamischen Untergruppen jeweils wechselt. Durch ruhige und kontinuierliche Auseinandersetzung, in die die Lebens- und Krankheitsgeschichte mit einbezogen wird, wie auch das gruppodynamische Hier und Jetzt der Gruppe, die Beziehung zum Therapeuten und das Netz von Übertragungen und Gegenübertragungen, wird es dann durch die Interpretation von Angst und Wut, manchmal auch Mordgefühlen zu einem allmählichen langsamen Umschlagen der destruktiv-aggressiven Prozesse in konstruktive kommen.

13. Die Interpretation von Träumen ist dabei von besonderer Wichtigkeit. Ich habe an anderer Stelle (*Ammon*, 1972) beschrieben, daß die therapeutische Gruppe die Gruppengrenzen schließt, wenn die Teilnehmer anfangen zu träumen. Die Träume erhalten nicht nur ihre individuelle Analyse durch die gesamte Gruppe, sie sind auch Träume, die für die Gruppe und durch die Gruppe entstanden sind, Beiträge und Geschenke für die Gruppe und die Therapeuten, von Bedeutung für je-

den in der Gruppe, der auch an der sozialenergetischen Auseinandersetzung teilhat wie für die gesamte Gruppe in ihrem Hier und Jetzt. Die Träume spiegeln aber nicht nur die gegenwärtige therapeutische Gruppe wider, sondern auch frühere wichtige Gruppen für den Patienten, die wiederum in die Gruppe hineingespiegelt werden. Bei archaisch ich-kranken Patienten, wie besonders psychosomatisch, borderline- und depressiv Reagierenden, ist die Deutung der Identitätsangst und des Symbiosekomplexes zentral. Ich möchte hier auf die von mir beschriebenen Traumanalysen (Ammon, 1972; 1973; 1974) hinweisen. Das wesentliche dieser Traumanalysen ist die Interpretation der entstehenden Todesangst, wenn die symbiotisch krankmachenden Bedürfnisse aufgegeben werden auf dem Weg zur eigenen Identität.

14. Natürlich werden die Patienten immer wieder, besonders am Beginn der Therapie, ihre aktuellen und akuten Schwierigkeiten der Gruppe mitteilen und dabei, bei ruhigem Verständnis und Vermeidung unter der Herrschaft des Widerstandes – manchmal auch des Therapeuten – aus der Gruppe eine Beratungs- und Gesprächstherapiegruppe machen. Sie werden dann im Zuge des Prozesses mehr und mehr, echter und tiefer den Mut finden, sich in sich selbst und den Gruppenprozeß hineinfallen zu lassen. Bei den psychosomatischen Patienten haben wir im Laufe von 25-jähriger gruppenpsychotherapeutischer Erfahrung immer wieder festgestellt, daß die Patienten sehr schnell in der Gruppenpsychotherapie aufhörten, über ihre Symptome und Krankheiten zu sprechen, sehr schnell und intensiv über ihre in der Regel symbiotische Partnerbeziehung sprachen und versuchten, derartige Symbiosen und Verschmelzungen in der Gruppe wiederherzustellen, was immer mit aggressiven Prozessen einhergeht, denn in der Symbiose ist die Destruktion inhärent und führt zu immer wiederkehrenden Zerstörungen und erneuter Wiederherstellung der symbiotischen Beziehungen. Die Bewältigung des Symbiosekomplexes ist schließlich verbunden mit dem Nein-sagen-können und der Abgrenzung vom Therapeuten und der Therapie, die einen konstruktiven Widerstand darstellt, wie ich dies in meiner Arbeit „Die Rolle des Widerstandes in der Psychoanalyse“ (Ammon, 1982) erst kürzlich beschrieben habe. Das Wegfallen von, auch psychosomatischen, Symptomen geschieht im Laufe eines Gruppenprozesses fast unmerklich und zwar je mehr der Patient nachholende Ich-Entwicklung in der Gruppe erfährt. In manchen Fällen konnten wir auch z. B. direkt auftretende Symptome wie einen schweren Anfall von Asthma bronchiale durch Direktinterpretation aufheben. Es haben sich immer wieder Trennungs-, Todes- und Verlassenheitsangst als die hinter den Symptomen liegenden Gefühle gezeigt.

15. Bei der ich-strukturellen gruppenpsychotherapeutischen Arbeit wird der Therapeut oft mit Hilfe anderer Gruppenmitglieder konfrontatorisch den Patienten helfen, ihre ihnen als ich-gerecht erscheinenden

Verhaltensweisen, Wahrnehmungen und Vorstellungen als destruktiv und krank zu interpretieren, was besonders wichtig ist bei der Auseinandersetzung mit Borderline- und depressiven Patienten. Eine Konfrontation muß jedoch immer auf der Basis eines tragenden Verstehens des Patienten mit Empathie und Kontakt erfolgen, damit der Patient die Konfrontation als hilfreich annehmen kann. Das Ziel ist, das Symptom ich-fremd – ego-alien – vom Patienten erkennen zu lassen. Wenn dies gelingt, tritt ein Wendepunkt im therapeutischen Prozeß ein, der effektive Besserung mit sich bringt, ähnlich wie wenn Patienten Übertragungsprozesse erkennen. Das konstruktive Ich löst sich dann sozusagen Schritt um Schritt von seinen kranken Anteilen. Dieser Prozeß wird umso schwieriger vor sich gehen, je stärker der Patient destruktiv narzisstisch und paranoisch abwehrt, d. h. je stärker die anfänglichen archaischen Abwehrinformationen von Projektion, Introjektion und Idolisierung sind. Hier liegt besonders bei Borderline-Persönlichkeiten eine Schwierigkeit, die manchmal zum Abbruch der Therapie führen kann, wenn es nicht der gesamten Gruppe gelingt, diese Gefühle aufzufangen und zu bearbeiten. Hier wird der Vorteil der Gruppenpsychotherapie bei diesen Krankheitsbildern durch ihre ich-strukturelle Vielfalt sehr deutlich. Auch der echt psychosomatisch Kranke kann große Hilfe durch die Gruppentherapie erhalten, wenn er bei Konversionskranken in der Gruppe erfährt, wie diese dramatisch ihre Gefühle und Affekte äußern können, was ihm, wie ich an anderer Stelle (Ammon, 1974) beschrieben habe, verwehrt ist.

16. Eine weitere Schwierigkeit in der Gruppenpsychotherapie liegt in den kontinuierlich schweigenden Mitgliedern der Gruppe, wobei diese ganz besonders von dem Therapeuten im Auge behalten werden sollten, um den Sinn ihres Schweigens zu verstehen und besonders ihren Gesichtsausdruck und ihre Körperlichkeit wie Fettsucht, Abmagerung, Haltung, Kleidung zu verstehen und immer wieder den Kontakt zu diesen schweigenden Patienten herzustellen. Das Schweigen kann ausdrücken: ganz tiefe frühe psychische Verletzungen aus einer Zeit, in der dem Patienten noch keine Sprache zur Verfügung stand; Angst, Wut, Widerstand, Denk- und Gefühlsblockierungen oder aber ein symbiotisches Verschmelzungserlebnis mit der Gruppe und dem Therapeuten, das den Patienten ergriffen hat.

17. Außer den schweigenden Patienten können auch die sogenannten „Terroristen“ in der Gruppe durch ihre Destruktionen im späteren Verlauf des Gruppenprozesses eine besondere Schwierigkeit darstellen. Hierbei kommt es darauf an, daß der Therapeut die Aggression auf sich zieht und daß er die hinter der destruktiven Aggression liegende Verzweiflung des Patienten empathisch deutet und bezogen auf seine Lebensgeschichte und die Widerspiegelung in der Gruppe interpretiert, einer Einsicht zuführt und mit Hilfe der Gruppe durcharbeitet.

18. Immer wieder wird der gruppenpsychotherapeutische Prozeß Grenzsituationen anbieten, in denen Patient, Therapeut und Gruppe sich die Frage stellen, ob die Therapie helfen kann und durch die Therapie frühere Grenzsituationen des Lebens wiederhergestellt werden. In diesen Grenzsituationen bilden sich immer wieder neue Ansätze verstärkter Identität, die sich durch Ich-Abgrenzung wie auch durch Abgrenzung an der Gruppengrenze bildet und die oft zu bedeutsamen Begegnungen, Auseinandersetzungen und Kämpfen, Gefühlsausbrüchen und Todesängsten in der Gruppe zwischen den verschiedensten Gruppenmitgliedern und einzelnen Patienten mit dem Therapeuten führen. Manchmal treten jedoch Grenzsituationen und bedeutsame Erlebnisse in den Gruppenprozeß von außen herein, wie Arbeitslosigkeit, Tod von Angehörigen, Krebserkrankung oder Tod des Therapeuten. Diese Grenzsituationen müssen mit der gleichen Ernsthaftigkeit und Echtheit in die therapeutische Arbeit miteinbezogen werden, die ja letztlich auch immer um die Frage von Sein oder Nichtsein, das psychische Überleben und Existierenkönnen des Menschen geht.

19. In der Endphase aller Therapie geht es um die Bearbeitung der Trennung, die erst dann möglich ist, wenn es gelungen ist, die Hauptkerne aller psychischen Leiden, nämlich die destruktiven Anteile, im therapeutischen Prozeß zur Auseinandersetzung kommen zu lassen und durch nachholende Ich-Entwicklung in der Gruppe zum konstruktiven Aufbaustein der Identität werden zu lassen. Denn die Identitätstherapie unter Wiederherstellung des Menschenrechtes auf eigene Identität ist die Aufgabe unserer ich-strukturellen Gruppenpsychotherapie.

Wissenschaft ist nicht nur ein Lebensstil, sondern auch untrennbar mit Humanismus und sozialer Gerechtigkeit verbunden. Alles psychische Leiden ist letztendlich Entfremdung von Menschlichkeit und Identität und alle Psychotherapie ist ein Prozeß von wachsender Menschlichkeit und Identität – eine Aufgabe, der sich auch unsere identitätsverbietende Borderline-Gesellschaft mehr und mehr stellen sollte, indem sie auf allen Lebensgebieten für mehr Menschlichkeit eintritt.

Ego-Structuring Group Psychotherapy

Günter Ammon

The Ego-Structurology is derived from the human being as a member of a group. Ego-structure is formed if the social energy of the group is given to the individual.

For an effectively working therapeutic group an adequate selection of the group members that is as heterogeneous as possible is of great importance. By the Ego-Structure-Tests and the investigation of the patients'

development determined by their biographies and by group dynamics the healthy, constructive as well as deficient and destructive parts of personality are found out.

The therapy groups are half-open groups with about 8 to 12 group members that run for about 3 to 4 years and can be combined with individual or milieu-therapy.

The group process consists of three phases:

I. Initial phase: The therapist, as central person in the group, instils trust by helping the group members to express their feelings. He accepts the transference feelings directed to him by the group and protects the outsiders.

Therapeutic possibilities are enriched by the application of the video, sociometric techniques and the help of a co-therapist.

The patients fulfil co-therapeutic functions, too, mirroring unconscious parts of each other.

II. Intermediate phase: The development of destructive discussions, envy, jealousy, rivalry, anger splits the group into two permanently changing parties: one towards staying ill and one towards health. By continuous interpretation of the group dynamic relationship and transference network considered in the context of the patients' life histories the destructive, aggressive processes are changed into constructive ones. The interpretation of identity-fear and symbiotic complexes shown in dreams, reflecting actual and past group situations, are of great significance.

A confrontation carried out with empathy helps the patient to experience the symptoms as ego-alien and that is the turning-point of a therapeutic process.

The more ego development takes place the more the psychosomatic symptoms disappear. By the experience of one's limits and boundaries the question of psychic existence arises again and again.

III. Final phase:

After having worked through the destructive aggression and having achieved crucial steps of ego development the final phase is reached. The aim of all therapy in this phase is working through the separation, that means being free from symbiotic relationship without feeling guilty and thereby gaining freedom for a life of one's own.

Literatur beim Autor

Anschrift des Autors:

Dr. med. Günter Ammon
Prinz-Friedrich-Leopold-Str. 21
1000 Berlin 38

Schizophrenie im Lichte des Konzepts der Suchaktivität psychophysiologischer Aspekte**

Vadim S. Rotenberg, Moskau*

Biochemische, physiologische oder genetische Veränderungen bei der Schizophrenie stellen nach der Ansicht des Autors Korrelate von Verhaltensmustern dar und sind nicht als Indikatoren spezifischer psychischer Manifestationen zu verstehen. Der Autor untersucht bei schizophren Erkrankten mit unterschiedlichen klinischen Bildern die Suchaktivität als eine grundlegende biologische Veränderung, um Gemeinsamkeiten der Pathogenese herauszuarbeiten. Die Hypothese, daß vielen Symptomen der Schizophrenie eine intensive, aber fehlgeleitete Suchaktivität zu Grunde liegt, wird durch eigene Untersuchungen und Ergebnisse der Literatur gestützt:

1. Der relative Anstieg von Katecholaminen an spezifischen Rezeptoren ist das biologische Korrelat intensiver Suchaktivität;
2. Zunahme von psychotischer Symptomatik wird von einer Reduktion des REM-Schlafes begleitet;
3. Bei schizophrenen Erkrankungen treten psychosomatische Krankheiten, für die eine verminderte Suchaktivität charakteristisch ist, selten auf.

Das Konzept der fehlgeleiteten Suchaktivität als einer biologischen Veränderung ist ein umfassenderes Konzept als das der Psychose. Darüberhinaus spielen Störungen in der Differenzierung des Ich-Bildes, der psychologischen Abwehrmechanismen und der übergreifenden Reaktion der rechten Hemisphäre eine Rolle, die ihre Wurzeln in der frühen Ontogenese haben.

Die pharmakologische Unterdrückung fehlgeleiteter Suchaktivität kann nicht zur Heilung führen, sondern nur die Reorientierung des Suchverhaltens und die Bildung neuer sozialer Beziehungen.

Die Erforschung psychotischer Störungen, unter ihnen die Schizophrenie, hat sich in der Untersuchungsmethodik in eine biologische und eine psychodynamische Richtung aufgezwiegt. Diese Forschungsrichtungen haben sich getrennt voneinander entwickelt, ohne gegenseitig ihre Forschungsergebnisse zu berücksichtigen, oder sie stehen sich sogar antagonistisch gegenüber. Die Ausklammerung der Ergebnisse einer Forschungsrichtung durch die jeweils andere engt den Rahmen für die Betrachtung des Problems ein. Der vorliegende Artikel versucht eine Möglichkeit aufzuzeigen, die beiden oben erwähnten Trends zu integrieren, d. h. den Ort biologischer Forschung innerhalb der psychodynamischen Erforschung der Schizophrenie zu bestimmen.

Der Autor nimmt an, daß die vielen Schwierigkeiten und Widersprüche, welche im Laufe des Prozesses der Aufdeckung biologischer Mechanismen psychischer Störungen auftraten, von einem bestimmten methodologischen Irrtum herrühren. Denn nicht selten versuchen For-

* Professor, Dr. med., 1. Moskauer Medizinisches Institut, Moskau

** Vorgetragen auf dem XII. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), 8.-13. Dezember 1980, München

scher die biologischen (biochemischen, physiologischen oder genetischen) Grundlagen oder Voraussetzungen für die Entwicklung spezifischer klinischer Syndrome und sogar einiger individueller Symptome zu entdecken und die biologisch bedingten Grenzen aufzudecken, welche die Phänomene unterscheiden. Psychische Manifestationen sind jedoch so komplex und vielfältig, daß es kaum möglich ist, daß jede mit genau abgegrenzten, spezifischen biologischen Veränderungen korrespondieren könnte, ganz besonders im Falle solcher integraler Indikatoren wie der Ausscheidung von Katecholaminen oder ihrem Gehalt in Zellgeweben, der Charakteristik des EEG's oder der Struktur des Schlafes.

Es gibt eher Gründe anzunehmen, daß diese Indikatoren Korrelate von globaleren, verhaltensmäßigen oder emotionalen Mustern darstellen, welche psychopathologische Syndrome zusammenfassen, die vom Standpunkt verfeinerter klinischer Analyse unterscheidbar sind – ein Umstand, der jeglichen Versuch ihrer biologischen Differenzierung offensichtlich erfolglos macht. Unterdessen kann die Entdeckung der Gemeinsamkeit biologischer Veränderungen bei in hohem Maße unterschiedlichen klinischen Bildern auf eine Ähnlichkeit ihrer pathogenen Mechanismen hinweisen und ihre Natur erhellen. Deshalb gehören die Erforschung integraler Muster von Verhalten und psychischem Zustand, welche mit biologischen Veränderungen im Organismus korrespondieren, und ihr kontinuierlicher Vergleich mit psychopathologischen Syndromen zu den dringlichsten Problemen.

Seine eigene Forschung und die Analyse vieler Daten, welche in Publikationen (über Physiologie, Pharmakologie, Experimentelle Psychologie und Psychiatrie) erwähnt werden, haben den Autor zu dem Schluß gebracht, daß eine dieser integralen Verhaltensmuster die Suchaktivität ist. Dieser Begriff (*Arshavsky, Rotenberg, 1976* und *Rotenberg, Arshavsky, 1979*) bezeichnet die Aktivität, welche auf die Veränderung der Situation ausgerichtet ist (oder auf ihre Bewahrung trotz beunruhigender Effekte) oder auf die Veränderung der Einstellung des Subjekts zu der Situation, ohne daß die Ergebnisse einer solchen Aktivität vorherzusagen sind. Per definitionem äußert sich diese Aktivität bei Tieren in aktiver Vermeidung unangenehmer Auswirkungen, in Aggression und Selbststimulierung, d. h. in Verhaltensformen, welche in bezug auf andere Parameter (einschließlich der emotionalen Begleitreaktionen) merklich verschieden sind. Beim Menschen zeigt sich die Suchaktivität vornehmlich auf einer psychischen Ebene, häufig ohne motorisches Verhalten (Planen, Vorstellung bestimmter Situationen, Vorwegnahme). Das Ausmaß der geäußerten Suchaktivität hängt von der Intensität der Motivation ab.

Der entgegengesetzte Zustand besteht in dem Verzicht auf Suche nach einer Situation, die das Subjekt nicht befriedigt, zu deren Meiste-

rung aber Suchaktivität vonnöten wäre. Der Zustand des Verzichts auf Suche nimmt bei Tieren die Form passiver Vermeidung (Erstarrung) an, welche begleitet werden kann von vegetativen Komponenten der Furcht, ängstlicher Spannung oder einem Totstellreflex.

Beim Menschen kann sich dieser Zustand in Form neurotischer Angst oder Depressionen äußern. Nach den Beobachtungen des Autors und den Veröffentlichungen anderer (*Simonowsk*, 1975; *Vinogradova*, 1975; *Miller*, 1976) zu urteilen, sind bei Tieren die hippocampalen Theta-Rhythmen und der hohe Katecholamingehalt der Gehirnstrukturen die Korrelate der Suchaktivität. Es wurde bereits gezeigt (*Rotenberg*, *Arshavsky*, 1979), daß Suchaktivität, experimentell durch elektrische Stimulation einiger Gehirnstrukturen hervorgerufen, die Widerstandsfähigkeit des Körpers gegenüber pathogenen Reizen steigert, wohingegen Verzicht auf Suche einen unspezifischen Faktor darstellt, der verschiedene Formen experimenteller Pathologie fördert (Epilepsie, Anaphylaktische Ödeme, Herzrhythmus-Störungen, Alkoholsucht, etc.).

Forschungsergebnisse anderer Autoren (*Weiss*, 1977; *Simonovsk* und *Vainstein*, 1979; *Seligmann*, 1980; etc.) deuten an, daß ein Verhalten, welches als Verzicht auf Suche (z. B. erlernte Hilflosigkeit) aufgefaßt werden kann, die Entwicklung gastrointestinaler Ulcera, myokardialen Infarkts und intensivierten Tumorstadiums hervorruft. Schließlich geht nach klinischen Beobachtungen (*Engel*, *Schmale*, 1967) der Entwicklung psychosomatischer Störungen der Komplex der Aufgabe und des Aufgebens (Give-up – giving-up-complex) voraus, der als ein Analogon zum Verzicht auf Suche gesehen werden kann.

Der Autor hat zusammen mit *Arshavsky* nachgewiesen, daß Verzicht auf Suche den Bedarf an REM-Schlaf erhöht und die Hypothese bestätigt, daß während des REM-Schlafes und der Träume Suchaktivität fortschreitet, die darauf gerichtet ist, den Zustand des Verzichts auf Suche zu kompensieren, der sich in der Wachperiode entwickelte. Suchaktivität im Wachzustand reduziert den Bedarf an REM-Schlaf. Im Lichte der oben genannten Konzepte können viele Symptome der Schizophrenie, wie paranoides Verhalten und Halluzinationen, als Manifestationen einer intensiven, aber irregulären Suche betrachtet werden:

1. Die oben genannte Hypothese steht nicht im Widerspruch zu den Konzepten, die eine Hyperaktivität adrenerger Systeme in der Genese psychotischer Symptomatologie annehmen.

Viele Symptome der Schizophrenie, besonders paranoides Verhalten und Halluzinationen können als Äußerungen intensiver aber fehlgeleiteter Suchaktivität verstanden werden. Ich möchte annehmen, daß die Catecholamine (Dopamin, Noradrenalin) und ihre relative Erhöhung an spezifischen Rezeptoren des Zentralnervensystems nicht die Ursache, sondern vielmehr das biologische Korrelat intensiver Suchaktivität darstellen.

Diese Hypothese wird gestützt durch Untersuchungen über die Pathogenese extrapyramidaler Störungen durch Neuroleptika (*Arshavsky und Rotenberg, 1978*). Neuroleptika vom Phenothiazintyp hemmen die adrenergen Mechanismen des limbischen Systems und der Basalganglien und verringern somit den Grad der Suchaktivität, aber nicht ihre Richtung. Dadurch vermindert sich die motorische Erregung bis hin zur Depression. Eine Heilung tritt nicht ein.

Wenn die Suchaktivität durch experimentelle Stimulation der lateralen Hypothalamuskern gesteuert wird, bessert sich die durch Neuroleptika hervorgerufene extrapyramidale Symptomatik, worauf wahrscheinlich auch die paradoxen Kinesien im klinischen Bild des Parkinsonismus zurückzuführen sind. Wenn Verzicht auf Suchaktivität durch experimentelle Stimulation der ventromedianen Hypothalamuskern ausgelöst wird, werden die extrapyramidalen Symptome deutlicher. Andererseits erhöhen Substanzen vom Amphetamintyp die Wachheit und die Arbeitsfähigkeit, wahrscheinlich durch Erhöhung der Suchaktivität und führen in hohen Dosen u. U. zu psychotischen Reaktionen.

2. Die Zunahme der psychotischen Symptomatik geht mit einer Abnahme der REM-Schlafperioden einher, ohne daß in der Remission ein Rebound-Effekt auftritt (*Mendelson et al., 1977*). Dies ist auch für intensive Suchaktivität charakteristisch, während Neuroleptika, die die Suchaktivität hemmen, den Anteil an REM-Schlafperioden erhöhen.

3. Mit einer gesteigerten Suchaktivität könnte auch zusammenhängen, daß bei Schizophrenie einige psychosomatische Erkrankungen seltener vorkommen als bei der Gesamtbevölkerung. Experimentell entdeckte *Stroebe* (1969) zwei verschiedene Reaktionsformen auf emotionalen Stress bei Affen:

a) Affen, die relativ unauffälliges Verhalten und guten Kontakt zur Realität hatten, wiesen eine Instabilität ihres circadianen Rhythmus der Körpertemperatur auf und erkrankten körperlich an Magengeschwüren, Haarausfall etc.

b) Affen, deren Verhalten psychotisch erschien: Der Kontakt zur Umgebung war gestört, sie reagierten nicht auf Nahrung, machten stereotype Bewegungen, indem sie imaginäre Insekten zu fangen versuchten, etc. Psychotisches Verhalten schien also vor körperlicher Krankheit zu schützen, wahrscheinlich aufgrund von fehlgeleiteter Suchaktivität.

Die Vorstellung einer fehlgeleiteten Suchaktivität in der Psychose erlaubt, die Suizidversuche schizophren Erkrankter grundsätzlich von den Suizidversuchen neurotisch und reaktiv-depressiv Erkrankter zu unterscheiden. In diesem Fall kann der Suizid als eine extreme Form der Aufgabe der Suche nach einem Weg aus der ausweglos erscheinenden Situation aufgefaßt werden. Selbstmord im Rahmen einer Psychose kann im Gegenteil eine extreme Form der Suchaktivität sein, die sich auf den Rückzug aus der Realität richtet, um einen Ausweg in eine „andere“

Welt zu ermöglichen. Das Verständnis dieses Unterschiedes ist wesentlich für die Prophylaxe des Selbstmords (*Rotenberg, 1980*).

Wenn das menschliche Verhalten fehlgeleitete Suchaktivität ausdrückt, sollten die emotionalen Reaktionen auf äußere Reize verändert sein, wie im Falle der Schizophrenie. Was außerhalb der fehlgeleiteten Suchaktivität liegt, läßt den Menschen gleichgültig (einschließlich der Ereignisse seines eigenen Erlebens), aber was sie berührt, ruft größere Empfindlichkeit und Verwundbarkeit hervor.

Die oben zitierten Affenversuche deuten darauf hin, daß fehlgeleitete Suchaktivität ein umfassenderes Konzept darstellt als die Psychose. Diese stellt möglicherweise ein biologisch bedingtes Reaktionsmuster auf komplexe Situationen dar. Eine frühe Entwicklungsstörung ist nur als ein ursächlicher Faktor anzusehen; die wahrscheinlichste Erklärung für alle Symptome schizophrener Störungen liegt in der gestört verlaufenden frühen Ontogenese, nämlich in einer unzureichenden Differenzierung des Ich-Bildes, einer Störung der Identifikation, die zur Unzulänglichkeit psychologischer Abwehrmechanismen führt, deren funktionelle Bedeutung in der Aufrechterhaltung der Integration von Psychischem und Verhalten liegt, d. h. in der Integration des Ich-Bildes.

Eine spezifische Äußerung der gestörten psychologischen Abwehrmechanismen ist das Fehlen der übergreifenden Erfassung der Realität durch die rechte Hemisphäre, das zu einem ungenügenden Schutz des Bewußtseins vor den Produkten des rechtshemisphärischen Denkens führt, so daß das Bewußtsein von einer Unmenge kaum integrierter Assoziationen überflutet wird. Klinisch äußert sich diese Störung in grob unlogischem und unzusammenhängendem Denken. Hierdurch kann die fehlgeleitete und, vom Standpunkt der Logik, chaotische Suchaktivität verstärkt werden.

Theoretisch läßt sich das Fortschreiten der schizophrenen Erkrankung folgendermaßen darstellen: Die Störung der frühen Lebenszeit und die Störung des emotionalen und sinnlichen Kontakts mit der Primärgruppe, besonders der Mutter, mit fortwährender Abhängigkeit von ihr, bedingen die falsche Richtung der Suchaktivität und den Rückzug in die innere Welt. In diesem Fall bekommt die innere Welt eine spezifische krankhafte Qualität, wobei das Ich-Bild sich nur wenig differenziert. Die Suchaktivität jedoch behält ihre Intensität gemäß den Funktionen der entsprechenden Hirnmechanismen. Dies könnte auf eine verminderte Aktivität eines Enzyms (Dihydroxy-B-Hydroxylase), das für die Umwandlung von Dopamin in Noradrenalin verantwortlich ist, bei schizophren Erkrankten zurückzuführen sein (*Wise et al., 1974*). Die daraus resultierende Anhäufung von Dopamin ist die biologische Voraussetzung erhöhter Suchaktivität, die sich durch die frühe soziale Entwicklungsstörung nicht als normale konstruktive Aggression verwirklichen kann (*Ammon, 1979*).

Aufgrund der oben erwähnten Entwicklungsdefizite wird auch die normale Entwicklung rechtshemisphärischen, bildhaften Denkens verhindert (Rotenberg, 1979 b). Dies wiederum stört die Bildung des Ich-Bildes noch mehr und auch das ganzheitliche Erfassen eines integrierten Bildes der Welt, wodurch normalerweise das Eindringen unakzeptierbarer und falscher Informationen in das Bewußtsein verhindert wird. Das Bewußtsein ist dem ungeordneten Strom von Eindrücken und Motiven wehrlos ausgeliefert.

In der Diskussion über die interhemisphärischen Beziehungen bei der Schizophrenie nehmen Myslobodski et al. (1979) als einen wichtigen Mechanismus in der Pathogenese die verstärkte Aktivität der linken Hemisphäre an. Diese Hypothese wird u. a. durch die Kennzeichen schizophrenen Denkens gestützt. Charakteristisch für das schizophrene Denken ist ein Hang zu zwanghafter Konzentration auf Details, besonders die unwichtigen (auf dem Hintergrund einer Unfähigkeit, ein integriertes Bild der Realität zu erstellen) und gleichzeitig die Neigung, weit voneinander entfernte Ideen in Beziehung zu setzen. Ich tendiere zu einer anderen Erklärung der Charakteristika schizophrenen Denkens. Das Verharren im Unwesentlichen und die Unfähigkeit zu integrierter Wahrnehmung spiegeln eher das gestörte bildhafte Denken als eine Überaktivität des analytischen Denkens wider. Der Hang zu einer Verbindung entfernter Ideen jedoch – die „spezifische“ Logik des schizophrenen Patienten – kann noch weniger als eine Manifestation der Kraft verbalen Denkens betrachtet werden. Es erscheint mir sinnvoller, diese Charakteristika mit der Ungeschütztheit verbalen Denkens in Verbindung zu bringen. Normalerweise werden verbales Denken und Bewußtsein vor dem Strom anfallender Assoziationen geschützt (Simonov, 1975) und die Filterung wird durch die ständige Interaktion der beiden Denkformen und das ganzheitliche Erfassen der Realität durch die rechte Hemisphäre gewährleistet. Die Schizophrenie setzt diesen Mechanismus außer Kraft.

M. E. ist die Unzulänglichkeit rechtshemisphärischen Denkens und die Ungeschütztheit des Bewußtseins für die von Myslobodski beschriebene paradoxe primäre Reaktion der linken Hemisphäre auf einen Stimulus verantwortlich. Offensichtlich verdankt die fehlgerichtete Suchaktivität von schizophren Erkrankten ihren spezifischen Charakter einer Kombination der oben erwähnten Faktoren.

Das gehäufte Auftreten dieser Erkrankung in der Adoleszenz kann 1. durch die Intensivierung der Suchaktivität in diesem Alter erklärt werden, 2. durch die Notwendigkeit, vollständige, unabhängige Beziehungen, insbesondere non-verbale, zur Welt herzustellen und 3. durch verstärkte Anforderungen an die Realisierung des Ich-Bildes. Die unmittelbare Bedeutung der o. g. Beobachtungen wird bei der Analyse transkultureller Unterschiede im klinischen Bild der Schizophrenie deutlich.

Forschungen von *Sokolova* und *Kalachov* (1978), die im fernen Nordosten der UdSSR durchgeführt wurden, haben ergeben, daß das klinische Bild erhebliche Unterschiede zwischen den Mitgliedern der eingeborenen Bevölkerung und den Einwanderern zeigt. Z. B. wiesen Einwanderer, die auf dem Hintergrund europäischer Zivilisation aufgewachsen sind, häufiger Phoneme auf, während bei Eingeborenen halluzinatorische Störungen überwogen. Die Forschung hat ein relatives Überwiegen des rechtshemisphärischen Denkens bei gesunden Eingeborenen nachgewiesen (*Berezin et al.*, 1980). Dies führt zu der Annahme, daß durch den unzureichenden Schutz des Bewußtseins vor dem ungeordneten rechtshemisphärischen Denken dieser Denkprozeß die charakteristische Psychopathologie bei den Menschen stärker beeinflusst, bei denen sie ursprünglich vorherrschte.

Ich meine, daß diese Befunde auch das Konzept des überwiegend linkshemisphärischen Denkens bei schizophrenen Erkrankten widerlegen. Suchaktivität, die die verzerrte Selbstdarstellung fördert, von der Realität wegführt und das ungehinderte Eindringen der Produkte bildhaften Denkens in das Bewußtsein zuläßt, verhindert, Beziehung zwischen Gegenwart und Vergangenheit herzustellen und die Zukunft zu planen. Im Experiment äußert sich dies als Störung der Antizipation (*Feigenberg*, 1969; 1970; 1972). Wenn in Wirklichkeit das Verhalten von Rückzug aus der Realität bestimmt wird und die Suchaktivität auf Rückzug und nicht auf Interaktion mit der Realität gerichtet ist, wird es überflüssig, ein Modell der Realität zu entwerfen und die Zukunft zu planen, d. h. es werden die Mechanismen zur Anpassung an die Realität überflüssig. Darüber hinaus ist rechtshemisphärisches Denken in all seinen normalen Manifestationen (Meditation: *Ornstein*, 1972; Träume: *Rotenberg*, 1978) gekennzeichnet durch weitgehendes Fehlen der Antizipation.

Die Störung der Antizipation und eine ungenügende Berücksichtigung früherer Erfahrungen in der Organisation des Verhaltens liefern auch die Erklärung für den veränderten Bedarf an slow-wave-Schlaf bei der Schizophrenie. *Luby* und *Caldwell* (1976) haben gezeigt, daß schizophren Reagierende die einzige Gruppe von Versuchspersonen sind, die nach totalem Schlafentzug in der folgenden Nacht keinen vermehrten Bedarf an Delta-Schlaf haben, also keinen Rebound-Effekt zeigen.

In eigenen Untersuchungen habe ich eine Diskrepanz zwischen den Schlafveränderungen bei der Schizophrenie und dem subjektiven Erleben beobachtet. Patienten mit ausgesprochener Verkürzung des Delta-Schlafs klagten entweder gar nicht über Schlafstörungen oder ihre Klagen waren emotionslos und sozusagen getrennt von der subjektiven Einschätzung ihres eigenen Zustandes. In der Regel führten diese Patienten im Gegensatz zu Neurotikern ihre Beschwerden, wie z. B. Asthenie, nicht auf die Schlafstörungen zurück. Sie fürchten nicht die

kommende Nacht und trotz der Schlaflosigkeit behalten sie subjektiv einen „klaren Kopf“ und ihre Arbeitsfähigkeit. Gesunde Versuchspersonen dagegen benötigen Delta-Schlaf für die hierarchische Organisation ihrer mnestischen Funktionen, die es ihnen ermöglichen, die Schlüsselemente aus den ankommenden Informationen durch das Gedächtnis herauszuziehen, so daß keine Überlastung des Gedächtnisses durch unwichtige Informationen entsteht (*Latash, Manov, 1975*). Von daher wird verständlich, warum Delta-Schlaf-Deprivation bei Gesunden und seine Verkürzung bei Neurotikern zu asthenischen Symptomen führt. Da aber bei schizophrenen Reagierenden Erfahrungen der Vergangenheit nicht so wichtig sind und die Information nach anderen Gesetzen organisiert wird, liefert dies eine Erklärung für den verringerten Bedarf an Delta-Schlaf. Diese Annahme wird indirekt durch Studien von *Wyatt et al. (1970)* gestützt, die gefunden haben, daß der Unterschied zwischen dem Delta-Schlaf schizophren Reagierender und Gesunder in einer Verkürzung der spontanen galvanischen Hautreaktion liegt, die bei Gesunden die emotionale Sanktionierung bei der Auswahl bedeutsamer Informationen widerspiegelt.

Ich komme noch einmal zum Problem der fehlgeleiteten Suchaktivität zurück. Offensichtlich kann ihre Unterdrückung, unterstützt durch Neuroleptika, nicht zur Gesundung führen, sondern eher zu Depressionen und somatischen Störungen. Dies macht deutlich, daß eine kausale Therapie der Schizophrenie in einer Neuorientierung der Suchaktivität besteht und in der Bildung neuer sozialer Bezüge, die zumindest partiell die frühe Entwicklungsstörung kompensieren und die Integration des Menschen wiederherstellen können. In dieser Frage teile ich die Sicht *Ammons* vollständig.

Zusammenfassung:

1. Viele Manifestationen der Schizophrenie, insbesondere paranoides Verhalten und Halluzinationen können als Manifestationen von fehlgeleiteter Suchaktivität betrachtet werden. Dies entspricht dem Katecholamin-Konzept der Schizophrenie, welches eine Erklärung anbietet für die spezifischen Merkmale der Schlafveränderungen und des Effektes antipsychotisch wirkender Pharmaka.
2. Die Wurzel fehlgeleiteten Suchverhaltens ist ein Defekt im Prozeß der Formung und der Entwicklung des Individuums, der bedingt wird durch die gestörte Bildung von Beziehungen in der primären sozialen Mikrogruppe (gemäß *Ammon*).
3. Die ungenügende Differenzierung des Ego-Imagos ist auf die ungenügende Entwicklung psychologischer Abwehrmechanismen und auf die chaotische Aktivität rechtshemisphärischen Denkens, welcher das Bewußtsein ausgesetzt ist, zurückzuführen. Dies, verbunden mit dem fehlgeleiteten Suchverhalten, verursacht die Störung der Wahrscheinlichkeitsvorhersage.

*Schizophrenia in the Light of the Search Activity Concept:
Psychophysiological Aspects*

Vadim S. Rotenberg (Moskau)

Research on psychotic disorders developed into two different lines – a biological one and a psychodynamic one. The author tries to give biological research a place within a framework of the psychodynamics of schizophrenia. The correlation of individual symptoms or syndroms to biological data seems to be a methodological error. Biological indicators represent correlates of more global behavioral patterns. The similarity of biological changes points to a similarity of the pathogenetic mechanisms of psychopathological syndroms.

One of these behavioral patterns is search activity, which signifies an activity directed to changing the situation or the attitude towards the situation. The opposite of search activity is renunciation of search, which may manifest itself in man as neurotic anxiety or depression. Electrical stimulation of brain structures may lead to search activity and may in addition enhance the resistance of the body to bodily illness in a nonspecific way. On the contrary, renunciation of search provokes the development of gastrointestinal ulcers, myocardial infarction and intensified tumour growth.

Furthermore, renunciation of search increases REM sleep requirement. Therefore, we hypothesized that search activity proceeds during REM sleep and dreams.

Symptoms of schizophrenia – for instance paranoid behavior and hallucinations – are to be understood as manifestations of intensive but irregular search activity:

1. The relative augmentation of catecholamines in the central nervous system is not to be understood as the causal factor of psychotic symptomatology but as a correlate of intensive search activity. Neuroleptics reduce search activity, and because of this, result in dejection and depression rather than healing. By their inhibiting effect on adrenergic mechanisms and by suppression of search activity neuroleptics may lead to extrapyramidal disorders, amphetamine on the other hand may provoke psychotic symptoms possibly by raising the level of search activity.
2. Aggravation of psychotic symptoms is accompanied by a reduction of REM sleep requirement. This pattern is typical of increased search activity.
3. In schizophrenic patients psychosomatic disorders are seldom.

The concept of distorted search activity allows us to differentiate between suicidal attempts of schizophrenic and depressive patients. For a depressive individual it means surrender by renunciation of search, for

a psychotic individual it may represent an extreme form of search activity.

As a causal factor for misdirected search activity the author assumes, according to *Ammon*, a developmental defect in the primary social group. In addition, a genetic factor may be at work. The concept of misdirected search activity represents a biologically conditioned response to a complex situation. Inadequate differentiation of the ego-image results from inadequately developed psychological defense mechanisms. Because of that, consciousness is exposed to the chaotic activity of right hemisphere thinking. This is confirmed by transcultural studies. If search activity is directed against withdrawal from reality probabilistic prognosis is unnecessary. This may be the reason for the reduced REM sleep requirement.

A causal therapy for schizophrenia must be the reorientation of search activity and the formation of new social relations.

Literatur

- Ammon, Günter; von Wallenberg Pachaly, A.* (1979): Schizophrenie. In: *Ammon, Günter* (Hrsg.) Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. I, (München: Ernst Reinhardt)
- Arshavsky, V. V.; Rotenberg, V. S.* (1976): Search Activity and Its Influence on Experimental and Clinical Pathology. In: *Zhurnal vysshey nervnoy deyatelnosti*, v.26, pp. 424–428
- Berezin, F. B.; Arshavsky, V. V.; Leneyev, A. I.; Rashidov, N. R.; Rotenberg, V. S.* (1980): Results of Electrophysiological Research into Human Adaptation and Some Psychophysiological Relationships. In: *Psychic Adaptation of Man in the North*, Vladivostok (in press, in Russian)
- Engel, G., Schmale, A.* (1967): Psychoanalytic Theory of Somatic Disorders. In: *Journal of American Psychoanalytic Association*, v. 15, pp. 344–365.
- Feigenberg, J.* (1969): Probabilistic Prognosis and Its Significance in Normal and Pathological Subjects. In: *A Handbook of Contemporary Soviet Psychology*, New York – London, pp. 354–369
- (1970): Diagnostik der Schizophrenie. In: *Ideen des Exakten Wissens*, Stuttgart, No. 10, S. 609–616
- (1972): Funktionelle Verbindungen der sensorischen Systeme. In: *Norm und Pathologie*, (Stuttgart: Hippokrates)
- Kostandov, E. A.; Genkina, O. A.* (1975): Internhemispheric Interaction in Man During Perception of Visual Stimuli. In: *Zhurnal vysshey nervnoy deyatelnosti*, v. 25, No. 5, pp. 899–907
- Kostandov, E. A.; Genkina, O. A.* (1975): Interhemispheric Interaction in Man During Activity of the Cerebral Cortex to Letter and Non-Verbal Stimuli. In: *Zhurnal vysshey nervnoy deyatelnosti*, v. 26, Nr. 1, pp. 21–29
- Luby, E.; Caldwell, D.* (1967): Sleep Deprivation and EEG Slow Wave Activity in Chronic Schizophrenia, In: *Arch. Gen. Psychiatr.* v. 17, pp. 361–364
- Mendelson W. B.; Gillin, J. Ch.; Wyatt, R. J.* (1977): Human Sleep and its Disorders. (New York, London: Plenum Press)
- Miller, N. E.* (1976): Learning, Stress and Psychosomatic Symptoms In: *Acta neurobiologicae experimentalis*. Warszawa, v. 36, pp. 141–156
- Ornstein, R.* (1972): The Psychology of Consciousness. San Francisco
- Rotenberg, V. S.; Arshavsky, V. V.* (1979): Search Activity and Its Impact on Experimental and Clinical Pathology. In: *Activitas nervosa superior*, v. 21, Nr. 2, pp. 105–115

- (1979): REM Sleep, Stress and Search Activity. In: *Waking and Sleeping*. v. 3, pp. 235–244
- Rotenberg, V. S.; Raikow, V. L.; Andreev, V. L.* (1978): L'hypnose et l'hysterie. In: *Revue de medecine psychosomatique et de psychologie medicale*, No. 3, pp. 321–337.
- Seligman, M.*: (Personal communication)
- Simonov, P. V.* (1975): *Higher Nervous Activity in Man*. (Moscow: „Nauka“ Publishers) (in Russian)
- Sikolova, Y. D.; Kalachov, V. F.* (1978): Distinctions of Clinical Picture and Course of Schizophrenia in Indigenous and Migrant Population of the Far North-East of the USSR. In: *Scientific and Technological Progress and Subpolar Medicine*. Novosibirsk, v. 1, pp. 255–257 (in Russian)
- Stroebe, C. F.* (1969): Biological Rhythm Correlates of Disturbed Behavior in the Rhesus Monkey. In: *Rohles F. H.* (ed.) *Circadian Rhythms in Nonhuman Primates*. (New York: Karger), pp. 91–105
- Vainstein, I. I.; Simonov, P. V.* (1979): *Emotiogenic Structures of Brain and Heart*. (Moscow: „Nauka“ Publishers) (in Russian)
- Vinogradova, O. S.* (1975): *Hippocampus and Memory*. (Moscow: “Nauka” Publishers) (in Russian)
- Weiss, J. M.* (1977): Psychological and Behavioral Influences on Gastrointestinal Lesions in Animal Models. In: *Maser, J. D.; Seligman, M.* (Ed.) *Psychopathology: Experimental Models* (San Francisco: W. H. Freeman and Company)
- Wyatt, R. J.; Stern, M.; Fram, D. H.; Tursky, B.; Greenspoon, L.* (1970): Abnormalities in Skin Potential Fluctuations During the Sleep of Acute Schizophrenic Patients. In: *Psychosom. Medic.*, v. 32, pp. 301–308

Author's address:

Prof. Dr. med. V. S. Rotenberg

1. Medizinisches Institut des Gesundheitsministeriums Moskau

Usievitcha Street 11–60

SU–125319 Moskau, UdSSR

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

José Luis Gonzáles* unter Mitarbeit von Celia Diaz de Mathmann und Rosa Döring (Mexico)

Die Autoren beschreiben auf dem Hintergrund psychoanalytischen Denkens der Schule Melanie Kleins Gruppenpsychotherapie mit psychosomatisch Kranken. Die Rolle und Bedeutung der Co-Therapeuten wird besonders herausgestellt. Co-Therapie mit ein bis zwei fortgeschrittenen Ausbildungskandidaten stellt eine ideale Lernsituation dar und dient darüber hinaus dazu, Übertragungs- und Gegenübertragungsgefühle nicht zu stark werden zu lassen und Idealisierung und Mystifizierung des Therapeuten einzuschränken. Durch die Darstellung einer gruppenpsychotherapeutischen Sitzung wird die Methode der „symbolischen Dramatisierung“ verdeutlicht; von der Ebene des körperlichen Symptoms gelangt die Gruppe während der Sitzung zur Ebene der bewußten und unbewußten Gefühle und Phantasien.

Das Symptom stellt ein verinnerlichtes böses Objekt dar, das Unabhängigkeit, Leben, Wachstum und Kreativität verbietet. Es ist Ersatz dafür und gleichzeitig Strafe für die verbotenen Wünsche.

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

In this building we perform the tasks of the Association: psychotherapists' formation, training, research, group treatment, couples and family treatments and occasionally individual treatment at short term.

The clinic does not give free services; patients pay according to their economic possibilities, from one dollar to twelve dollars per session.

When they enter the institute, the students already have a Ph. D. in clinical psychology or psychiatry and they have a minimum of two years in group analytical treatment, which we consider to be a good warranty in terms of a sound formation.

The members of the Association and the students work at the clinic. Generally we work with cotherapists: one experienced therapist and one or two students. We think that cotherapy diminishes the loneliness of the therapist and demystifies the omnipotent and idealized image of the unique therapist.

After the sessions, the therapists draw up a short note about the dynamics of the session and they discuss the countertransference between themselves and with the patients.

* Professor, Dr. med., President of the Mexican Group Psychotherapeutic Association

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

Even though this interclinic dialogue has also a cross supervision function, the advanced student also has a group clinical supervision.

The group we are going to talk about started ten months ago. At the first session we had two patients, and now we have an average of twelve patients in which the most relevant symptomatology is psychosomatic. It is an open and mixed group, even though there are more women. The age of the patients ranges from twenty to fifty years, and there is a cultural level higher than the average. We are a male therapist and two female therapists. We have a two hours session every week.

Our patients have cardiac neurosis, serious paroxysmal tachycardia with hypertension, ulcer, dermatitis, osteoporosis of spine, hyperthyroidism, epilepsy headaches and gynecological disorders, we also have an alcoholic homosexual.

The psychosomatic symptom is multidetermined, and it is "called" as a sadomasochistic justification that substitutes a bad object that prohibits pleasure gratifications given by life and the real objects. It serves as a displacement of this object to the body and its location in the ill organ. The painful symptoms serve to maintain permanently a state of alertness, from which the ego gains some psychological relief. Thus, the persecutor is located and controlled. In this way, the patient has the illusion of defending himself or can project into the doctor or the medicine the efforts to gain health. Discharging the psychological tension, the economic side of the symptom, the patients avoided a life with intolerable psychotic states. At other times they went through psychotic states and needed somatization as an escape from those situations, projecting onto the body or the organ, or the organic system such conflicts. All the patients suffered from severe affection deprivations in their childhood and that is why they dealt so well with their precarious solutions.

The session of August 6, 1978

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

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

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

Gildardo, 20, coming from a peasant family and now a linotypist: "What happens to me is that if someone is near me, for instance in a movie theater bathroom, I can't urinate and then I feel pain the bladder". Silence.

The therapist to the rest of the group: "And all of you? What happens? What is hurting you?"

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

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

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

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

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

Patient X to Miguel: "So now you have a hangover for free".

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

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

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

Verbalizations at the exercise

Javier-heart: "I'm very ill, I can't stand it any more ... I'm a heart, but I can't stand Javier. He puts everything on me. Live your life, Javier, and don't bother me with your things; I have a lot of work. Therapy is

not going to serve you for anything. Javier, change your symptom, it's better for you to have an ulcer and leave me alone. Stupid therapists, they think they can cure you. They don't, nor you or anyone else. It is enough, Javier, mind something, do something and don't think I'm going to fail. Sleep forever, lay down (Sleeping and drinking we feel much better)".

Javier cries a lot.

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

Rosalba-drowsy portion of the brain: "There are divided parts: one wants to be dead, but you have to make an effort for them not to sleep too much, because in that way you would remain divided and that could be very dangerous".

Gabriela-bodyache: "Gabriela pushed me too much, without considering my limitations. I'm going to recover gradually ... my tiredness is also going to serve for the independence of Gabriela".

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

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

Cata-nerves: "I am the nerves that invade all the body and concentrate in her hands because I know they can do a lot of things. In that way I do not permit her to express herself in playing the piano.

I don't want her to unfold in front of others. I am itching her hands so they can become stiff. I insist in staying here; she wants to throw me out ... I want to destroy her. I am her nerves and each day we are growing stronger".

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

Dr. Chávez: "I'm the fever and I don't agree with the last organs that spoke. They use us and they call us, they use us as an excuse; I wouldn't

intrude, but this guy keeps calling me. And you, nerves, you, headache, all of you are being used to solve their problems. Better still, this guy needs us to protect himself and not resolve anything“.

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

Juan José-Amoeba: "Look, Juan José, when you are not going very well, you call me. I'm always with you, but when you are bad, you canalize me. You seem to fail, you are angry and you get even with me. To remove me, you have to remove your angers and troubles, but you prefer to stay like this“.

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

Total silence.

Therapist 1.: "Each one can return to his place, because I think you are very uncomfortable.“

Therapist 2.: "I think they should not move because they are going to go out of their character-organ.“

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

Therapist 3.: "Well, the circle has been dissolved, but now it is interesting to see why you were so uncomfortable.“

Patient 1: "I was willing to touch the others, but I was afraid“.

Patient 2: "I was about to scream when X spoke, but I thought I had to resist and I felt very bad“.

Patient 3: "I felt very uncomfortable because I felt that if we continued so close to each other we could become infected with the symptoms of the others“.

Therapist: "You are saying that you were deprived of skin contact, which is something that you desire and repudiate at the same time. The important thing is that you were so close you felt fear of madness“.

Mireya: "How I am going to live with my heart uninflamed? I am looking forward to that but it is sad to be different from my parents“.

Lola: "I don't want to die of cancer, all ripped off like the rest of my family“.

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

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

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

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

Therapist: "It was a non-conformed body, no one could lean on the others nor establish a dialogue with the rest. In everybody there was a muscular tiredness which could be produced by fever, nerves or anguish. The half of the drowsy brain-dead twin sister is the group division sensation, in which all feel ripped off. In everyone was present the repression to express what you really felt – desires to touch each other, to scream, etc. – but I think it all has to do with things that here we can't share, that's why we're still sick. For instance, Juan José, you have the amoeba almost as your friend; it serves you not to pull out your problems. The amoeba and you are symbiotized. All of you use the headache and other symptoms not to solve some vital situations."

Some patients make associations, along the lines of this last interpretation, and a common denominator emerges: in order to not piss-off the other one, I piss-off myself.

Therapist: "There is a dissociation of the organs. What is given here is the repressed things-screaming and crying. You are trying to acquit yourselves well with the therapists, you are hiding a lot of things. It is sulky-boy-group saying that we don't take care of him as we should. If you continued speaking from the painful organs, it would appear the image of a mother giving birth to you again, but this time healthy".

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Therapist: "Cata, being new, was able to make herself audible; in this place we give breast to those who yell".

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

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

Several patients remind Javier of his fantasy to be reborn, as a son of very important parents, with a better economic level, and above all, with a white skin ...".

The group stays thinking, silent, and we end the session, which surely we will have to elaborate with more details very soon.

Psychodynamics

At the session we just described, all the patients referred to some sort of corporal trouble, and that is why we proposed the dramatic play. The group as a whole worked without resistances, because in previous sessions we used mobilization techniques in which even the therapists played, sometimes interpreting or playing the role of a character.

Sometimes, when one of us feels that the countertransference is too strong, he begins to dialogue with the other therapists, making the interclinic dialogue in front of the group. This serves to show the affective reactions, mainly of anxiety with which the patients invade us projectively and which one of the three perceives with special sensibility.

The patients tend to project in massive form their good and bad objects, intolerable aspects of their passivity or elation as a manic defense to avoid the unbearable depression that they sometimes feel. Such projections are loaded with death instinct and, among other things, they have the purpose to dissociate and make the therapist feel ridiculous and impotent, attacking violently his thinking, so he becomes confused. Those are moments of a great increase of anxiety caused by persecutory

figures introjected in the patients, which are related with somatic conversions perceived as very menacing.

The therapists' dialogue in front of the group surprises the patients and they listen to it with great attention; thus it becomes a deep interpretation of their unconscious motivations-desperate and useless efforts to free themselves projectively from a traumatic inner situation, trying to avoid the painful elaboration process.

The somatic complaints with which the session begins show a destructive and dissociative moment in the group, in which each member, occupied with his symptom, can't perform an optimum group work.

We know that the task implies the active participation of communications, interchange of opinions, feelings, dreams permanently related by the patients between themselves and from them to the therapists. So are the libidinal moments in which appear the best sides of group cohesion.

The session described followed another session in which we noted: "The group was aggressive and resistant; everybody spoke of conscious omissions. There prevails a fantasy of 'pollution'; the problems of the other patients can hurt them instead of helping them. They project their bad objects, to which they are subjected, on the therapists, which they feel sadistic and powerful, – they can be exterminated by them – that is why they defend themselves missing communications and planning to escape from the group". All this, together with the presence of a new patient, results in this session in a dissociative modality.

Besides, there was the group "unconscious knowledge" of the pregnancy of a therapist, married to the male therapist, and that is why the group fears she is going to abandon them.

We proposed a "symbolic dramatization" to join them in a common task, showing in addition that the dissociative moment creates a group-monster who, as Frankenstein, is capable of having noble feelings, but in him predominate his origins: lack of loving affection, disintegration, etc. and he hates, as the only recourse that would justify his existence in this world that has proved so hostile since his creation.

The patients integrated and creatively undertook the task. The first dissociative impulse found in the dramatization the first attempt for cohesion when they spoke naturally and with order as dissociated and scattered organs belonging to a body which is monstrous because there is no coordination in their functions.

At the beginning there was a body-group demoniacally possessed by beings which attack him from the inside and threaten him with destruction and total annihilation.

The therapists, joined with the libidinal impulse, participate in the exorcism and thus the session begins; the organs speak, laugh and make fun of their owners and the therapists. Each of the patients begins a struggle between the life and death instincts; primitive anxieties deal with

paranoid defenses, which because of the insight carries them to depressed situations which will be elaborated later and integrate a group-body less somaticizing.

The group represents the division between body and mind, in which the organs are beings who dialogue from the inside.

Javier starts with the dialogue, as a representative of a vital organ and depositary of the persecutory anxieties of the group. His heart speaks with the body showing the way in which his injected objects threaten him with death, destruction and inertia; like a demoniac scoffing object that sometimes joins with life impulse and tries to rescue the body, which is the battlefield of the life and death pulsations. In an apparent begging he asks for truce and invites all the rest of the organs to join in the destruction seducing Javier to "sleep forever" like he did with his mother in his symbiotizing situation.

Javier, heart of the group, begins to dismay and tries to impose the death impulse nullifying the task of the therapists. The life pulse makes itself present when he tries to display the libido deposited in the organ to one activity: "It is enough Javier, mind something, do something" and ends in a depressed and restoring position: "Javier cries a lot".

Then the fever speaks like another object called by Dr. Chávez when he is anxious, evoking archaic fevers in his primitive object relationships, and comes to an end with a hope for life – "change of symptom or no symptom at all because he doesn't need them any more" – because the therapeutic process advances.

The brain warns the symptom not to be there very long because it could be dangerous. It is necessary to make the rupture and elaborate mourning.

The muscles offer also a way out "changing from home and recovering gradually", which will lead Gabriela to her independence.

Headache torments Miguel and neutralizes his efforts to free himself from a homosexuality, which is a defense that protects him against other gastrointestinal somatizations.

To the headache of Manuel adds Lola's cephalgia, which maintains her in a state of confusion which prevents her to be free from her masochism with her mate.

The conversive symptom of the new patient is the beginning of what the group is living in this moment. It is still avoiding destruction with the hysterical paralysis, but the symptom predicts its acquisition of more fortitude to hurt the body even more.

Mireya, integrating herself to the body group, obtains an organ identity and doesn't speak from the body of a woman who comes back grateful and full of life, but from an "inflamed heart" which being precariously rescued is invaded by the destructive impulse and from there

maintains the desire of freeing from its chaser: "I'm going to be better, I do believe in therapy".

Dr. Chávez, the fever, who insists in saying that the symptom is in turn a victim, is called to mediate in this struggle.

Gildardo shows how the symptom, placed in the bladder, covers a narcissistic desire, even more feared by the patient: to exhibit his penis, thus denying his fears of castration and homosexual submission to a distant and desired father.

With his intervention, Gildardo confirms what Dr. Chávez said: the symptom is used to cover some more painful situations.

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

Heriberto, from his objective anguish tries to unify this group of organs and seeks for another solution, but he is afraid, he doesn't know on which side he can stay.

In this moment of the group process the dissociation is necessary; fear of being invaded totally by the great body-group and the fact of establishing contact with their inner chasers was like entering in madness, which led them to phobic behaviors at contact and a longing for integration and support to those divided parts.

There is fear to be born again, from a hated mother who symbiotizes them and stops their growth, converting them into a demanding and whimsical baby-croup who rejects the therapeutic work for pure retaliation.

The exercise allowed us to abbreviate the verbalization of the unconscious fantasy of each of the individuals. It gave a total image of a group which somatizes and which shows in a session the mechanisms that are present along life to maintain an adaptation in which a weak self makes a transaction with the symptom for not being annihilated by the punitive superego, representative and depositary of the original couple.

When they were together without contact they felt uncomfortable. There were two emergents: Javier, who identified himself with the foetus and wanted to take his place to be born again with another psychic structure. The second emergent was Lola, who because of her symptoms identified with a pregnant mother, at the same time deeply rejecting her creative condition and her destiny as a woman.

At the end there was the unconscious knowledge – which today was made conscious – of the pregnancy of one of the therapists and which was the organizer of this and the previous sessions.

The patients react with hate, rivalry and jealousy to the creative capacity of the pregnant therapist and, just like their own past, they fear the forlornness, the displacement and the sorrow of being overthrown

and thus feeling deeply alone, with all their problems transformed into symptoms.

In the session that followed the one described here, we noted: "The group was integrated, the patients were relaxed, they made contact with each other, they talked about their intimacies, they spoke about pregenital sexual matters, telling dreams and communicating with the therapists in a relation in which the persecution anxiety was notably diminished."

Generally, the symptoms range from a totally hysterical behavior to alarming manifestations of ego dissociation with fears of madness, auto-destructive contents, very intense, of the predominance of the death instinct, and give a hope of healing as a general evaluation qualifying it more as neurotic than psychotic.

The common subject is that the symptom is "called" and that the sick personality uses it for different purposes.

In fact it is an inversion, the symptom is the equivalent of an inner prohibition of pleasure, life and creativity.

It is an internalized inner object which prohibits satisfaction and blocks genitality.

We agree that the symptom serves as a justification for their failures. They invest also here: the symptom makes them fail and substitutes the infantile prohibitions to independence and freedom.

Co-Therapie in einer Gruppe mit psychosomatisch kranken Patienten der Unterschicht

Jose Luis González, Celia Diaz de Mathmann, Rosa Döring (Mexiko)

In dieser Arbeit wird die Gruppentherapie mit psychosomatisch kranken Patienten in einer Klinik in Mexiko City beschrieben. Die therapeutische Arbeit und die Ausbildung der Mitarbeiter wird von der Mexikanischen Gesellschaft für analytische Gruppenpsychotherapie getragen, deren Präsident *González* ist. Die Patienten dieser Klinik kommen aus der Mittel- und Arbeitersklasse und bezahlen für die Therapie entsprechend ihrem Einkommen zwischen 1 und 12 Dollar pro Sitzung. Die Gruppen werden von einem erfahrenen Therapeuten und ein oder zwei Ausbildungskandidaten als Co-Therapeuten geleitet. Durch die Co-Therapie wird die Mystifizierung eines einzelnen omnipotenten und idealisierten Therapeuten vermieden. Darüber hinaus stellt dies eine ideale Ausbildungssituation dar. Es handelt sich um eine offene gemischte Gruppe mit überwiegend psychosomatisch kranken Patienten im Alter zwischen 20 und 50 Jahren. Die Patienten leiden un-

ter folgenden Störungen: Herzneurose, paroxysmale Tachycardie mit Hochdruck, Magengeschwüre, Dermatitis, Osteoporose der Wirbelsäule, Hyperthyreose, Kopfschmerzen, gynäkologische Störungen und Alkoholismus.

Die Autoren, aus der Schule *Melanie Kleins* kommend, verstehen das psychosomatische Symptom als eine sado-masochistische Rechtfertigung, d. h. einen Ersatz für ein böses Objekt, das die Freude am Leben und realen Objekten verbietet. Durch das Symptom wird dieses Objekt auf der Körperebene in das kranke Organ verlegt, der körperliche Schmerz dient der psychischen Entlastung. Hierdurch wird der Verfolger lokalisiert und kontrollierbar. Vom ökonomischen Gesichtspunkt her werden psychische Spannungen und unerträgliche psychotische Zustände hierdurch vermieden.

Im folgenden wird eine Gruppensitzung wiedergegeben. Die Patienten sprechen zunächst über ihre körperlichen Beschwerden. Die Therapeuten schlagen eine Übung vor, bei der die Patienten im Kreis stehen, mit dem Gesicht nach außen, und jeder soll von seinem erkrankten Organ oder seinen Symptomen sprechen. Nach dieser Übung sprechen die Patienten über ihre Gefühle: den Wunsch nach Körperkontakt, das Gefühl, weinen zu müssen, oder die Angst davor, durch die Symptome der anderen angesteckt zu werden. Es wird deutlich, daß die Patienten sich selbst verletzen, um nicht andere verletzen zu müssen. Eine Auseinandersetzung mit dem Therapeuten beginnt.

Die Patienten projizieren ihre Züge von Passivität oder reagieren mit manischer Abwehr, um sich vor dem Zustand unerträglicher Depression zu schützen. Dabei machen sie die Therapeuten lächerlich und impotent. Wenn die Gegenübertragungsgefühle der Therapeuten zu stark werden, sprechen die Therapeuten in Gegenwart der Gruppe über diese Gefühle miteinander. Durch den Dialog der Therapeuten sind die Patienten überrascht und fühlen sich in ihren unbewußten Motivationen – verzweifelte Versuche, sich projektiv von traumatischen inneren Situationen zu befreien – tief verstanden.

Zu Beginn der Sitzung herrschen Destruktion und Abspaltung vor. Durch die Abspaltungsprozesse wird ein „Gruppenmonster“, ein Frankenstein geschaffen. Bei dieser Aufgabe, nämlich der „symbolischen Dramatisierung“, schließt sich die Gruppe und kämpft gemeinsam gegen dieses Monster – ein Kampf zwischen Leben und Todestrieb. Zunächst überwiegen die körperlichen Aspekte in der Gruppe, dann taucht die angstvolle Phantasie auf, noch einmal von einer gehaßten Mutter geboren zu werden, die symbiotisch verschlingend Wachstum verbietet und aus Rache auch die therapeutische Arbeit. Durch die symbolische Dramatisierung wird deutlich, wie lebenslängliche Anpassungsmechanismen dem schwachen Selbst eine Flucht vor dem strafenden Über-Ich hin zum körperlichen Symptom ermöglichen. Es wird

deutlich, daß das Symptom zur Rechtfertigung der Niederlagen des Lebens dient und als ein Ersatz für in der Kindheit verhinderte Unabhängigkeit und Freiheit.

Literatur beim Autor

Author's Address:

Prof. José Luis Gonzáles, M. D.
Mexican Group Psychotherapeutic Association
Amsterdam 721-401
Mexico D. F.
Mexico

Die Schizophrenie aus der Sicht praktizierter Sozialpsychiatrie**

Dietrich Pieschl, Frankfurt*

Aufgrund eines kurzen Abrisses wichtiger historischer Stationen psychiatrischer Theoriebildungen (Griesinger, Kraepelin, Jaspers, Psychoanalyse und Daseinsanalyse) versucht der Autor eine Antwort zu finden auf die Frage, ob psychische Erkrankungen als naturwissenschaftlich und somatogenetisch erklärbar oder als sozial verursacht zu gelten haben. Der Autor gelangt zu der Ansicht, daß die moderne Psychiatrie sich auf alle relevanten Forschungsergebnisse – die der Naturwissenschaften und der Geistes- und Sozialwissenschaften – zu stützen habe und daß die Sicht der Antipsychiatrie, die Psychiatrie aus den medizinischen Wissenschaften herauszulösen, nicht geteilt werden könne. Nach Ansicht des Autors hat die Sozialpsychiatrie den Gegensatz der sich gegenseitig diskreditierenden Ansätze – naturwissenschaftliche Psychiatrie versus Psychotherapie – überwunden und die vorhandene Methodenpluralität akzeptiert und nebeneinander anzuwenden versucht.

Mehr als 2000 Jahre ist es her, daß *Aristoteles*, über *Thomas von Aquin* zur größten philosophischen Autorität des Mittelalters erhoben, die *theoria*, die Schau der Wahrheit, als das Beglückendste, den „logos“, die Vernunft, als das Auszeichnende und die Situation des „Zoon politikon“ als das Charakterisierende des *homo sapiens* dargestellt hat.

Die gültige Aussage des Philosophen zur sozialen Rolle des Menschen, die als ätiologisch wie therapeutisch gemeinter Hinweis zur Erklärung psychopathologischer Phänomene aus zwischenmenschlichen Beziehungsstörungen gedeutet werden kann, hat die Psychiatrie, als Lehre von den Persönlichkeitsstörungen, nur selten durchgehend in ihre wissenschaftstheoretischen Überlegungen miteinbezogen.

Die naturwissenschaftlich orientierte Psychiatrie, die in ihrer Entwicklung durch den geisteswissenschaftlichen Ansatz der Psychopathologie eines *Jaspers* (1965) eine Verstärkung insofern erfahren hat, als Symptome vorschnell die Wertigkeit hypothetisch angenommener körperlicher Funktionsstörungen erlangt haben, beruft sich auf *W. Griesinger* (1967), und seine „Psychiatriegeschichte machende Sentenz: Geisteskrankheiten sind Hirnkrankheiten“.

Diese Äußerung *Griesingers* hatte zu seiner Zeit den bisherigen Behandlungsstil erheblich verändert. Die Formulierung hatte nachhaltige positive Auswirkungen auf die soziale Rolle des psychisch Kranken innerhalb der Gesellschaft gezeigt, insofern, als das dem Bild des Geisteskranken bis dahin anhaftende Unheimliche, Phantastische plötzlich

* Professor, Dr. med., Leiter der Abteilung für Sozialpsychiatrie am Zentrum der Psychiatrie der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität, Frankfurt

** Herrn Prof. Dr. H. J. Bochnik zum 60. Geburtstag gewidmet.

** Vortrag, gehalten auf dem XII. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), 8.–13. Dezember 1980, Kongreßzentrum München

unter dem Aspekt einer Organerkrankung als rückbildungsfähig gelten durfte.

Es bleibt heute fraglich, ob *Griesinger* damals diese Äußerung so interpretiert hätte, wie sie nach ihm verstanden wurde, denn *Griesinger* schrieb in der „Darstellung über die Notwendigkeit, die innere Geschichte der psychischen Individualität zu erfassen“: „Die psychischen Ursachen halten wir für die häufigsten und ergiebigsten Quellen des Irreseins“ (1968).

Das Bild der klassischen Psychiatrie entwickelte sich nach der Herausarbeitung der endogenen Psychosen durch *Kraepelin* (1972) über eine verfeinerte Beobachtung und Beschreibung seelisch-geistiger Phänomene.

Die in der Folgezeit entstandene außerordentlich fruchtbare und für die epidemiologische Forschung heute unverzichtbare nosologische und psychopathologische Feinarbeit muß aber zur Farce werden, wenn man die legitime Hypothese der Somatogenese des Endoformen unter Verkenntung der aristotelischen *theoria* bereits für „Wahrheit“ hält und in der Erforschung und Behandlung der endogenen Psychosen das Individuum und das Sozialfeld vernachlässigt.

Unter dem Einfluß der Psychoanalyse, der Daseinsanalyse und der Anthropologie wurde es für die Schulpsychiatrie zwingend, das Endogenitätsprinzip zu modifizieren und auch endogene Psychosen als multifaktorielle Störungen zu sehen.

Mehr und mehr läuft die Entwicklung der Psychiatrie über unterschiedliche Betrachtungsweisen auf eine „personale und eine kulturwissenschaftliche“ Psychiatrie hinaus, wie sie *Zutt* (1967), der Wegbereiter der deutschen Sozialpsychiatrie, gefordert hat.

Nachdem *Martin Heidegger* (1927) aufgezeigt hatte, daß Dasein als Mitsein zur Grundexistenz menschlichen Seins gehöre, hatte *Zutt* (1953) in seiner Arbeit über die Daseinsordnungen deutlich gemacht, wie bedeutsam räumliche und zwischenmenschliche Geborgenheit für die seelische Gesundheit ist. Er führt dazu aus: „Wenn diese vertrauten Ordnungen fragwürdig werden, gleichgültig wodurch, dann wandelt sich Vertrauen in Mißtrauen und Mißtrauen in Angst. Welche Bedeutung Vertrauen und Mißtrauen und Angst für psychiatrische Störungen gerade im Bereich der Schizophrenien haben, weiß eigentlich jeder Erfahrene“.

Die moderne Psychiatrie, als übergreifende Wissenschaft, stützt sich auf die Forschungsergebnisse der Natur, Geistes- und Sozialwissenschaften. Sie trägt dem aristotelischen *logos* Rechnung, der Erkenntnis, daß menschliches Sein sich durch einseitige Kausalitätsbezogenheit des Denkens nicht erfassen läßt.

Ein psychiatrisches Phänomen kann damit weder als rein naturwissenschaftliches, noch als rein soziales Problem gesehen werden.

In der „Strukturbetrachtung“ des psychiatrischen Syndroms (*Bochnik*, 1977), die dem therapeutischen Handeln verpflichtend vorgeschaltet bleibt, wird das Augenmerk des Untersuchers auf alle wesentlichen Einflußgrößen für Entstehung und Entwicklung der Krankheit gelenkt, mit dem Ziel, über eine Schwerpunktbestimmung, eine individuelle Behandlung zu erreichen und vollgültige Rehabilitation im beruflichen und sozialen Sektor zu verwirklichen.

Durch den sozialpsychiatrischen Umbruch, den die Psychiatrie in den letzten zwei Jahrzehnten erfahren hat, ist eine begriffliche Trennung zwischen Psychiatrie und Sozialpsychiatrie fragwürdig geworden.

Dörner (1972) bemerkt mit Recht, daß die Abgrenzung zwischen Psychiatrie und Sozialpsychiatrie wissenschaftslogisch unsinnig sei.

In der Theorie ist in der Tat eine Abgrenzung zwischen Psychiatrie und Sozialpsychiatrie nicht möglich. In beiden Bereichen muß man sich mit der Bedeutung von individuellen und sozialen Faktoren im weitesten Sinne für seelische Gesundheit und Krankheit auseinandersetzen.

Am ehesten besteht von der Praxis her eine Differenzierungsmöglichkeit zwischen Psychiatrie und Sozialpsychiatrie. Hier unterscheidet sich die Sozialpsychiatrie durch veränderte Organisationsstrukturen und Behandlungsformen von der klinischen Psychiatrie.

Die bevorzugt mit dem Sozialfeld des Kranken verbundene Aufgabenstellung der Sozialpsychiatrie weist hier weiter bestimmte Verlaufsbereiche der Erkrankung zu. So werden im allgemeinen der Sozialpsychiatrie die Abschnitte im Erkrankungsvorfeld und im Bereich der Rehabilitation zuerkannt.

Dazu kommt, unter notwendiger Beachtung ökonomischer Gesichtspunkte, daß, bedingt durch die Komplexität des Beziehungsgefüges einer psychiatrischen Krankheit und die daraus resultierende Problematik der Hilfe für den individuellen Fall, aus einer Vielzahl von Krankheitsfällen nur immer für eine bestimmte Gruppe von Symptomträgern ein Behandlungsprogramm entwickelt und angeboten werden kann.

Nur die fehlende Erfahrung und die Unkenntnis der Zusammenhänge erklärt antipsychiatrische Vorstellungen, die ein Herauslösen der Psychiatrie über eine ideologisierende Sozialpsychiatrie aus der medizinischen Wissenschaft fordern.

Es steht fest, daß es für die Herausnahme der Psychiatrie aus dem medizinischen Versorgungssystem keine sinnvolle Alternative gibt. Es muß zudem hervorgehoben werden, daß es die psychopharmakologischen Hilfen waren, die die Wandlung von einer Psychiatrie der Bewahrung zu einer Psychiatrie der Bewährung erreichen halfen. Vor allem das Gros der endogenen Psychosen hat über die Entwicklung der Psychopharmakotherapie effektvolle Verbesserungen erfahren, wenngleich

die Psychopharmaka – nach allem, was wir wissen – nur indirekt in den Krankheitsablauf eingreifen.

In den allermeisten Fällen gelingt es bei der Behandlung der Psychosen, mit Hilfe der Psychopharmaka die Strudel und Stromschnellen des psychopathologischen Bildes zu überwinden und in das vergleichbare Fahrwasser der Neurosen hinüberzuführen.

Nach dieser „Sozialisierung der Psychose“ kann die Aufbauphase der Therapie mit dem Versuch, sozial angemessene Verhaltensweisen wieder zu erreichen, beginnen. Hier setzen psycho- und soziotherapeutische Behandlungsverfahren an, die je nach der Klientel und nach dem Erfahrungshorizont der in unserer Bundesrepublik unterschiedlich geschichtlich gewachsenen sozialpsychiatrischen klinischen Einrichtungen sich voneinander konzeptuell unterscheiden lassen.

Während nach aller psychiatrischen Erfahrung zyklotyme Psychosen nur selten und relativ kurzfristig Maßnahmen sozialpsychiatrischer präventiver und nachsorgender Behandlung bedürfen, sind intensive rehabilitative Programme bei vielen schizophrenen Psychosen erforderlich.

Welches Problemfeld das Krankheitsbild der Schizophrenie auch heute noch für die Psychiatrie darstellt, kann aus den nach diagnostischen Kriterien geordneten Belegungsziffern der psychiatrischen Fachkrankenhäuser abgeleitet werden, wie sie die Enquête (1975) publiziert hat. Danach wird die Gruppe der schizophrenen Psychosen in einer Größenordnung von 36,5 % aufgeführt.

Eine randscharfe Definition dessen, was man unter einer Schizophrenie versteht, bleibt problematisch. „Da es keine sachlogische Entscheidung darüber gibt, welcher Schizophreniebegriff der richtige ist, muß man versuchen, die Dokumentation durch Feststellung von eindeutigen Kriterien durchsichtiger zu machen“ (Bochnik, 1970).

Vorerst benutzen wir den von der WHO aufgestellten Schlüssel der Internationalen Klassifikation (ICD), der ständig überarbeitet wird, zur Untersuchung epidemiologischer und transkultureller Studien.

Wie schwerwiegend eine schizophrene Erkrankung ist, erfaßt man nachhaltiger über die Feststellung von Wyrsch (1968): „Schizophrenie ist Angriff im Mittelpunkt der Person“.

Auf dem Internationalen Psychiatriekongreß in Zürich im Jahre 1957 stellte M. Bleuler (1963) in Erörterung des Themas „Psychotherapie der Schizophrenie“ fest: „Die Schizophrenielehre entfaltet neues, kraftvolles Leben. Sie wurde seit Jahrzehnten nicht mehr von derart umwälzenden neuen Vorstellungen erschüttert, wie in den letzten Jahren. Die Selbständigkeit und Verschiedenheit der zahlreichen neuen Forschungsrichtungen drohen vorübergehend jede allgemein anerkannte Grundlage, jede Gemeinsamkeit der Ansichten verschiedener Schulen und Länder zu zerreißen“.

Der Gegensatz zwischen klinischer Psychiatrie und Psychotherapie – mit dem Vorwurf der einen Seite, die Psychiatrie sei manövrierunfähig und festgefahren in der Vorstellung, Psychosen seien Organkrankheiten nach dem Vorbild der Paralyse, wie der Meinung der Gegenseite, die Abwandlung der Psychosen in Psychoneurosen aus der triebdynamischen Konzeption führe zu einem therapeutischen Optimismus, der nicht zu belegen sei – wird allmählich durch die praktizierende Sozialpsychiatrie überbrückt.

Bereits im Jahre 1960 führte *Zutt* (1963) zum Thema „Psychotherapie in der Psychiatrischen Klinik auf Grundlage einer verstehenden Anthropologie“ aus: „Dieser bedauerliche – für alle Beteiligten unfruchtbare, immer langweiliger werdende – Kampf geht zu Ende. Für unsere Generation kann es eine große Freude sein, dieses Ende noch mitzuerleben. Der Kampf endet nicht mit dem Sieg einer wissenschaftlichen Partei. Jede der beiden Parteien hat recht behalten, muß aber auch Unrecht eingestehen. Seien wir gute Sieger und gute Verlierer. Dies besonders deshalb, weil wir im Grunde genommen alle zusammen Verlierer sind: Es zeigt sich nämlich immer mehr, daß das Denken unserer Generation, das Triebdynamische ebenso wie das Deskriptiv-Psychologische zum Problem der Psychosen nicht im rechten Verhältnis stand“.

Daß diese Beurteilung der Frontlage zwischen Psychiatrie und Psychotherapie aus den sechziger Jahren kein reiner Zweckoptimismus war, und nicht allein dem Wunschdenken eines einzelnen psychiatrischen Ordinarius entsprang, kann man einem ausgewogenen Bericht von *Finzen* (1980) über den letzten Kongreß der DGPN in Berlin mit dem Titel: „Die Psychiater entdecken die Psychotherapie“ entnehmen.

Wenn auch eine als „naturwissenschaftlich“ diskreditierte Psychiatrie nach wie vor die Frage nach der Wirksamkeit der Psychotherapie und nach den Anwendungsbereichen stellt – und stellen muß – so läßt sich aus der Fülle der angewandten Verfahren, anhand der kaum mehr zu durchschauenden Methodeninflation innerhalb der Psychotherapie erkennen, daß das Herz der Psychiater für die Psychotherapie schlägt.

Die familienpsychiatrischen und kommunikationstheoretischen Vorstellungen amerikanischer Autoren zur Ätiopathogenese der Schizophrenie gehören zu einem Forschungsschwerpunkt der Sozialpsychiatrie.

Hirsch (1979), der den wissenschaftlichen Stand der Hypothese „Eltern als Verursacher der Schizophrenie“ kritisch würdigt, schreibt treffend: „Die Beschreibungen der ursprünglichen Beobachter, die im übrigen kluge und erfahrene Kliniker waren, riefen bei allen von uns, die wir es mit Schizophrenen und deren Eltern zu tun haben, ein Gefühl der Zustimmung und des Einverständnisses hervor. Ich würde meinen, daß diese Berichte durchaus noch ihren Wert haben, wenn man sie nämlich als die Schilderung des jeweiligen Autors darüber auffaßt, wie sich ihm

eine kleine Gruppe abnormer Persönlichkeiten darstellt und wie deren Interaktion untereinander vor dem Auge des Beobachters ablief“.

Die Psychotherapie des Schizophrenen beginnt bei der ersten Begegnung mit dem Kranken, bei dem Eingehen auf seine Eigenart, bei dem Versuch, seine Verhaltensauffälligkeit zu verstehen.

Diesen Einstieg ermöglicht uns die verstehende Anthropologie von *Zutt* und *Kulenkampff* (1973) oder von *Bayers* (1962) „Analyse der Begegnungsweise Schizophrener“, wie *Kiskers* (1962) „Studien des schizophrenen Erlebniswandels“.

Wir verfügen in Frankfurt dank *Zutt* und *Kulenkampff* seit 1959 über eine Sozialpsychiatrische Abteilung mit einem ausgereiften soziotherapeutischen Rehabilitationskonzept für schizophrene Patienten.

Die Darstellung der gegenwärtigen Sozialpsychiatrischen Abteilung haben wir andernorts skizziert (*Pieschl*, 1975). Das Behandlungsprogramm in der Nachsorge der Schizophrenen, mit dem Ziel der sozialen und beruflichen Rehabilitation über eine Mobilisierung konstruktiver Ich-Reste ist auf die bei chronischen Störungen regelhaft anzutreffenden Grundveränderungen der Affektivität, des Antriebes und des subjektiven Erlebens des eigenen Ich ausgerichtet.

Wir pflegen hier folgende Methoden, die im Rahmen einer patientenorientierten soziotherapeutischen Stationsgemeinschaft angeboten werden:

- a) Individuelle Pharmakotherapie als Voraussetzung für spezielle psycho- und soziotherapeutische Behandlungsmaßnahmen.
- b) Kreative Beschäftigungstherapie;
- c) Musiktherapie;
- d) Gesprächstherapie, als Einzeltherapie und als Gruppentherapie;
- e) Psychodrama;
- f) Arbeitstherapie im klinischen und außerklinischen Bereich;
- g) Sozio- und Milieuthherapie im weitesten Sinne.

Die relativ weit entwickelte sozialpsychiatrische Praxis kontrastiert mit einem weitgehenden Fehlen der empirisch-wissenschaftlichen Fundierung der Hypothesen über strukturelle und therapeutische Regeln. Die große Komplexität des Bedingungsgefüges Person-Krankheit-Sozialfeld benötigt wegen der großen Zahl der Freiheitsgrade relativ großer Patientenzahlen in vergleichbaren homogenen Untergruppen. Die Regelforschung setzt ausgereifte Techniken der Dokumentation, Statistik und elektronischen Datenverarbeitung voraus (*Bochnik*, 1962).

In fünfjähriger Laufzeit haben wir in der Sozialpsychiatrischen Abteilung unserer Universitätsklinik einschließlich der angeschlossenen Außeneinrichtungen eine Befunddokumentation mit einem Erhebungsbogen gespeichert, die rund 400 Fälle erfaßt hat. Wir haben diese Datenbank andernorts ausführlich vorgestellt (*Pieschl* und *Richtberg*, 1975).

Diese Daten können als konstrukteigene, mehr als zehnjährige prak-

tische Erfahrung im Umgang mit schizophrenen Rehabilitanden angesehen werden.

Da ärztliches Wissen und Können neben eigenen Beobachtungen in untrennbarer Legierung verknüpft sind mit Erfahrungen anderer, mögen diese Daten aber weiter Ausdruck der von *Zutt* geprägten anthropologischen Betrachtungsweise sein. Sie sind es sicher insoweit, als erfaßte Daten zur sozialen Entwicklung und Einbettung „die Welthaftigkeit des menschlichen Leibes charakterisieren“. Unverkennbar orientiert sich der Datensatz in seinem „Modell vom kranken Menschen“ an den von *Bochnik* (1977) herausgearbeiteten Faktorenkomplexen.

Für den Faktor Krankheit wurden allgemeinmedizinische Daten wie: Diagnose, Beginn, Verlauf, Dauer, genetische Belastung, biologische Faktoren, körperliche Mängel und Körperbautyp fixiert.

Für den Faktor Sozialfeld wurde die Kindheitssituation (broken home), berufliche Entwicklung, familiäre Einbettung, Wohnverhältnisse, Verständnis der Familie, Sozialkontakt, Dauer der Arbeitsfähigkeit fixiert und schließlich der Faktor der Persönlichkeit oder Ich-Stärke in der Verhaltensbeschreibung, wie sie in den verschiedenen therapeutischen Bereichen übereinstimmend sichtbar wurde, zusammengefaßt.

Die sozialmedizinische und berufliche Situation haben wir bei allen Probanden, soweit diese erfaßbar waren, nach einem Jahr und nach fünf Jahren der Behandlung überprüft.

Die Studie hat eine Fülle von Ergebnissen geliefert, die zur Zeit tabellarisch aufgearbeitet werden.

Lassen Sie mich aber nur ein Ergebnis skizzieren, das von *Ciampi* (1979) weitgehend bestätigt wird: Der Rehabilitationserfolg – gemessen an der Wiedereingliederung am freien Arbeitsmarkt nach einem Jahr und nach fünf Jahren – hängt in bedeutsamer Weise von sozialen und Persönlichkeitsfaktoren der Probanden ab, während die allgemein medizinischen Merkmale eine deutlich geringere Rolle spielen.

In Abwandlung einer Äußerung von *Zutt* (1969) möchte man sagen: Spielt für die Rehabilitation das Soziologische, der Ich-Zustand einer schizophrenen Psychose eine so wesentliche Rolle, dann doch sehr wahrscheinlich auch für ihren Beginn!

Schizophrenia from the View-point of the Practice of Social Psychiatry

Dietrich Pieschl (Frankfurt)

From ancient times onwards the characterisation of man has been as a *zoon politican*, a social being, something which has however only moderately been taken into consideration by psychiatry in the building of

its theory. Scientifically orientated psychiatry (*Griesinger, Kraepelin*) reached the point, where the social causes of mental illnesses were neglected to a great extent. Discredit – as the author explains – was then thrown upon this position of pure natural science and a contrast to psychotherapy emerged – however it is not wise to view a psychiatric phenomenon as either a purely scientific or a purely social problem. Even *Jaspers* contributed to this dichotomy. *Pieschl*, on the other hand, points out that through psychoanalysis, existential analysis and anthropology, school psychiatry has seen itself prevailed upon, for its part, to adopt manifold disorders as the causes for endogenic psychosis.

All in all there has been a noticeable development in psychiatry which *Zutt*, the pioneer of social psychiatry, called a "personal and cultural-scientific" psychiatry. Therefore a discrimination between social psychiatry and school psychiatry cannot exist, especially when social psychiatry recognizes the plurality of the methods of treatment and uses them all side by side.

The foundation is an understanding anthropology (*Zutt, Kulenkampff, von Bayer, Kisker*). Social psychiatry is gradually bridging the contrast between clinical psychiatry and psychotherapy, however, it is not possible for it to detach itself from medical science as psychiatry is trying to. Although social psychiatric practise still lacks an empirical scientific basis it follows *Bochnik's* theory of a "complex of factors" of illness, social field and personality.

The general medical data as the following: the diagnosis, beginning of the illness, course of the illness, genetic burdens, biological factors, physical complaints and the type of physical stature all belong to the complex of factors of illness.

Belonging to the factor of social field there is the situation of the childhood, professional development, family situation, living conditions, understanding in the family, social contacts and the length of time of the ability to work. The factor of the personality is to be understood as the factor of the strength of the ego as shown in the description of behaviour.

Literatur

- Aristoteles*: Pol. I 1, 1253 a VII ff
von Bayer, W. (1962): In: *Häfner, H. und v. Zerssen, W.*: Soziale Rehabilitation. In: *Nervenarzt* (35)
Bochnik, H. J. (1962): Sozialfaktoren in vieldimensionalen Strukturen. In: *Nervenarzt* (33)
 – (1970): Dokumentation in Psychiatrie und Neurologie. In: *S. Koller und G. Wagner*: Handbuch der Med. Dokumentation (Stuttgart-New York: Schattauer)
 – (1977): Ziele der Rehabilitation psychisch Kranker – Individuation und Sozialisation. In: *Zeitschrift f. Allgemeinmedizin* (53)
Bleuler, M. (1963). In: *Rattner, J.*: Das Wesen der schizophrenen Reaktion. (Basel, München: Ernst Reinhardt)

- Ciampi, L. et al.* (1979): Ein Forschungsprogramm zur Rehabilitation psychisch Kranker. In: *Nervenarzt*, (56) 374
- Dörner, K. und Plog, U.* (1972) Sozialpsychiatrie. (Neuwied und Berlin: Luchterhand)
- Enquête* (1975): Bericht über die Lage der Psychiatrie der Bundesrepublik Deutschland. Deutscher Bundestag, 7. Wahlperiode. Drucksache 7/4200, 105. (Bonn: Dr. Hans Heger)
- Finzen, A.* (1980): Die Psychiater entdecken die Psychotherapie. In: *Frankf. Allg. Zeitung*, 10. 12. 1980
- Griesinger, W.* (1967): In: *Schrenk, M.*, Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten, Stuttgart 1845. In: *Nervenarzt* (38)
- (1968): In: *Schrenk, M.*: *Griesingers neuropsychiatrische Thesen und ihre sozialpsychiatrischen Konsequenzen*. In: *Nervenarzt* (39)
- Heidegger, M.* (1972): *Sein und Zeit*. (Halle)
- Hirsch, S. R.* (1979): Eltern als Verursacher der Schizophrenie. In: *Nervenarzt* (5)
- Jaspers, K.* (1965): *Allgemeine Psychopathologie*. (Berlin/Heidelberg/New York: Springer)
- Kisker, K.* (1962): In: *Häfner, H. und von Zerssen, D.*: *Soziale Rehabilitation*. In: *Nervenarzt* (35)
- Kraepelin, E.* (1927): *Psychiatrie*, 9. Auflage (Leipzig: Barth)
- Kulenkampff, H.* (1973): *De la Phénoménologie de Jaspers au retour à Husserl; Confrontations Psychiatriques* (o. Verlag)
- Pieschl, D.* (1975): Moderne Sozialpsychiatrie am Beispiel Frankfurt. In: *Musik + Medizin*, 1, 13–18 (Neu-Isenburg: IMP Verlag)
- Pieschl, D.; Richtberg, W.* (1975): Sozialpsychiatrische Befunddokumentation am Beispiel eines Erhebungsbogens der Frankfurter Sozialpsychiatrie. In: *Battegay, A.* (Hrsg.): *Aspekte der Sozialpsychiatrie und Psychohygiene*. (Bern: Huber)
- Wyrsch, K.* (1968): In: *Weitbrecht, H. J.*: *Psychiatrie im Grundriß*. (Berlin/Heidelberg/New York: Springer)
- Zutt, J.* (1953): Über Daseinsordnungen. In: *Nervenarzt* (24)
- (1967): Transkulturelle Psychiatrie. In: *Nervenarzt* (38)
- (1963): Psychotherapie in der Psychiatrischen Klinik, auf der Grundlage einer verstehenden Anthropologie; auf dem Wege zu einer anthropologischen Psychiatrie. *Gesammelte Aufsätze*. (Berlin/Göttingen/Heidelberg: Springer)
- (1969): Die psychiatrische Wissenschaft in heutiger Zeit. In: *Jahrbuch für Psychologie, Psychotherapie und Med. Anthropologie*. (Freiburg/München: Karl Alber)

Anschrift des Autors:

Prof. Dr. med. Dietrich Pieschl
 Abteilung der Sozialpsychiatrie am Zentrum der Psychiatrie
 der Kliniken der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität
 Heinrich Hoffmann-Str. 10
 6000 Frankfurt

Psychodynamische Aspekte in der forensischen Psychiatrie**

Rolf Schmidts, München*

In allen wesentlichen sowohl zivil- wie strafrechtlichen Fragen, von der Beurteilung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit, der Verbeamtung, der Berentung, der Sozialhilfe, des Sorgerechts in Ehestreitigkeiten, der Geschäftsfähigkeit, Entmündigung, Vormundschaft und Pflegschaft, der Unterbringung, der Testier- und Prozeßfähigkeit, der Entwicklung und Reife im Rahmen des Jugendgerichtsgesetzes bis hin zur Beurteilung der Schuldfähigkeit im Strafprozeß und der Maßregeln zur Besserung und Sicherung, geht es letztlich um zwei Problemkreise: In diagnostischer Hinsicht stellt sich die Frage, inwiefern ein Mensch zu einer verantwortlichen Lebensführung in der Lage ist, und in prognostischer Hinsicht, inwieweit ihm ein verantwortliches Handeln zugetraut werden kann. Die Beurteilungen des forensischen Psychiaters ziehen auch in den nicht strafrechtlichen Bereichen der Rechtspflege oft einschneidende Konsequenzen nach sich, im Strafrecht stellt sich diese doppelte Frage nach der Entscheidungsfreiheit eines Menschen mit besonderer Schärfe.

Dem Gutachter wird eine große Verantwortung dem straffällig Gewordenen und der Umwelt gegenüber anvertraut. Sein Menschenbild und letztlich auch er selbst stehen damit in Frage. Ein biologistisch festgefahrenes Menschenbild hält den Drehtürvollzug, ähnlich der Drehtürpsychiatrie, in Gang. Notwendige und gesetzlich vorgeschriebene Vollzugsreformen bleiben daher trotz bester Absicht stecken. Daher könnte der handlungswissenschaftliche Ansatz auf der Basis des Identitätskonzepts Ammons eine Veränderung in Theorie und Praxis der Beurteilung ermöglichen, wie auch die Behandlung eines kriminell gewordenen Menschen.

In seiner Arbeit „Psychische Schäden durch berufliche und gesellschaftliche Diskriminierung infolge der sog. Nürnberger Gesetze“ (1980) wirft *Günter Ammon* eine Frage auf, die sich aus dem spezifischen Zusammenhang herauslösen und verallgemeinern läßt, und zwar, ob die üblichen „psychologischen Kriterien der Begutachtung dem Anspruch einer humanistischen Wissenschaft gerecht werden“. Er fährt fort, daß in der herkömmlichen Psychiatrie lediglich Symptomdiagnosen erstellt werden. „Eine so verfahrenende Wissenschaft kann dem Grundrecht jedes Menschen auf die Entwicklung seiner Persönlichkeit und seiner Identität in intakten und lebendigen Gruppen, sowie den Folgen, wenn ein solches Grundrecht nicht verwirklicht ist, nie entsprechen“. Er fordert daher eine „veränderte Humanwissenschaft, die nicht mehr, wie bisher, die latente bürokratische Menschenfeindlichkeit unterstützt durch Theorien, wie besonders die der angeblich der Natur des Menschen immanenten Destruktivität, die vielmehr stattdessen die unbewußten Strukturen sozialer Gebilde im Dienste an den Bedürfnissen und an der Identitätsentwicklung der Menschen untersucht“. (*Ammon*, 1980)

* Dr. med., Psychoanalytiker, Chefarzt der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige, München.

** Vortrag, gehalten auf dem XII. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), 8. – 13. Dezember 1980, Kongreßzentrum München

Seitdem der Begriff Therapie im Zusammenhang mit der Einführung der sozialtherapeutischen Anstalten durch das 2. Gesetz zur Reform des Strafrechtes 1969 in die juristische Debatte, z. B. auch unter dem Schlagwort „Therapie statt Strafe“ aufgenommen worden ist, besteht ein rechtlicher Auftrag an den forensischen Psychiater, dem Richter seine Kenntnisse nicht nur hinsichtlich einer Diagnose und einer Kriminalprognose, sondern im Hinblick auf eine sinnvolle Vollzugsplanung, die die Entwicklungsmöglichkeiten eines Delinquenten berücksichtigt, zur Verfügung zu stellen. Er wird sich kaum mehr darauf beschränken können, lediglich, wie es noch in der 14. Auflage des Lehrbuches der Psychiatrie von *Eugen Bleuler* in Beziehung auf die Schuldfähigkeit eines Delinquenten heißt: „Aufgrund klinischer, psychiatrischer, psychopathologischer und verhaltenstherapeutischer Untersuchungen den gegenwärtigen psychischen Zustand festzustellen, den zum Zeitpunkt der Tat vorhandenen psychischen Zustand zu erschließen, weiterhin sich darüber zu äußern, welchen der im Gesetzestext genannten Begriffe (krankhafte seelische Störung, tiefgreifende Bewußtseinsstörung, Schwachsinn, schwere andere seelische Abartigkeit) dieser psychische Zustand gg. zuzuordnen ist und schließlich zu erläutern, ob und inwieweit krankhafte Einflüsse im zur Straftat hinführenden Motivationsprozeß mitgewirkt und diese die Einsichts-Steuerungsfähigkeit erheblich vermindert oder aufgehoben haben“. (*Bleuler*, 1966) Er wird sich um so weniger darauf beschränken können, als juristischerseits diskutiert wird, die Gestaltung des Strafvollzuges aus der Kompetenz der Vollzugsverwaltung herauszunehmen und dem Richter im Sinne eines integrativen Resozialisierungsplanes zu überantworten.

Neben dem rein schuldstrafrechtlichen und rechtsphilosophischen Aspekt der Strafgesetzgebung, daß nämlich eine Tat per se eine entsprechende Strafe erfordere, weil die freiheitliche Entscheidung des Menschen ihn zu einem sozialen Wesen bestimmt und antisoziales Verhalten diese freiheitliche Entscheidung negiert (*Kant*, *Hegel*), sowie dem generalpräventiven Aspekt der Abschreckung der Allgemeinheit, tritt damit der spezialpräventive, auf den einzelnen Täter bezogene Aspekt immer mehr in den Vordergrund. Dies erfordert vom forensischen Psychiater eine Würdigung der Gesamtpersönlichkeit eines Täters nicht nur im Hinblick auf seine pathologischen, sondern vor allem auf seine gesunden Persönlichkeitsanteile, nicht nur im Hinblick auf eine Prognose weiterer Straftaten, sondern auch in bezug auf seine Entwicklungsmöglichkeit und seine therapeutische Beeinflußbarkeit.

Gerade dafür fehlt jedoch der in einer „Charakterbiologie“ (*Moser*, 1971) festgefahrenen Gerichtspsychiatrie die Voraussetzung. Die auffallende Parallelität zwischen der nosologischen Systematik der deutschen Schulpsychiatrie einerseits und der Definition strafrechtlicher Verantwortlichkeit in der alten Fassung des § 51,1 und 2 StGB doku-

mentiert ihre Orientierung an einer durch die Rechtsentwicklung letztlich überholten Strafrechtssystematik. Aufgrund dieser Parallelität war es dem forensischen Psychiater möglich, sich mit einer „Regelbeurteilung“, wie es noch im Handbuch der Forensischen Psychiatrie von *Göppinger* und *Witter* heißt, zu bescheiden. Krankheit, also im Sinne der schulpsychiatrischen Nosologie, körperliche Krankheit und endogene Psychose ließen fast automatisch eine Exculpierung zu, Abnormalitäten oder psychische Variationen schränkten dagegen die Verantwortungsfähigkeit im Prinzip nicht ein. Eine solche Systematik läßt lediglich eine Aussage über die Determinationsstruktur einer Tat zu, was im o. g. Handbuch der Forensischen Psychiatrie ausdrücklich als Aufgabe des Sachverständigen definiert wird, nicht jedoch eine Aussage über individuelle Gegebenheiten, geschweige denn über eine individuelle Verantwortlichkeit. Die Folge sind Gutachten von geradezu unglaublicher Stereotypie.

In der Praxis wird durch eine solche diagnostische Zuordnung ein Delinquent einem mechanistischen Strafvollzug überantwortet oder im Maßregelvollzug auf unabsehbare Zeit in einer psychiatrischen Anstalt untergebracht. Fragt man die Betroffenen, so bevorzugen sie die klar begrenzte Strafe vor einer psychiatrischen Behandlung, deren Diffusität zusätzlich Schäden im Sinne eines Hospitalismus setzt. Abgesehen davon sind sich jedoch Gefängnisse und psychiatrische Anstalten erneut immer ähnlicher geworden, als hätte *Pinel* die Kranken nicht von ihren Fesseln gelöst. In den Gefängnissen werden Maßnahmen im Sinne der Beschäftigungstherapie und Rehabilitation in der Absicht einer Resozialisierung durchgeführt, in den psychiatrischen Anstalten überwiegen der Verwehrcharakter, Kontrolle und Isolierung. Den Aufsichtsbeamten werden tendenziell therapeutische Aufgaben zugemutet, wofür sie einerseits nicht ausgebildet sind, die sie andererseits im gegebenen institutionellen Rahmen gar nicht verwirklichen können. Umgekehrt werden Pfleger bzw. Krankenschwester, ebenso aber auch die Ärzte zu Verschließen und Verwalten von Sicherungen, was ihrem Selbstverständnis und ihren Aufgaben diametral entgegentläuft. In beiden Institutionen installieren sich gleichermaßen Kalfaktorensysteme und eine Subkultur, die die bestehenden Verhältnisse bestätigt und die Symptomatik zementiert. In diesem Sinne sind die Drehtürpsychiatrie und der Drehtürvollzug auf einen Nenner zu bringen. Therapie wird unter diesen Voraussetzungen nur zu einer anderen Form von Strafe.

In aller Schärfe formuliert ein Thesenpapier des 4. Strafverteidigertages vom Mai 1980 in München (*Wächtler*), daß „bei unterstellten besten Vorsätzen aller Reform das System von Vergünstigung im Strafvollzug zur Zerstörung der Persönlichkeit der Gefangenen beiträgt. Der abgestufte Behandlungsvollzug offeriert den Gefangenen als Prämien für beständiges Wohlverhalten Lockerungen, die von besseren hygienischen

Bedingungen bis zum Freigang und frühzeitigen Entlassungen reichen. Logische Entsprechungen sind disziplinarische Differenzierungen für unangepaßte Gefangene. Diese Vollzugsstufen spalten die Gefangenen, sie züchten Spitzel und Denunzianten und behindern jede soziale Solidarität. Hier liegt ein Menschenbild zugrunde, das den Gefangenen mit dem *Pawlow*schen Hund auf eine Stufe stellt“. Das Thesenpapier fährt fort: „Wir akzeptieren eine Therapie nur, wenn sie dazu beiträgt, den Menschen zu befreien, d. h. ihn zu bewegen, sich von seinen Abhängigkeiten zu lösen. Das Ziel einer emanzipativen Therapie ist die entwickelte Persönlichkeit, die sich bewußt für oder gegen die Einhaltung bestehender Normen entscheiden kann. Eine solche Therapie ist unvereinbar mit jedem Versuch, den Kriminellen als Reaktion auf seine Tat zwangsweise an die gesellschaftlichen Normen anzupassen“.

Die hier ausgesprochenen Thesen verlangen vom forensischen Psychiater letztlich die Beantwortung der Frage, inwieweit es möglich ist, einem Menschen zu seiner eigenen Verantwortungsfähigkeit in einem personalen Sinne zu verhelfen. Von einigen namhaften Gerichtspsychiatern wurde dies auch durchaus gesehen. So hat *von Baeyer* in Anlehnung an die moderne philosophische Anthropologie in einem Handbuchartikel von 1959 über „Neurose, Psychotherapie und Gesetzgebung“ die Anwendung einer anthropologisch fundierten Willenspsychologie im Sinne *Kellers*, *Ricoeurs* und *Sartres* auf forensisch psychiatrische Fragen gefordert (vgl. *Göppinger* u. *Witter*, 1972).

Die Psychoanalyse hat diese Forderung schon früh formuliert. *Alexander* und *Staub* schrieben 1929: „Die Gesellschaft muß dem gesetzwidrig Handelnden erst die Gelegenheit geben, eine praktische Verantwortung für seine Handlungen zu übernehmen“. Die psychoanalytische Kriminologie begann mit *Freuds* Entdeckung, über die er in einer kurzen Arbeit „Verbrecher aus Schuldgefühl, unbewußtem“ (1915) mitteilte, daß „manche Taten vor allem darum vollzogen wurden, weil sie verboten und weil mit ihrer Ausführung eine seelische Erleichterung für den Täter verbunden war“. Er nahm an, daß das unbewußte Schuldgefühl, das die Tat im Gefolge hatte, aus dem Oedipuskomplex stamme: „Im Vergleich mit den beiden verbrecherischen Absichten, den Vater zu töten und mit der Mutter sexuell zu verkehren, erscheint die Unterbringung des Schuldgefühles im begangenen Verbrechen geradezu eine Erleichterung“.

Auf der Basis dieses Ansatzes entfaltete sich auch die spätere psychoanalytische Kriminologie. Ihrer deterministischen Tendenz entsprechend richtete sie ihre Kritik gegen den schuldrechtlichen Ansatz der Rechtsprechung. Auf der anderen Seite wurde eine Art innerer Gerichtshof im Menschen installiert. So schreibt *Theodor Reik* in seinen berühmten Vorlesungen über „Geständniszwang und Strafbedürfnis“, die er am Lehrinstitut der Wiener Psychoanalytischen Vereinigung vor-

trug (1925), daß es darum gehe, die Hemmungen im Individuum zu verstärken: „Dies Ziel wäre eine Rückkehr zur ursprünglichen Tabu-Gesetzgebung, die sich gegen starke Impulse richtet, (sie) soll innerer Erwerb werden, der zur Verwerfung dieser Regungen führt“.

Im Versuch, den Begriff Verantwortlichkeit „rein psychologisch“ zu fassen, definieren *Franz Alexander* und der Jurist *Hugo Staub* in ihrer Arbeit „Der Verbrecher und sein Richter“ (1929) den Menschen als psychologisch und biologisch lückenlos determiniertes System, wodurch der Begriff Willensfreiheit, der mit den bewußten Motiven des Ich gleichzusetzen sei, jeden Sinn verliere. In einem „praktischen bzw. taktischen“ Sinne könne man die bewußte Persönlichkeit allerdings wiederum für ihr Handeln verantwortlich machen, da das bewußte Ich den Umgang mit der Außenwelt besorge. Diese pragmatische Bestimmung einer Verantwortungsfähigkeit schränkte sich im Laufe der psychoanalytischen Forschungen über die Pathologie des Über-Ich noch weiter ein. Die noch von *Freud* gemachte Annahme, es gebe einen quasi normalen Verbrecher, die Charakterstruktur einschließlich des Über-Ich könne durchaus normal integriert, aber das Ganze antisozial ausgerichtet sein, mußte der Einsicht weichen, daß, wie es bei *Tilman Moser* (1972) heißt, „Überichdefekte, Überichdeformationen und Überichlücken in so schwerwiegendem Ausmaß gerade bei Menschen vorlagen, die in der forensischen Praxis üblicherweise für verantwortungsfähig befunden wurden“. Möglicherweise hatten gerade solche Befunde, die einen wesentlich tiefer greifenden Determinismus menschlichen Handelns belegten und auch in der schulpsychiatrischen Begutachtung zu differenzierteren Aussagen führten, auf die strafrechtliche Diskussion, die schließlich zu der Novellierung des Strafgesetzes führte, einen zumindest indirekten Einfluß. Die Neufassung der Zurechnungsnorm im Begriff der „schweren seelischen Abartigkeit“ der §§ 20 und 21 StGB überschreitet im Prinzip den seitens der forensischen Schulpsychiatrie beibehaltenen Krankheitsbegriff. Nicht umsonst begegnete die orthodoxe Kriminalpsychologie den psychoanalytischen Gutachtern mit höchstem Mißtrauen und beschwor fast ununterbrochen eine „Dammbruchgefahr“. Die insgeheimen Übereinstimmungen wurden darüber fast übersehen. Der endogenologische und konstitutionspathologische Ansatz schulpsychiatrischer Nosologie, sowie der triebtheoretische Determinismus der orthodoxen Psychoanalyse lassen die Frage nach der Verantwortungsfähigkeit zu einem praktischen bzw. taktischen Moment von wissenschaftlicher Irrelevanz zusammenschrumpfen.

In Anerkennung des Einwandes von *von Baeyer*, daß alle triebdynamischen Rückführungen auf Libidostauungen noch nicht die Handlung selbst sind, vielmehr immer noch der motivationspsychologisch nie restlos auflösbare Sprung in die Tat bleibe, formuliert *Bräutigam* im Handbuch der Forensischen Psychiatrie (*Göppinger, Witter, 1972*) die

Forderung an die Psychoanalyse, über ihre bisherige Ausrichtung auf eine Motivationspsychologie hinauszugehen und eine Psychoanalyse der Handlung, auch der kriminellen Tat zu erarbeiten. Freilich unterschied auch schon *Freud* ausdrücklich zwischen Motiv und Tat, ohne daß diese Unterscheidung in der Folge psychoanalytisch aufgearbeitet worden wäre. Mit der Einführung der therapeutischen Dimension in das Gesetz hat sich die Situation jedoch entscheidend verändert. Die Zeit scheint nunmehr reif für einen dezidiert anthropologischen Ansatz und einen differenzierten, auf die individuellen Verhältnisse zugeschnittenen Krankheitsbegriff in der forensischen Psychiatrie.

In der bereits oben zitierten Arbeit über „Psychische Schäden durch berufliche und gesellschaftliche Diskriminierung infolge der sog. Nürnberger Gesetze“ (1980) schreibt *Günter Ammon*: „Die Dynamische Psychiatrie stellt in den Mittelpunkt ihrer Theorie und Forschung die Identität des Menschen, d. h. seine gewachsene und noch wachsende Persönlichkeitsstruktur entwickelt sich nach unserem Verständnis als abhängig von den Erlebnissen des Menschen, d. h. von seinen gelebten Beziehungen in den Gruppen, die für ihn lebensgeschichtliche Bedeutungen gehabt haben. Aus diesen Gruppen und dem sie bestimmenden Beziehungsgeflecht erhält der Mensch Sozialenergie, die dem Einzelnen im Sinne von Ernstnehmen, Zuwendung und Unterstützung für seine Entwicklung zur Verfügung gestellt wird. Bei Ausbleiben dieser sozial-energetischen Zufuhr können sich die Ich-Funktionen, anhand derer wir das Modell der Persönlichkeit strukturieren, nicht entwickeln. Entwicklung ist damit ein korrespondierendes Geschehen zwischen Individuum und den umgebenen Gruppen. Identität bedeutet darum: Freiheit und Recht des Einzelnen zu entscheiden, wer er sein will, bedeutet, seine Selbstbestimmung im sozialen Kontext mit Respekt und Achtung des Anderen. Die Idee des Humanismus ist mit dieser wissenschaftlichen Konzeption untrennbar verbunden“.

Entwicklung in einer lebendigen Gruppe kann die gruppendynamische Interdependenz heute mit Hilfe des dynamisch-psychiatrischen Begriffsinstrumentariums beschrieben werden. Entwicklung in der Gruppe findet ihren Niederschlag in der Ich-Struktur der Persönlichkeit. Das belegen insbesondere die Befunde einer Veränderung der Dimensionen konstruktive, destruktive und defizitäre Aggression, sowie der Ich-Abgrenzung nach innen und außen im Ich-Strukturprofil im Laufe eines therapeutischen Prozesses. Darüber hinaus ist die Erweiterung der Fähigkeit, sich selbst zu bestimmen, in der gruppendynamischen Situation selbst unmittelbar erfahrbare. Solche Erfahrungen und Befunde werden allerdings allein und einzig in einer grundsätzlich dialogischen Ebene sichtbar und interpretierbar. Das bedeutet, daß die Fähigkeit, sich selbst zu bestimmen und verantwortungsvoll zu handeln, nicht primär allgemein psychologisch sondern nur gruppendynamisch

und ich-strukturell zugleich zu verstehen ist. Eine solche Gleichzeitigkeit gruppodynamischer und ich-struktureller Gesichtspunkte bestimmt auch den Krankheitsbegriff der Dynamischen Psychiatrie, der die kranken und gesunden Persönlichkeitsanteile gleichermaßen berücksichtigt. Dem entspricht anstelle der klassischen Nosologie die Auffassung von einem gleitenden Spektrum archaischer Ich-Krankheiten, d. h. defizitärer und destruktiver Ich-Strukturen, wie es *Ammon* z. B. im Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. I (1979) formuliert.

Diesem Verständnis gemäß müssen wir hinsichtlich der rechtlich relevanten Verantwortungsfähigkeit ebenfalls von einem gleitenden Spektrum ausgehen. Ein prinzipieller Unterschied zwischen der Tat eines psychotisch Erkrankten, eines Menschen, dessen Ich-Struktur wir im Sinne des Borderline-Konzeptes begreifen, wie es auf dem VIII. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse über das Borderline-Syndrom in Theorie und Praxis 1976 in Düsseldorf dargelegt wurde, und eines neurotisch Kranken besteht also nicht. *Ammon* hat schon 1969 in seiner Arbeit „Abrupter Durchbruch destruktiver Aggression als psychiatrisches Problem“ anhand von Untersuchungen mehrerer nach außen hin normal erscheinender Mörder episodisch psychotische Zustände, die auch in der Tat manifest wurden, nachgewiesen und die Tat selbst hinsichtlich der internalisierten pathologischen Gruppodynamik des Täters untersucht. Es wird also darauf ankommen, in einer differenzierten Untersuchungssituation, in der sich der diagnostische Prozeß, getragen durch emphatisches Verstehen entfaltet und indem sich zugleich die internalisierte Gruppodynamik des Delinquenten manifestiert, die destruktiven, defizitären und konstruktiven Ich-Anteile in einem Strukturprofil zu lokalisieren und gegeneinander abzuwägen, sowie die Tat hinsichtlich ihrer unbewußten gruppodynamischen Bedeutung für den Delinquenten zu interpretieren. Natürlich wird eine Verantwortungsfähigkeit umso weniger angenommen werden können, je massiver die Schädigungen im primären und zentralen Ich ausgeprägt sind. Das allein genügt jedoch unserer Ansicht nach noch nicht, wenn die Tat und der Tathergang nicht auf dem Hintergrund der zentralen Schädigung der Persönlichkeitsstruktur zu sehen sind. Z. B. kann man auch nicht im fortgeschrittenen therapeutischen Prozeß bei psychotisch reagierenden Menschen strafrechtlich relevante Handlungen erleben, für die sich der Betreffende sozusagen eine Art Narrenfreiheit nimmt. Exculpiert man solche Menschen oder setzt man ihnen keine fühlbare Grenze im Sinne einer Sanktion, so nimmt man sie nicht ernst und verläßt sie letztlich. Daß sein Handeln Folgen hat, läßt einen Menschen sich in seinen Potentialitäten und nicht in seiner Ohnmacht erfahren. Freilich muß eine solche Grenzsetzung sinnvermittelnd sein, d. h. wiederum in einem dialogischen Prozeß vom Betroffenen verstanden werden können.

Auf der anderen Seite muß darüber hinaus im einzelnen beurteilt werden, wieweit die Verantwortungsfähigkeit eines Menschen reicht. Ich kenne Beispiele von Patienten, bei denen eine vorzeitige Aufhebung von Vormundschaft vorübergehend zu einer psychotischen Desintegration führte, weil sie Mündigkeit und Selbstbestimmung als eine existentielle Bedrohung erlebten, die sie an den erfahrenen defizitären Modi der Lebensgestaltung ihrer Primärgruppen festhalten ließ.

Natürlich ist eine solche Beurteilung letztlich nur in einem therapeutischen Dialog möglich. Insofern aber auch die forensische Begutachtung auf dem Hintergrund eines Dialoges stattfindet und stattfinden muß, können dem Richter, der in den meisten Fällen dynamisch-psychiatrischen Ausführungen meiner Erfahrung nach mit großem Interesse folgt, wertvolle Hinweise gegeben werden. Im Jugendgerichtsverfahren, dessen konsekutivem Vollzug weitaus weniger starre Grenzen gesetzt sind als im Erwachsenenvollzug, sind solche Hinweise geradezu unabdingbar, zumal hier Tat- und Vollzugsrichter in einer Person vereinigt sind. Gemeinsam mit dem Gericht hat der forensische Psychiater eine Perspektive des Jugendlichen zu entwickeln, die im Sinne einer Prophylaxe das weitere Schicksal des Jugendlichen entscheidend beeinflussen kann. Natürlich sind solche Weichenstellungen in den anderen zivilrechtlichen Bereichen der Rechtspflege von ebenso großer Bedeutung.

Im Erwachsenenvollzug und hinsichtlich der Unterbringung sind die Möglichkeiten, bevor sozialtherapeutische Institutionen aufgebaut sind, aufgrund der erstarrten Strukturen der Vollzugsinstitutionen sicherlich begrenzter. Immerhin ist es möglich, mindestens ein Problembewußtsein zu schaffen und sogar das aktuelle Verfahren für den Delinquenten durchschaubarer, weniger formalistisch und vielleicht sogar im ich-strukturellen Sinne verändernd zu gestalten. Ein im letzteren Sinne wirksamer Gerichtshof müßte die Grundstruktur einer erfahrungsfähigen gruppendynamischen Gruppe aufweisen, in der Delinquent, Richter, Rechtsanwalt, Gutachter und Vollzugsvertreter sich auf eine verstehende und Grenzen setzende Auseinandersetzung mit dem Delinquenten einlassen, die ihn nicht in einem Ausschließungsritus isoliert, sondern ihm im Sinne einer Hilfs-Ich-Funktion die Stütze bietet, die seine defizitäre Verantwortungsfähigkeit kompensiert. Die Rechtsprechung würde auf diese Weise zu einem, wie *Ammon* sagt, „bedeutsamen menschlichen Ereignis“.

Im krassen Gegensatz dazu bedeutet die bei schwerer erkrankten Delinquenten praktizierte Überantwortung in den Maßregelvollzug eine definitive Verurteilung zu einer in sich inhumanen Verantwortungslosigkeit auf alle Zeit. Die rechtlicherseits geplanten therapeutischen Anstalten und Institutionen, deren Verwirklichung aussteht, – wohl weil ein entsprechendes Konzept bislang nicht formuliert wurde und viel-

leicht auch nicht werden konnte, – müßten nach dynamisch-psychiatrischer Erfahrung im Sinne einer ich-strukturell differenzierten Vollzugskette aufgebaut werden analog der Behandlungskette, wie sie die Dynamische Psychiatrie verwirklicht hat. Natürlich ist auch hier die Voraussetzung eines sinnvollen Vollzuges eine erfahrungsfähige Gruppe, die es dem Delinquenten ermöglicht, mit seiner zur Tatsache gewordenen Tat zu leben und eine Perspektive für das eigene Leben zu entwickeln. Das Ziel einer solchen Entwicklung wäre also Ich-Autonomie und Schuldfähigkeit. Das würde freilich bedeuten, daß die mit dem Vollzug Befassten nicht nur im Sinne einer Aus- und Weiterbildung Kenntnisse erwerben, sondern darüber hinaus bereit sind, Kontakt zuzulassen und sich auch selbst zu verändern.

In einer solchen dialogischen Situation kann Kriminalität im spezifischen Einzelfall verstanden und ihr wirksam begegnet werden. Erst so könnte m. E. der sog. spezialpräventive therapeutische Aspekt Gestalt gewinnen. Der sog. generalpräventive Aspekt verlöre seinen Charakter der Abschreckung, er könnte Verantwortlichkeit und Selbstbestimmung in der Beziehung zum anderen, hier dem delinquent gewordenen Menschen bedeuten. Der schuldrechtliche Anspruch im Sinne einer condition humane könnte in der Angewiesenheit auf den anderen und der Freiheit in Beziehung zum anderen Wirklichkeit werden.

Nicht jeder Mensch entwickelt sich. Selbst die Freiheit zur Unfreiheit scheint uns ein gruppendynamisch erfahrbares Faktum. Darum distanziert sich die Dynamische Psychiatrie von jeder Art einer Heilslehre. Sie ist aber in dem Sinne radikal, als sie einen Menschen auch dann in Verantwortung nimmt, wenn er sich entscheidet, nicht verantwortlich zu sein. In diesem Zusammenhang wird der Schutz der Gemeinschaft der Menschen vorherrschend. Es wird also stets auch Gefängnisse geben, die potentielle Opfer vor Schaden bewahren. Entscheidend scheint mir aber, die Diffusion einer sinnentleerten Vollzugsbehandlung und eines ebenso sinnleeren Behandlungsvollzuges aufzuheben, zu differenzieren und das sozialenergetische Feld einer nachholenden Identitätsentwicklung und Ich-Autonomie nach der Konzeption *Ammons* für Straftäter möglich zu machen.

Forensic-Psychiatric Problems from the Dynamic-Psychiatric Point of View

Rolf Schmidts (München)

This paper discusses aspects of forensic psychiatry according to the psychodynamic concept of group and identity. Regarding current decisions by the government to change the present judiciary it is necessary to take a look at the real role of the forensic psychiatrist in his function as a diagnostician.

Of fundamental importance is how to treat the problems of responsibility and self-regulation of man - which have always been the anthropological essence of all legal theories. With these central issues in mind, the author describes the attitudes of forensic school psychiatry on the one hand and orthodox psychoanalytical criminology on the other. He accuses official psychiatry of being symptom-oriented and non-committal, and of failing to clarify the problems mentioned above. Furthermore, these problems are treated in a purely pragmatical way and consequently lose any scientific importance. The deterministic point of view of orthodox psychoanalytical criminology also tends towards "exculpation" of the delinquent. It is evident that a humanistic conception of the understanding of the delinquent's dependence on his former and present group-experiences, his central ego-functions, his human potentialities does not yet exist. The author suggests the following: 1. The diagnostician should try to empathise with the delinquent and find out the meaning of the crime in the delinquent's life, i.e. how it can be understood in the group-dynamic context. The criteria of responsibility should be seen always on a gliding scale: the greater the defects in the primary and central ego become, the lesser is the delinquent's capacity to take responsibility for his actions. The diagnostician should develop a perspective of the delinquent's future. 2. The court should be a group which has a sense of the situation in which all involved persons - judge, lawyer, diagnostician and executive officer - are ready to participate in a dialogue with the delinquent which sets limits. 3. The structure of future penal institutions should be structured with reference to the concept of dynamic psychiatry as it already has been realized in the dynamic-psychiatric clinics. The final aim of a psychic development of the delinquent in such a therapeutical surrounding should be ego-autonomy and the ability to take on responsibility.

Literatur

- Alexander, F., Staub, H. (1929): Der Verbrecher und sein Richter. Ein psychoanalytischer Einblick in die Welt der Paragraphen, Int. Ps. Verlag, Wien. In: Mitscherlich, A. (Hrsg.) (1971): Psychoanalyse und Justiz. Literatur der Psychoanalyse (Frankfurt/M: Suhrkamp)
- Ammon, Günter (1969): Abrupter Durchbruch destruktiver Aggression als psychiatrisches Problem. In: Beiträge zur gerichtlichen Medizin (27). (Wien: Deuticke)
- (1971): Gruppendynamik der Aggression – Beiträge zur psychoanalytischen Theorie. (Berlin: Pinel-Publikationen)
- (1979): Kindesmißhandlung (München: Kindler)
- (1980): Psychische Schäden durch berufliche und gesellschaftliche Diskriminierung infolge der sog. Nürnberger Gesetze. In: Dyn. Psychiat. (13) S. 305–316.
- Bleuler, E. (1966): Lehrbuch der Psychiatrie. Ergänztter Neudruck der 10. Aufl. von Manfred Bleuler. (Berlin, Heidelberg, New York: Springer)
- Bräutigam, W. (1972): Forschungsrichtungen und Lehrmeinungen der Psychoanalyse. In: Göppinger, H.; Witter, H. (Hrsg.) Handbuch der forensischen Psychiatrie. Bd. I. (Berlin, Heidelberg, New York: Springer)
- Freud, S. (1915): Verbrecher aus Schuldgefühl, unbewußtem. Ges. W. Bd. X, Imago, London
- (1923): Das Ich und das Es. (Leipzig/Wien/Zürich: Int. Psychoanalyt. Verlag)
- (1925): Einige Charaktertypen aus der psychoanalytischen Arbeit, Ges. W. Bd. X, Imago, London
- Göppinger, H.; Witter, H. (Hrsg.) (1972): Handbuch der forensischen Psychiatrie. Bd. I und II. (Berlin, Heidelberg, New York: Springer)
- Haddenbrook, S. (1971): Strafrechtliche Handlungsfähigkeit und Schuldfähigkeit (Verantwortlichkeit); auch Schuldformen. In Göppinger, H.; Witter, H.: Handbuch der forensischen Psychiatrie. Bd. II. (Berlin, Heidelberg, New York: Springer)
- Haun, F. (Hrsg.) (1931): Strafe für Psychopathen? In: Imago, Sonderheft „Kriminologie“, Bd. XVII, Heft 2, London
- Herren, R. (1973): Freud und die Kriminologie. (Stuttgart: Enke)
- Janzarik, W. (1972): Forschungsrichtungen und Lehrmeinungen in der Psychiatrie: Geschichte, Gegenwart, forensische Bedeutung. In Göppinger, H.; Witter, H.: Handbuch der forensischen Psychiatrie. Bd. I. (Berlin, Heidelberg, New York: Springer)
- Jaspers, K. (Hrsg.) (1973): Allgemeine Psychopathologie. (Berlin, Heidelberg, New York: Springer)
- Moser, T. (1971): Repressive Kriminalpsychiatrie. Vom Elend einer Wissenschaft, Eine Streitschrift. (Frankfurt/M.: Suhrkamp)
- Moser, T. (1962): Jugendkriminalität und Gesellschaftsstruktur. (Frankfurt/M.: Suhrkamp)
- Rank, O. (1912): Das Inzest-Motiv in Dichtung und Sage. Grundzüge einer Psychologie des dichterischen Schaffens. (Leipzig: Deuticke)
- Reik, T. (1925): Geständniszwang und Strafbedürfnis, Probleme der Psychoanalyse und Kriminologie, Int. Ps. Verlag, Wien. In: Mitscherlich, A. (Hrsg.) (1971): Psychoanalyse und Justiz, Literatur der Psychoanalyse. (Frankfurt/M: Suhrkamp)
- Schneider, K. (1927): Die abnorme seelische Reaktion. (Wien: Deuticke)
- Wächtler, H. et al. (1980): Thesenpapier zum 4. Strafverteidigertag. Unveröffentlichtes Manuskript

Anschrift des Autors:
Dr. med. Rolf Schmidts
Liebigstraße 1
8000 München 22

Versuche der Schizophrenie-Psychotherapie zur Zeit der frühen Budapester Schule der Psychoanalyse**

Paul Harmat, Mauer*

Harmat zeigt, daß die ungarischen Psychoanalytiker Hallós, Hajdu und Csáth in der Nachfolge Ferenczis schon früh Ansätze zu Theorien und Behandlungsmethoden der Psychosen entwickelt haben, die auf dem Wege zu einer modernen ich-psychologischen und interpersonellen Theorie der Entstehung der Psychosen und deren Behandlung Stationen darstellen. Entscheidend waren hier eine gewisse Freiheit von orthodoxen psychoanalytischen Elementen und Schergewichten der Theorie und der Behandlungsmethodik. Empathie und Aktivität des Therapeuten gingen einher mit einem Abrücken von der Es-Psychologie und führten zu einer ersten Integration von Psychiatrie und Psychoanalyse.

Die psychoanalytisch orientierte Psychotherapie der Psychosen ist ohne theoretische Begründung unvorstellbar. Die theoretische Grundlage für die Psychotherapie der Schizophrenie bilden in der Budapester Schule *Sándor Ferenczis* Schriften.

Ferenczi war der Begründer und die hervorragendste Gestalt der psychoanalytischen Bewegung in Ungarn. Er blieb bis zu seinem Tode *Freuds* bester Freund und brach trotz der Meinungsverschiedenheiten in den zwanziger Jahren niemals mit dem österreichischen Begründer der Psychoanalyse. Die wissenschaftliche Bedeutung der Theoriebildung in *Ferenczis* Lebenswerk und in der Tätigkeit der Budapester Schule besteht darin, daß sie die *Freudsche* Psychoanalyse in gewissen Beziehungen überholte (*Harmat*, 1974; 1976).

„Es ist bekannt, daß *Freud*, der Begründer der Psychoanalyse seine Auffassung mehrmals änderte. In seinem Lebenswerk kann man einzelne Perioden erkennen, die späteren Perioden sind weiterentwickelt, lehnen aber die früheren nicht ab, sondern integrieren neue Gesichtspunkte. Diese Integration hat sich auch nach *Freuds* Tod fortgesetzt“ schreibt der ungarische Psychiater *Béla Buda* (*Buda*, 1966). *Freud* legte im topographischen Modell in der Untersuchung der Dynamik des Seelenlebens das Hauptgewicht auf die unbewußten Faktoren, im strukturellen Modell auf die Tätigkeit des Es. Dieses wurde von ihm – obwohl er betonte, daß auch das Ich und das Über-Ich unbewußte Bereiche hätten – als der Hauptschauplatz der unbewußten Seelenvorgänge betrachtet. Er schreibt im „Abriß der Psychoanalyse“: „Den Kern unseres Wis-

* Dr. med., Landesnervenklinik Mauer b. Amstetten, Österreich.

** Vortrag, gehalten auf dem XII. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), 8.–13. Dezember 1980, Kongreßzentrum München.

sens bildet also das dunkle Es, das nicht direkt mit der Außenwelt verkehrt und auch unserer Kenntnis nur durch die Vermittlung einer anderen Instanz zugänglich wird“ (*Freud*, 1938) und in „Totem und Tabu“ sind Psychoanalyse und die Erforschung des Unbewußten gleichgesetzt: „Wer von der Psychoanalyse, das heißt von der Erforschung des unbewußten Anteils am individuellen Seelenleben her an das Problem des Tabu herantritt . . .“ (*Freud*, 1912).

Die Rolle der Ich-Psychologie ist in den verschiedenen Perioden von *Freuds* Lebenswerk unterschiedlich. Der Begriff des Ich erscheint schon im präanalytischen „Entwurf einer Psychologie“ (*Freud*, 1887–1902). Im strukturellen Modell nach 1920 bekommt das Ich, das im topographischen Modell stark in den Hintergrund getreten war, eine wichtige Rolle (*Freud*, 1923). Obwohl das strukturelle Modell in *Freuds* Lebenswerk eine zur psychoanalytischen Ich-Psychologie näher stehende Entwicklungsstufe bildet, können wir von einer systematischen und umfassenden Ich-Psychoanalyse bei *Freud* nicht sprechen.

Freud kam der Ich-Psychoanalyse näher, nachdem er mit der Einführung des Narzißmus-Begriffes die Psychosen stärker in seine Forschungen einbezogen hatte (*Freud*, 1914). Wir verweisen darauf, was später ausführlicher behandelt wird: Die Ausarbeitung der Ich-Psychologie stellt für die psychoanalytische Theorie und damit für die Therapie der Psychosen und der Schizophrenie eine unerläßliche Vorbedingung dar.

In der Entwicklung der Psychoanalyse nach *Freud* trat die Ich-Psychologie zunehmend in den Vordergrund, u. a. in der Tätigkeit von *Paul Federn*, *Anna Freud*, *M. M. Gill*, *Heinz Hartmann*, *E. Kris*, *R. M. Löwenstein* und *David Rapaport* (*Drews, Brecht*, 1975; *Federn*, 1978; *Kutter, Roskamp*, 1974). Da der Verkehr mit der Außenwelt ein bedeutender Teil der Ich-Funktionen ist, traten in der nächsten Periode der Entwicklungsgeschichte der Psychoanalyse die interpsychischen und interpersonellen Fragen in den Vordergrund, u. a. in der Arbeit von *Harry Stuck Sullivan* und *Frieda Fromm-Reichmann*. Das war die Periode der Sozialisierung oder der „Soziologisierung“ in der Geschichte der Psychoanalyse, die der Fragestellung der Ich-Psychologie notwendig folgte.

Auch die interpersonelle Psychoanalyse stellt eine Entfaltung der Möglichkeiten dar, die die *Freudsche* Theorie potentiell enthält. Man kann aber von einer *Freudschen* interpersonellen Psychoanalyse mit noch weniger Recht sprechen, als von einer *Freudschen* Ich-Psychologie. *Freud* arbeitete die umfassende Theorie der Objekt-Beziehungen niemals aus. Wir meinen, daß auch für die interpersonelle Psychoanalyse gilt, was über die Ich-Psychoanalyse gesagt wurde: Sie ist für die psychoanalytische Theorie und Therapie der Psychosen unentbehrlich.

Nach dem Modell der psychoanalytischen Metapsychologie versucht ein quantitativ zwar schwaches, qualitativ aber mehr oder minder intak-

tes Ich, in den Neurosen die Impulse des Es abzuwehren. Die Hauptform der Abwehr in der Hysterie ist die Verdrängung, die die einfachste Abwehrform darstellt. In der theoretischen Analyse der Neurose, besonders der hysterischen Neurose können deshalb die Fragen der Ich-Struktur und der Ich-Funktion größtenteils in Klammern gesetzt werden. Es ist nicht von ungefähr, daß die erste Periode in *Freuds* Tätigkeit vom Studium des Unbewußten und der Hysterie in einem gekennzeichnet war. Was aber die Zwangs-, die phobische und die Angstneurose betrifft, ist die Lage – wenn auch in verschiedenem Maße – eine völlig andere. Und die Psychosen sind einerseits die eigenen, strukturellen Störungen des Ich, andererseits stellen die Abwehrmechanismen des psychotischen Ich höchst komplizierte Formen dar. Deswegen ist die psychoanalytische Theorie der Psychosen ohne eine entwickelte Ich-Psychologie unvorstellbar.

Man kann in den Werken der Theoretiker der Budapester Schule – obwohl freilich noch nicht ausgearbeitet – viele Elemente der späteren Ich-Konzeption und einige betont interpersonelle Gesichtspunkte sogar schon zu *Freuds* Lebzeiten finden. Es ist teilweise mit *Ferenczis* persönlicher Wirkung, teilweise mit der Atmosphäre der Budapester Schule erklärbar, daß unter den hauptsächlich in den angelsächsischen Ländern wirkenden Vertretern der psychoanalytischen Ich-Psychologie und der interpersonellen Theorie viele aus Ungarn stammende Psychoanalytiker zu finden sind. Wir möchten *Franz Alexander*, *Alice Bálint*, *Michael Bálint*, *Melanie Klein*, *David Rapaport*, *René A. Spitz* und *Thomas Szasz* anführen.

Ferenczi knüpft schon in einer seiner ersten psychoanalytischen Studien, in der „Introjektion und Übertragung“ (*Ferenczi*, 1909) an Äußerungen im *Freudschen* Lebenswerk an, die sich auf die Ich-Psychologie und die Objekt-Theorie beziehen. Die umfassende Analyse und die Monographie waren nicht *Ferenczis* Genre. Er bevorzugte die kürzeren Formulierungen, die Studie und die anekdotische Beschreibung (*Dahmer*, 1978). Bei der Analyse seines Werkes müssen wir uns oft mit der Berücksichtigung eines Absatzes oder einer Andeutung zufriedengeben. Wenn wir dies nicht täten, könnten wir zu dem Schluß kommen, daß *Ferenczi* fast nichts geschafft hat.

Die Arbeit über „Introjektion und Übertragung“ geht von den klassischen triebpsychologischen Erscheinungen wie Neurose, Hypnose und Suggestion aus, und sie bewegt sich in vieler Hinsicht auf der *Freudschen* Linie. Von den verwandten Erscheinungen der Verschiebung und der Übertragung behandelt aber *Ferenczi* die letztere ausführlicher und von mehreren Standpunkten aus. Bei der Verschiebung liegt der Schwerpunkt in den triebpsychologischen Beziehungen, bei der Übertragung in den interpersonellen. *Ferenczis* Aufmerksamkeit galt den letzteren. Die Analyse der Introjektion und der Projektion weist auf die

Ich-Psychologie hin. *Ferenczi* definiert die Projektion als einen das Ich reduzierenden Prozeß, die Paranoia als Ich-Defizit. Beide werden von ihm als die extremen Varianten der Ich-Entwicklung behandelt.

Die Ich-Entwicklung steht bei *Ferenczi* von Anfang an im Mittelpunkt des Interesses. Das beweist eine seiner bezeichnendsten ich-psychologischen Studien, die „Entwicklungsstufen des Wirklichkeitssinnes“ (*Ferenczi*, 1913). Nach *Michael Bálint* war sie die erste Arbeit über die Entwicklung des Ich in der Geschichte der Psychoanalyse (*Bálint*, 1970). Wir ergänzen dies dahingehend, daß sie überhaupt die allererste ich-psychoanalytische Arbeit darstellt. Ihre Ergebnisse scheinen vielleicht im Lichte unseres heutigen Wissens unvollständig zu sein, wir dürfen aber den Zeitpunkt ihrer Entstehung nicht aus den Augen lassen.

Der Ausgangspunkt ist das *Freudsche* Unlust-Realitätsprinzip, doch bemüht sich *Ferenczi*, über die *Freudsche* Deutungsstufe hinauszugehen. Er nähert sich der Problematik der psychischen Entwicklung nicht vom Lustprinzip her wie *Freud*, sondern vom Realitätsprinzip. *Freud* führte den Begriff des Realitätsprinzips bekanntlich 1911 ein. Das Realitätsprinzip interessierte aber den Begründer der Psychoanalyse bis zu einem gewissen Grad nur als der Kontrast zum Lustprinzip und nicht als eine selbständige Qualität. Bei *Ferenczi* ist die Akzentverschiebung völlig eindeutig.

Eine ich-psychologische These in *Ferenczis* Studie ist jene implizite, nur zum Teil ausgeführte Annahme, daß die Ich-Funktionen in einem engen Zusammenhang mit dem Wirklichkeitssinn stehen. Das war zu jener Zeit bei weitem nicht so selbstverständlich wie heute. Es stellt einen weiteren Fortschritt im Vergleich zu *Freud* dar, daß auch die eigenartige symbolbildende und -deutende Fähigkeit des Menschen von *Ferenczi* mit dem Wirklichkeitssinn in Verbindung gebracht wird. Bei *Freud* war der Gebrauch der Symbole eine angeborene Es-Fähigkeit. *Ferenczi* weist auch darauf hin, wie eng der Zusammenhang des Narzißmus mit den Ich-Funktionen sei. *Freud* veröffentlichte seine Studie „Zur Einführung des Narzißmus“, die der Ich-Psychologie näherkam, ein Jahr später. Diese Zeitverschiebung ist natürlich nicht sehr bedeutend. Wir dürfen aber mindestens die Aussage wagen, daß auch *Ferenczi* gleichzeitig mit *Freud* die Wichtigkeit dieses ich-psychologischen Problems erkannte. Die ausführliche Darlegung blieb freilich *Freud* und den späteren Ich-Psychologen.

Es ist ein Paradoxon bei *Ferenczi*, daß einerseits seine ich-psychoanalytischen metapsychologischen Ansätze zu der modernen Deutung der Psychosen führen, er sich andererseits über die Psychosen selbst weniger fortschrittlich äußerte. In den „Entwicklungsstufen des Wirklichkeitssinnes“ faßt er die Psychosen mit der der frühen Psychoanalyse eigenen Einseitigkeit nur als regressive Zustände und nicht als strukturelle Störungen des Ich auf. Ähnlich zu *Freuds* Auffassung deutet er die pa-

thologische Regression als eine Flucht vor den Reizen der Außenwelt. Diese Auffassung setzt implizit freilich voraus, daß die Psychose die Störung auch des Wirklichkeitssinnes, also einer eminenten Ich-Funktion, darstelle. Er hält zum Beispiel die Paranoia für einen Rückfall in die Projektionsperiode des Wirklichkeitssinnes. Anderswo deutet er die Schizophrenie – oder, wie man zu dieser Zeit sagte, die *Dementia praecox* – als eine narzißtische Regression. Wir haben schon darauf hingewiesen, daß sich *Ferenczi* über die Beziehung zwischen Narzißmus und Ich-Funktionen völlig im Klaren war.

Der Beitrag „Über die Rolle der Homosexualität in der Pathogenese der Paranoia“ (*Ferenczi*, 1912) bewegt sich im wesentlichen im Rahmen der herkömmlichen Psychologie des Unbewußten. Aus dieser Arbeit geht auch hervor, daß *Freud* und *Ferenczi* schon im Sommer 1908, also kurz nachdem sie sich kennengelernt hatten, über die Psychosen redeten, wahrscheinlich auf *Ferenczis* Initiative. Die Entdeckung der Beziehung zwischen der Homosexualität und der Paranoia ist völlig *Ferenczis* Verdienst. Die Frage der Ich-Funktionen tritt in dieser Arbeit in den Hintergrund, der Mechanismus der Projektion erscheint als eine notwendige, aber nicht ausführlich dargestellte Voraussetzung.

Ähnlich der Mehrheit der damaligen Psychoanalytiker beschäftigte sich *Ferenczi* in seiner praktischen Arbeit hauptsächlich mit Neurotikern. Ein größeres Interesse für die analytische Psychotherapie der Psychotiker zeigte sein Freund und Mitstreiter *István Hollós*.

Hollós arbeitete von 1900 bis 1909, später von 1919 bis 1925 in der Budapester psychiatrischen Anstalt bei Lipótmezó, vor dem ersten Weltkrieg außerdem in der Nervenheilanstalt Nagyszeben, nach dem Krieg für eine kurze Zeit auch in dem Budapester psychiatrischen Krankenhaus bei Angyalföld. Es ist verständlich, daß er das Problem der Therapie der Psychotiker anders anschnitt, als die meistens ambulant tätigen Psychoanalytiker.

Es war größtenteils der Verdienst von *Hollós*, daß die ungarischen Psychoanalytiker früher mit der Psychoanalyse der Psychotiker angefangen hatten als die Analytiker anderer Länder. Die Budapester Vereinigung nahm als eine der ersten die Therapie der Psychotiker in ihr Ausbildungsprogramm auf.

Hollós erkannte früh, daß die traditionelle orthodoxe Behandlungstechnik in der Therapie der Psychotiker nicht anwendbar ist. Andere fanden aus diesem Dilemma einen Ausweg, indem sie erklärten, die Psychoanalyse sei bei den Psychotikern von vornherein ausgeschlossen. *Hollós* versuchte eine Modifizierung der Technik, zum Teil gestützt auf die Prinzipien der zu dieser Zeit noch sehr unterentwickelten Ich-Psychoanalyse, zum Teil seiner Intuition folgend. Die zwei Hauptprinzipien der Modifikationen von *Hollós* sind die Vorbereitung und die Aktivität.

In der Vorbereitung der Psychotiker auf die Psychotherapie wies *Hollós* den Pflegern eine große Rolle zu. Die Aufgabe des Pflegers sei es, auch den völlig passiven Kranken körperlich zu bewegen, ebenso müsse der Pfleger mit dem Kranken auch in dem Fall reden, wenn keine Antwort zu erwarten ist. Es gibt Leute, die wissen wollen, daß *Hollós* einen katatonen Kranken jahrelang täglich in sein Zimmer bringen ließ, und mit ihm redete, bis er von ihm eine Antwort bekam.

Nach der Vorbereitung, als der Kranke auf den Pfleger schon reagiert hatte, fing der Therapeut mit der Einzeltherapie an. *Hollós* verlangte, daß der Patient täglich zu einem bestimmten Zeitpunkt vom Pfleger bis zum Zimmer des Arztes begleitet wurde.

Hollós lehnte die psychoanalytische Passivität, die zu dieser Zeit fast als Dogma angesehen wurde, in der Therapie mit Psychotikern ab. Die Psychotherapie wurde von ihm nicht in einer regulären analytischen Situation gemacht, sondern der Patient saß dem Arzt gegenüber. Der Arzt war aktiv, ermutigte den Kranken, über seine Erlebnisse und Gedanken zu erzählen. Auch die emotionelle Hinwendung war wärmer und liebevoller als in der Analyse der Neurotiker. Der Arzt ging der positiven Übertragung mehr entgegen als sein die Neurotiker behandelnder Kollege.

Hollós rechtfertigte diese Eigentümlichkeiten mit den Notwendigkeiten der Therapie der psychotisch Kranken. Die technischen Neuerungen sind aber auch sonst für die Budapester psychoanalytische Schule bezeichnend. In der zweiten Periode von *Ferenczis* Schaffen nach 1919 stehen die technischen Fragen im Vordergrund seines Interesses. In Zusammenarbeit mit *Rank* versuchte er ähnliche Grundsätze für die kürzere und wirksamere Behandlung der Neurotiker einzuführen, die *Hollós* bei den Geisteskranken anwandte. Wie bekannt, führte dies zu Meinungsverschiedenheiten zwischen *Freud* und *Ferenczi*. Einen Bruch verhinderte nur die tiefe Freundschaft zwischen den beiden Psychoanalytikern und *Ferenczis* früher Tod.

Seine Schüler heben von *Hollós'* persönlichen Eigenschaften das hervorragende Einfühlungsvermögen, den praktischen Sinn und die warme emotionale Hinwendung hervor (*Hárdi*, o. J.; *Pertorini*, 1968). Er konnte bei allen Kranken und in jeder Situation den geeigneten Ton, die richtige Anrede und das passende Verhalten finden. Durch diese Eigenschaften kamen in seiner Tätigkeit Grundsätze zum Ausdruck, die nicht ausschließlich psychoanalytisch sind, sondern heute als das Erbe der „humanistischen Psychiatrie“ bezeichnet werden können. Er war einer der Pioniere des „open door“-Systems in Ungarn. Er ließ in Nagyszeben die Gitter von den Fenstern der geschlossenen Abteilung entfernen, was zur Verminderung der Entweichungen und der Selbstmordversuche führte. Darüber äußerte sich auch ein konservativer Neuropsychia-

ter wie *Kálmán Pándy*, einer der Begründer der modernen Liquor-Untersuchungen, anerkennend.

Die theoretische Tätigkeit von *Hollós* ist freilich weniger bedeutend als die von *Ferenczi*, sie gibt aber eine angemessene Ergänzung zu seiner praktischen Aktivität. Seine ersten Arbeiten, die „Beiträge zur Paralysis progressiva“ (*Hollós*, 1903) und „Über die Geisteskrankheiten von Prostituierten“ (*Hollós*, 1909) sind statistische Aufarbeitungen, die eher seinen Fleiß und seine Logik als seine Originalität widerspiegeln. 1914 erschienen zwei seiner Arbeiten, „Die Vergangenheit und die Zukunft der Therapie in der Nervenheilanstalt“ (*Hollós*, 1914 a) und die „Psychoanalytische Durchleuchtung eines Falles von Dementia praecox“ (*Hollós*, 1914 b), die schon psychoanalytischen Geistes waren und sich mit den Psychotikern befaßten. Aus diesen und aus einigen kleineren Beiträgen, von denen die im Psychoanalytischen Volksbuch erschienenen die bedeutendsten sind (*Hollós*, 1926 a, 1926 b), gehen die Prinzipien von *Hollós* hervor.

Seine logischen, klaren und gut aufgebauten Arbeiten gaben einen Überblick über die bekannten, zeitgenössischen psychoanalytischen Kenntnisse und faßten sie zusammen. Es ist bemerkenswert, daß *Hollós* die Psychosen ganz im Geiste von *Ferenczi* von der Ich-Entwicklung ausgehend analysierte. Er hielt sie eindeutig für Störungen des Ich.

Die Beziehung zwischen dem Psychotiker und der Außenwelt beschäftigte *Hollós* stark. Das ist verständlich, da er in den langen Jahren der Anstaltsarbeit täglich das ablehnende, isolierende und zurückweisende Verhalten der Gesellschaft erleben mußte. Diese Einstellung erklärte *Hollós* damit, daß keine scharfen Grenzen zwischen dem Gesunden und dem Psychotiker existieren. Der Gesunde erahne, daß auch er auf die Stufe des Psychotikers regredieren könne – ähnlich den Psychoanalytikern seiner Zeit war auch *Hollós* ein Anhänger der Regressions-theorie – und als Reaktion auf diese halb bewußte, halb unbewußte Erkenntnis trete die Abwehr in der Form der Ausschließung und Ausstoßung auf.

Wir gehen wohl nicht fehl in der Annahme, daß das Interesse von *Hollós* für die Geisteskranken die Folge eines Identifikationsprozesses ist, dessen Grund in seiner jüdischen Abstammung zu finden ist. Als Jude fühlte er sich den Psychotikern als das Mitglied einer Minderheit verwandt, die von einem erheblichen Teil der Gesellschaft mit Abneigung und Widerwillen betrachtet wird. Daß dieses Gefühl nicht unbegründet war, dafür seien zwei markante Beispiele angeführt, die für viele, weniger anschauliche, stehen: Im Jahre 1925 wurde er wegen seiner Abstammung von seinem Arbeitsplatz entlassen und im Jahre 1944 entging er mit seiner Frau im letzten Moment einer Massenhinrichtung, durchgeführt von ungarischen Hitler-Anhängern, am Ufer der Donau.

Hollós war aber auch zur Sublimierung fähig. Nach seiner Entlassung

im Jahre 1925 reagierte er nicht mit Zorn oder Aggressivität, sondern mit seinem Hauptwerk, dem Buch „Hinter der Gelben Mauer“ (*Hollós*, 1928). Der ungarische Originaltitel ist noch bezeichnender: „Mein Abschied vom Gelben Haus“ (*Hollós*, 1927). Es ist kein typisch psychoanalytisches Buch. Es wurde mit literarischen Ansprüchen geschrieben, die wissenschaftliche Analyse tritt gegenüber der anekdotischen Beschreibung, dem lyrischen Kommentar und der philosophierenden Bewertung in den Hintergrund. Das Hauptthema des Buches stellt freilich die Beziehung zwischen dem Geisteskranken und der Gesellschaft dar. Sein Ziel ist es, das Schicksal der Kranken zu verbessern.

Hollós schickte das Buch *Freud*, der in einem Brief am 10. 4. 1928 antwortete. Da dieser Brief von *Freud* in der psychoanalytischen Literatur ziemlich unbekannt ist, möchte ich ihn hier ungekürzt zitieren (*Pertorini*, 1968):

„Lieber Herr Doctor. Aufmerksam gemacht, daß ich es unterlassen habe, für Ihr letztes Buch zu bedanken, will ich hoffen, daß es nicht zu spät ist, das Versäumte gut zu machen. Es entstammte nicht Mangel an Interesse für den Inhalt oder für den Autor, den ich hier auch als Menschenfreund schätzen lernte, sondern ergab sich als Folge unabgeschlossener Gedankengänge, die mich nach der Lektüre lange beschäftigten, die wesentlich subjectiver Natur waren.

Bei uneingeschränkter Anerkennung Ihrer Gefühlswärme, Ihres Verständnisses und Ihrer Tendenz, fand ich mich doch in einer Art von Opposition, die nur nicht leicht verständlich wurde. Ich gestand mir endlich, es komme daher, daß ich diese Kranken nicht liebe, daß ich mich über sie ärgere, sie so fern von mir und allem Menschlichen empfinde. Eine merkwürdige Art von Intoleranz, die mich gewiß zum Psychiater untauglich macht.

Im Laufe der Zeit habe ich aufgehört, mich selbst interessant zu finden, was gewiß analytisch inkorrekt ist, und bin darum in der Erklärung dieser Einstellung nicht weiter gekommen. Können Sie mich besser verstehen? Benehme ich mich nicht dabei wie frühere Ärzte gegen die Hysteriker, ist es die Folge einer immer deutlicher gewordenen Parteinahme für den Primat des Intellekts, den Ausdruck einer Feindseligkeit gegen das Es? Oder was sonst?

Mit nachträglichem herzlichem Dank und vielen Grüßen

Ihr *Freud*“.

Freuds Brief gibt über seine schonungslose Aufrichtigkeit Auskunft. Der Inhalt des Briefes zeugt davon, daß der Begründer der Psychoanalyse *Hollós*' Intentionen gut verstand.

Ahnlich wie *Hollós* beschäftigte sich auch *Lilly Hajdu* mit den Geisteskranken. Ihre Tätigkeit ist wegen ihrer Anspruchslosigkeit und Bescheidenheit außerhalb Ungarns kaum bekannt. Sie verdient nicht nur wegen ihres tragischen Schicksals, daß man sich gelegentlich mit ihr be-

faßt. Im Jahre 1958, als ihr Sohn in einem politischen Prozeß hingerichtet und sie pensioniert worden war, beging sie Selbstmord. Sie arbeitete jahrelang als die Direktorin der bedeutendsten psychiatrischen Anstalt in Ungarn, des Landesinstitutes für Neurologie und Psychiatrie. Sie faßt in einer frühen Arbeit von 1933 (*Hajdu*, 1933) die Grundzüge der analytischen Behandlung der Schizophrenie hauptsächlich nach *Ferenczis* Prinzipien zusammen.

Nach *Lilly Hajdu* sind die Grundfragen in der Psychotherapie der Schizophrenie die folgenden:

1. Kann man die Schizophrenie analytisch behandeln?
2. Kann man die Psychoanalyse unverändert anwenden?
3. Wenn nicht, was für Modifikationen sind angebracht?

Die Antwort auf die erste Frage ist, daß man die Schizophrenie mit psychotherapeutischen Methoden behandeln darf und behandeln muß. In der Begründung weist *Lilly Hajdu* auf die Dynamik der Schizophrenie hin: Es findet einerseits eine Ich-Regression auf die Entwicklungsstufe vor dem Realitätssinn statt, andererseits fehlen aber auch die Versuche der Persönlichkeit, die Regression zu überwinden, nicht. Die Halluzinationen, die Wahnideen, und die Stereotypen sind nicht nur pathologische Symptome, sondern auch die Begleiterscheinungen des Bemühens um die Restitution. Die Restitution wird durch die Verbindung zur Umwelt gestärkt, und die Psychoanalyse muß die Verstärkung und der wichtigste Bestandteil dieser Verbindung sein.

Die orthodoxen Methoden sind aber unbrauchbar. Das zu begründen, zählt *Lilly Hajdu* sechs Faktoren auf. Es fehlt die Krankheitseinsicht. Die Gleichgültigkeit und die relative Ruhe der schizophrenen Kranken ist ein Selbstheilungsversuch, gegen dessen Veränderung zeigt sich ein starker Widerstand. Wegen der Ich-Regression fehlt das intellektuelle Forum für die Annahme der Deutungen. Der schizophrene Kranke ist empfindlich gegenüber dem Unbewußten der anderen, unempfindlich aber gegenüber dem der eigenen Persönlichkeit. Die Symbole, die Sehnsüchte und die Phantasien der Geisteskranken sind zwar leicht hervorrufbar, sind aber wegen des fehlenden emotionellen Widerhalles nur schwer zu deuten. Zuletzt wird die Analyse von den zwei Formen der schizophrenen Übertragung erschwert, die von *Imre Hermann* folgendermaßen definiert werden: Das narzißtische Allmachtsgefühl und das krampfhaftes Anklammern an das Trieb-Objekt.

Die Modifikationen der Technik sind also unvermeidlich. *Lilly Hajdu* führte in ihrer Tätigkeit die folgenden Neuerungen ein: nach *Anna Freud* und *Sándor Ferenczi* („Kinderanalysen mit Erwachsenen“. *Ferenczi*, 1931) wandte sie gewisse Prinzipien der Kinderanalyse an. Spielzeuge nahm sie freilich nicht in Anspruch, doch wurden die Geste, die Bewegungen und die Spiele des Kranken von ihr genutzt. Nach *Ferenczis* Ratschlägen gab sie die analytische Kälte und Verslossenheit

auf und erreichte damit ein stärkeres Einfühlungsvermögen. Was von ihr erörtert wird, ist eigentlich die kontrollierte Regression des Therapeuten auf die Stufe des Geisteskranken. *Lilly Hajdu* folgte *Abraham* in der Ablehnung der negativen und der Förderung der positiven Übertragung. Bei der letzteren ging sie aber mit großer Vorsicht vor, damit sie von den paranoiden Kranken nicht als Verführungsversuch aufgefaßt wurden. *Hajdu* wich von *Abraham* ab, indem sie auf die Deutung der positiven Übertragung nicht ganz verzichtete. Zuletzt hielt sie es nach den eigenen Erfahrungen für wichtig, daß es zu Deutungen nur während der Periode der positiven Übertragung komme, nicht aber – wie sonst in der Psychoanalyse – symbolisch, sondern in bezug auf Konkretes. Die Analyse innerhalb der Anstalt sei nach *Hajdu* vorteilhafter als die ambulante Behandlung.

Diese Grundsätze galten 1933 als modern. Gewisse Schranken sind freilich bemerkbar: Auch *Lilly Hajdu* verglich die Analyse der Psychotiker mit der der Neurotiker und beurteilte sie nicht als eine selbständige Qualität. Bei einer Falldarstellung zog sie als Erfolgskriterium die Tatsache heran, daß ein schizophrener Patient lange Zeit ähnlich einem Neurotischen analysiert werden konnte. Dieses Vorgehen stellt zweifellos einen Kompromiß zwischen den Reformstrebungen und der Treue zu den orthodoxen Methoden dar.

Wir legen die Studie von *Géza Csáth* (*Csáth*, 1912), obwohl dies der historischen Aufeinanderfolge nicht entspricht, zuletzt dar, weil *Géza Csáth* im Gegensatz zu *Ferenczi*, *Hollós* und *Lilly Hajdu* kein orthodoxer Psychoanalytiker war. Er arbeitete als Nervenarzt, machte sich aber vor allem als Schriftsteller, Kunstkritiker und Essayist in Ungarn einen Namen. Er wurde von einem tragischen Schicksal ereilt: Er verfiel dem Morphinum und beging, nachdem er seine Frau ermordet hatte, bei Ende des Weltkrieges Selbstmord.

Auf *Csáth* hatte die Psychoanalyse, besonders der frühe *Jung* eine starke Wirkung, die therapeutischen Beziehungen interessierten ihn aber weniger. Er war der Meinung, daß man die Analyse bei der Schizophrenie nicht anwenden könne. Das ist vielleicht damit erklärbar, daß sich verschiedene Gesichtspunkte, der traditionelle psychopathologische und der psychoanalytische und innerhalb des letztgenannten der zur Theorie des Unbewußten gehörende und der ich-psychoanalytische, in seiner Gedankenwelt vermischten (*Buda*, 1978).

Die Neuausgabe seiner vergessenen Arbeit des „Psychischen Mechanismus der Geisteskrankheiten“ im Jahre 1978 war in Ungarn eine Überraschung (*Szajbély*, 1978). *Csáth* schrieb diese Studie 1912, als die Psychoanalyse der klinischen Psychiatrie noch fremd war, und auch der enge Kreis um *Freud* seine Aufmerksamkeit größtenteils den Neurosen widmete. *Csáth* arbeitete zu dieser Zeit an der Budapester Universitätsklinik. Es ist überraschend, daß er von seinem konservativen Professor,

Gyula Moravcsik in seinen Forschungen unterstützt wurde. Die Arbeit selbst ist eine Kasuistik vom Umfang eines Buches über eine paranoide Patientin.

Csáth charakterisiert die Tätigkeit der pathologischen Psyche nach *Jung* mit der Arbeit des Ich-Komplexes. Der Ich-Komplex entspricht in gewissem Maße, aber nicht völlig dem psychoanalytischen Ich. Der Ich-Komplex wird von *Csáth* in sechs Teile geteilt: in den sexuellen oder Geschlechtererhaltungs-, den gesundheitlichen oder Selbsterhaltungs-, den moralischen oder Ambitions-, den Abstammungs- oder Rassen- und den Religionskomplex, von denen die vier ersten Komplexe die wichtigsten sind. Eine Eigenschaft der Komplexe, nämlich die Aktivität, entspricht der psychoanalytischen libidinösen Besetzung.

Als *Csáth* die Krankheit seiner Patientin, des Fräulein G. beschreibt, bringt er mehrere Deutungsmethoden der Psychoanalyse zur Geltung. Das Zusammenwirken der Komplexe und der Konflikt zwischen ihnen entsprechen dem Prinzip der Dynamik. Die Beziehung der Komplexe zueinander weist auf den Strukturbegriff hin; diese Richtung ist übrigens die am wenigsten ausgearbeitete in den Forschungen von *Csáth*. *Csáth* analysiert die Lebensgeschichte der Kranken und die Entwicklung der Komplexe ausführlich unter dem Gesichtspunkt des genetischen Prinzips.

In der Krankengeschichte des Fräulein G. spielen vor allem die negativen, weniger die positiven Übertragungen gegenüber den Ärzten der Klinik eine große Rolle. Doch diese werden von *Csáth* nur beschrieben, er erwog ihre therapeutische Anwendung anscheinend nicht. Er veranschaulichte dagegen plastisch die Konzeption des sekundären Krankheitsgewinns. Aus der Analyse der Projektionen geht hervor, daß es sich um die Projektion der sexuellen Wünsche nach außen handelt. An einer Stelle qualifiziert *Csáth* auch die Religion als Projektion, und auch die Patientin brachte eine Privatreligion, einen Privatmythos mit Hilfe des Projektionsmechanismus zustande. Eine wichtige Rolle in der Krankheit des Fräulein G. spielt die Symbolbildung, ebenso in der Analyse von *Csáth* die Deutung der Symbole. Das entspricht zweifellos der zeitgenössischen Psychoanalyse.

Im Vergleich zur Psychoanalyse ist es eine überwundene Anschauung, daß *Csáth* die Reflextheorie in die Krankheitsanalyse einzubauen versuchte, den diagnostischen Kategorien große Aufmerksamkeit widmete, die Konzeption der Erblichkeit annahm und die beginnende Verblödung der Patientin mit ihrer psychischen Krankheit erklärte. Es kommt so mindestens in einigen Elementen der Konzeption des Ich-Komplexes eine gewisse Kompromißbestrebung zum Ausdruck, obwohl – wie es von *Ferenczi*s Rezensionen hervorgehoben wurde (*Ferenczi*, 1912) – auch *Csáth*s Neigung zur Systembildung dabei eine Rolle spielte. Mit dem Zustandebringen einer Verbindung zwischen der kli-

nischen Psychiatrie und der Psychoanalyse beschriftete Csáth allen zum Trotz einen Weg, auf dem ihm mindestens in Ungarn wenige folgten. Seine Bestrebungen versprachen mehr als sich zuletzt verwirklichte.

Nach den dreißiger Jahren fegten die Stürme der Geschichte die ungarische Psychoanalyse größtenteils weg. Ihre frühen Ergebnisse, obwohl sie heute überwiegend nur von wissenschaftsgeschichtlicher Bedeutung sind, beweisen, daß die frühe Budapester Schule der Psychoanalyse in den ersten Jahrzehnten des Jahrhunderts auf der Höhe des internationalen psychoanalytischen wissenschaftlichen Lebens stand und ihm wertvolle Impulse gab. Wir meinen, es wäre schade, das zu vergessen.

Attempts at Schizophrenia Therapy at the Time of the Early Budapest School of Psychoanalysis

Paul Harmat (Mauer)

The author shows how ego-psychology is an inalienable requirement of psychosis therapy and how *Freud* only began to develop ego-psychology in connection with his theory of narcissism, by which he simultaneously made a step towards a theory of psychosis. A further requirement of this, according to the author, is the interpersonal theory of psychoanalysis, elements of which can even be found in *Freud*.

Harmat shows how many psychoanalysts, originating from Hungary, helped to develop ego-psychology and the interpersonal psychoanalytical theory in Anglo-Saxon countries – probably due to *Ferenczi's* influence. He refers to the names of *Franz Alexander*, *Alice Bálint*, *Michael Bálint*, *Melanie Klein*, *David Rappaport*, *René A. Spitz* and *Thomas Szasz*. *Ferenczi's* works show signs that he, too, was already thinking in terms of ego-psychology, a fact made especially clear in his paper "Steps in the Development of the Sense of Reality" (*Ferenczi*, 1931) and which depicts the very first ego-psychological paper following *Harmat*. *Ferenczi* gains this theoretical level with the theory of the principle of reality and with the theoretical connection between narcissism and ego functions. *Freud* published on this subject only one year after *Ferenczi*.

Ferenczi, however, did not offer a very advanced opinion on psychosis and in the building of his theory he did not exceed *Freud*, even if it was thanks to *Ferenczi* that *Freud* published a paper on "The Role of Homosexuality in Paranoia" as *Ferenczi* had done (*Ferenczi*, 1912). Other Hungarian psychiatrists and analysts for example: *Ferenczi's* friend and colleague *István Hollós* or *Lilly Hajdu* and *Géza Csáth* began to practise psychosis therapy in an unconventional manner, this being far from the orthodox neurosis concept. *Hollós* for example made nurses in his clinic keep the passively sick patients moving, as preparation for the

psychotherapeutic work. He also spoke to catatonic patients, even if they didn't answer for long periods of time. The individual therapy meetings were warm with emotion and carried by activity. For *Hollós* the most determinant thing was the ability to be sensitive to feelings and to have a very individual kind of behaviour towards the patient. *Hollós* also had the bars removed from the windows in his clinic. His opinion was that psychosis was due to a disturbance in the ego. It can be seen from a letter which *Freud* wrote to him, in which he replies and comments on a book published by *Hollós*, that *Freud* recognized *Hollós* as being a "friend of man" with a "warmth of feeling", but that he couldn't associate anything with his psychosis theory. *Lilly Hajdu* differentiated 6 factors of modification of orthodox psychoanalytical theory and a number of aspects of modification of the treatment of psychotic patients with psychotherapy. *Csáth* developed a theory concerning ego-complexes; the relationship between these ego-complexes is similar to ego-structure thinking. These complexes are as follows: the sexual or survival complex, the health or self-preservation complex, the moral or the ambition complex, the descent or race complex and the religion complex. The common characteristic of all of these complexes is activity. In this way *Csáth* succeeds in establishing a connection between clinical psychiatry and psychoanalysis.

Literatur

- Bálint, Michael* (1970): *Sándor Ferenczi*. Einleitung zu *Ferenczi*: Schriften zur Psychoanalyse, IX–XXII
- Buda, Béla* (1966): Szempontok a pszichoanalízis értékelésében. (Gesichtspunkte in der Bewertung der Psychoanalyse), *Valóság*, 9, 81–95.
- (1978): *Csáth, Géza* tanulmánya a mai orvostudomány tükrében. (Die Studie von *Géza Csáth* im Spiegel der heutigen Medizin). In: *Szajbély, Mihály* (Hrsg.): *Egy elmebeteg nő naplója* (Budapest: Magvető Könyvkiadó)
- Csáth, Géza; Brenner, József* (1912): Az elmebetegségek pszichikus mechanizmusa. (Der psychische Mechanismus der Geisteskrankheiten). In: *Szajbély, Mihály* (Hrsg.): *Egy elmebeteg nő naplója* (Budapest: Magvető Könyvkiadó)
- Dahmer, Helmut* (1978): *Sándor Ferenczi*. Einleitung zu *Ferenczi*: Zur Erkenntnis des Unbewußten und andere Schriften zur Psychoanalyse. (München/Zürich: Kindler)
- Drewns, Sybille; Brecht, Karen* (1975): Psychoanalytische Ich-Psychologie. Grundlagen und Entwicklung. (Frankfurt/M: Suhrkamp)
- Federn, Paul* (1978): Ich-Psychologie und die Psychosen. (Frankfurt/M: Suhrkamp)
- Ferenczi, Sándor* (1909): Introjektion und Übertragung. In: *Schriften zur Psychoanalyse*, Bd. I., 1970. (Frankfurt/M: Fischer)
- (1912): Aus: *Csáth, Géza; Dr. Brenner, József*: Az elmebetegségek pszichikus mechanizmusa, In: *Szajbély, Mihály* (Hrsg.): *Egy elmebeteg nő naplója* (Budapest: Magvető Könyvkiadó)
- (1913): Entwicklungsstufen des Wirklichkeitssinnes. In: *Schriften zur Psychoanalyse*. Bd. I., 1972 (Frankfurt/M: Fischer)
- (1931): Kinderanalysen mit Erwachsenen. In: *Schriften zur Psychoanalyse*, Bd. II., 1972, (Frankfurt/M: Fischer)

- Freud, Sigmund* (1887–1902): Aus den Anfängen der Psychoanalyse. G. W., Bd 1950. (Frankfurt/M: Fischer)
- (1912): Totem und Tabu. G. W., Bd. IX.
 - (1914): Zur Einführung des Narzißmus. G. W., Bd. X.
 - (1923): Das Ich und das Es. G. W., Bd. XIII.
 - (1938): Abriss der Psychoanalyse. G. W., Bd. XVII.
- Hajdu, Lilly* (1933): Adatok a skizofrénia analiziséhez (Beiträge zur Analyse der Schizophrenie). In: Lélekelemzési tanulmányok (Studien zur Psychoanalyse), mit einem Vorwort von *S. Freud*. Festschrift geplant zum 60. Geburtstag von *S. Ferenczi*, 1933 (Budapest: Somló Béla)
- Harmat, Paul* (1974): *Sigmund Freud* und die Psychoanalyse in Ungarn. In: Acta Congressus Internationalis XXIV Historiae Artis Medicinae, 1976, Budapest, Museum, Bibliotheca et Archivum Historiae Artis Medicinae De I. Ph. Semmelweis Nominata.
- (1976): A pszichoanalízis Magyarországon, 1900–1948 (Die Psychoanalyse in Ungarn, 1900–1948). Orvosi Hetilap, 117
- Hárdi, István* (o. J.): *Hollós István életéről* (Über das Leben, die Arbeit und die Persönlichkeit von *István Hollós*). *Manuskript*.
- Hollós, István* (1903): Adatok a paralysis progressivához Magyarországon (Beiträge zur Paralysis progressiva in Ungarn). Vortrag, gehalten 1903.
- (1909): A prostituáltak elmebetegségéről (Über die Geisteskrankheiten der Prostituierten). Klinikai Füzetek
 - (1914 a): Az elmeegógyintézeti therapia multja és jövője (Die Vergangenheit und die Zukunft der Therapie in der Nervenheilanstalt). Gyógyászat
 - (1914 b): Psychoanalytische Beleuchtung eines Falles von Dementia praecox. In: Internationale Zeitschrift für ärztliche Psychoanalyse
 - (1926 a): Der Sinn der Geisteskrankheiten. In: *Federn, Paul; Meng, Heinrich* (Hrsg.) Das psychoanalytische Volksbuch. (Stuttgart/Berlin: Hippokrates)
 - (1926 b): Pflege des Geisteskranken. In: Das psychoanalytische Volksbuch. (Stuttgart/Berlin: Hippokrates)
 - (1927): Bucsum a Sarga Háztól. (Budapest: Genius)
 - (1928): Hinter der Gelben Mauer. (Stuttgart/Berlin: Hippokrates)
- Kutter, Peter; Roskamp, Hermann* (Hrsg.) (1974): Psychologie des Ich. Psychoanalytische Ich-Psychologie und ihre Anwendungen. (Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft)
- Pertorini, Rezső* (1968): Az intézet psychotherapiás munkássága (Die psychotherapeutische Arbeit in der Anstalt). In: 100 Jahre des Landesinstitutes für Neurologie und Psychiatrie. (Budapest)
- Szajbély, Mihály* (Hrsg.) (1978): Egy elmebeteg nő naplója.
- Csáth Géza* ismeretlen orvosi tanulmánya (Das Tagebuch einer geisteskranken Frau. Eine unbekannte medizinische Arbeit von *Géza Csáth*) In: Szajbély, Mihály (Hrsg.) (Egy elmebeteg nő naplója. Budapest: Magvető Könyvkiadó)

Anschrift des Autors:
Dr. med. Paul Harmat
Landesnervenklinik
Hausmeningerstr. 14/2/6
A-3362 Mauer b. Amstetten
Österreich

Die Bedeutung der Mutter-Kind-Interaktion für die Entwicklung emotionaler und kognitiver Prozesse**

Gerhard W. F. Sandner, München*

In der Nachfolge der Verhaltensforschungen Papoušeks stellt sich der Autor die Frage, wie die Reizverarbeitung des sich entwickelnden Säuglings mit den Verhaltensweisen der Mutter-Kind-Interaktion sich zu einem Entwicklungsprozeß gestalten. Die Verhaltensbeobachtung zeigt – so der Autor –, daß eine entwicklungsfördernde Mutter sich ständig dem Leistungsniveau der Reizverarbeitung anpaßt, auch Teilerfolge belohnt und die Signale des Reizbedarfs sowie der Reizübersättigung berücksichtigt. Es liegt dieser Mutter-Kind-Interaktion von beiden Seiten ein die Reizverarbeitung regulierendes System der Umweltadaption zugrunde. Zu folgern ist, daß Menschen unter bestimmten Umständen für Säuglinge die besten Umweltbedingungen für ihre Entwicklung darstellen. Die Besonderheit der zwischenmenschlichen Beziehungen bestehe aus der Komplementarität bestimmter biologischer Mechanismen.

1. Das zentrale Werkzeug der Psychoanalyse ist die Sprache. Durch sie werden das Denken, Fühlen und Handeln gleichzeitig zum Ausdruck gebracht. Diese Einheit zwischen Denken, Handeln und Sprache war den Griechen selbstverständlich. Doch die Wissenschaft trennte. Sie trennte die Sprache vom Denken und reduzierte Sprache auf den engen Umkreis des Sprechens. Sie spricht noch immer vom Sprachbeginn des einjährigen Kindes und kann nichts anderes dabei meinen, als den Beginn der Sprechfähigkeit. Sie konstruiert Theorien über die Richtung der Abhängigkeit von Sprache und Denken und sie bemüht sich, nichtsprachliches oder vorsprachliches Denken nachzuweisen. Sie trennte die Sprache vom Fühlen, als ob es irgendwo in der Realität sprachlicher Akte diese Trennung gäbe. Als ob nicht Tonfall, Rhythmik, Sprechweise und auch in der Schriftsprache, Sprachstil und Auswahl des Sprachinhalts stets elementarer Ausdruck der sich im Sprachakt äußernden Person wären und ihrer spezifischen Beziehungen zu den Angesprochenen. Sie trennte Sprache von ihrer Genetik und bemüht sich, die universelle Struktur der Sprache aufzuweisen. Doch die Struktur der verbalen aber auch der nonverbalen Sprache mit ihren verschiedenen Ebenen, ihrer Hierarchie und ihren verschiedenen Dimensionen wird bestimmt durch die Struktur der sozialen Beziehungen, die Struktur bestehender Dyaden, die Struktur der Gruppe, der Großgruppe und noch komplexerer Macrostrukturen, – die Bedeutung des zweiten Eies z. B., welches Kai-

* Max-Planck-Institut für Psychiatrie, München

** Vortrag, gehalten auf dem XI. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), 14.–19. Dezember 1979, Kongreßzentrum Maritim Lübeck-Travemünde

ser Maximilian dem Soldaten Schweppermann gab, ist nur verständlich in jener ganz bestimmten Struktur menschlicher Beziehungen und Gewohnheiten, wie sie zu jener Zeit gegeben waren.

Ebenso selbstverständlich wie die Einheit von Denken und Handeln war den Griechen auch die Einheit von spezifisch menschlichem Verhalten und der Biologie des Menschen. Das Verstehen dieser Einheit bezog sich nicht auf den trivialen Zusammenhang zwischen verbaler Sprache und einem anatomischen und neurophysiologischen Apparat, der zur Erzeugung und Verarbeitung akustischer Signale vorhanden sein muß, sondern es betraf den Entfaltungsraum des Menschen und dessen Entfaltungsrichtungen in Abhängigkeit von der primären Sinnlichkeit, wie sie jedem Individuum aufs neue als biologische Realität seines Körpers in die Wiege gelegt wird. Der Mensch, sagt *Aristoteles*, habe nur deshalb Sprache und sei nur deshalb das klügste unter allen Tieren, weil er den feinsten Tastsinn habe!

Biologie als Voraussetzung von Verhalten darf nicht verwechselt werden mit Biologie als Ursache von Verhalten. Das unidirektionale, lineare Modell, das eine Kausalkette erstellt zwischen Gen und Phänomen, versagt bereits bei der Erklärung einfachster, basaler Zellstoffwechselvorgänge, z. B. der Homöostase. Die Systemtheorie bemüht sich, den Widerspruch zwischen den scheinbar determinierenden physikalischen Grundgesetzen und der realen Undeterminiertheit der Entwicklung des Lebens, d. h. biologischer und sozialer Systeme, zu klären (*Bertalanffy*, 1968 a; 1968 b). In ihrer Sicht ist auch der Mensch durch eine hohe Ebene abstrakter Symbolisation gekennzeichnet, welche er in engem Zusammenhang mit seinen sozialen Beziehungen entwickeln konnte und durch welche er wirksamer als die biologischen Determinanten sein Verhalten steuert (*Papoušek*, unveröffentlichtes Manuskript), was wiederum eine Veränderung sozialer Strukturen und eine Veränderung der Symbolwelt bewirkt.

Eine Betrachtung der ontogenetischen Entwicklung der Symbolfähigkeit im Rahmen der ersten Beziehungen zwischen einem Neugeborenen und seiner Umwelt führt uns zu einer Betonung der biologischen Notwendigkeiten. Die hohen Sterbequoten, die in den Findelheimen des 19. Jahrhunderts üblich waren, vermittelten drastisch, daß ein Mensch, soll er lebensfähig bleiben, mehr braucht als Nahrung und Wärme. Die zentrale Bedeutung der Mutterliebe wurde in allen Kulturen durch besondere Verhaltensformen gewürdigt (*Papoušek & Papoušek*, 1974 a). Ihre zentrale Funktion für die Entwicklung eines Kindes wird auch von den meisten wissenschaftlichen Richtungen betont. Gerade deshalb ist es umso erstaunlicher, daß wir noch so wenig über die realen, kleinen Verhaltenseinheiten wissen, in denen sich diese Liebe äußert. Gerade weil heute mehr denn je unser Verhalten von gesamtgesellschaftlichen Produktionsbedingungen diktiert und laufend verän-

dert wird, erscheint es uns wichtig zu untersuchen, welche Verhaltensformen zum Wohle einer psychisch und physisch gesunden Entwicklung erhalten werden müssen, bzw. welche Verhaltensformen geändert werden müssen, um sich den veränderten Lebensbedingungen ohne Schaden für die Entwicklung anzupassen. Denn ein Zurück-zur-Natur, d. h. auch zu einer durchschnittlichen Säuglingssterblichkeit von 50–70%, kann nicht das Ziel unserer Arbeit sein.

Da wir noch weit davon entfernt sind, die kindlichen Bedürfnisse und mütterlichen Verhaltensformen in ihrer Gesamtheit zu beschreiben, zu sinnvollen Verhaltensgruppen zu gliedern und deren Bedeutungszusammenhänge im Rahmen einer dynamischen Interaktionsstruktur zu verstehen oder gar deren langfristige Auswirkungen abzusehen, werde ich das Verhalten des Säuglings unter der Annahme eines basalen, die Adaption regulierenden Systems beschreiben und die Bedeutung der Mutter auf dem Weg von der Biologie des Neugeborenen zum sozialen, denkenden Wesen anhand von wenigen uns bekannten Verhaltensselementen zeigen. Vergessen Sie bitte trotz der formalen Gliederung nicht, daß es sich nur um eine fragmentarische Beschreibung handelt. Zum Glück erschöpft sich unser Verhalten nicht in den wenigen Verhaltensselementen, die bisher wissenschaftlich untersucht wurden. Das Modell eines basalen, die Adaption regulierenden Systems wurde von Prof. *Papoušek* Mitte der siebziger Jahre entwickelt (*Papoušek & Papoušek*, 1974 a; *Papoušek*, 1975; *Papoušek*, 1976; *Papoušek & Papoušek*, 1977 b).

2. Bereits bei Neugeborenen lösen Umweltveränderungen nicht einfach Reflexe aus, sondern es werden vom ersten Tag an kognitive Prozesse in Gang gesetzt. Auf Veränderungen in der Umwelt, sogenannte Reize, reagiert der Säugling zunächst mit einem angeborenen Reaktionsmechanismus: der Orientierungsreaktion. Sie besteht aus einer Ausrichtung der Sinnesorgane in Richtung auf die Reizquelle und die begleitenden vegetativen Veränderungen: Änderung des Muskeltonus, der Atmung, der Herztätigkeit, des Hormon- und Stoffwechselhaushalts, vaskulären Reaktionen, Sinken der Reizschwellen, Erhöhung der Nervenreizleitungsgeschwindigkeit usw. Der weitere Verlauf hängt ab von dem Bezug zwischen Reizquelle und dem kleinen Menschen (*Sokolov*, 1963).

Ist die Umweltveränderung unabhängig von der eigenen Aktivität und in keiner zeitlichen Beziehung zu anderen Ereignissen, so findet nach kurzer Zeit eine Habituation statt, d. h. es tritt keine am äußeren Verhalten wahrnehmbare Orientierung mehr auf. Besteht allerdings ein zeitlicher Zusammenhang zu einer angeborenen Reaktion, so kann unter Umständen klassische Konditionierung stattfinden. Beim Säugling konnte bisher keine derartige Konditionierung nachgewiesen werden. Erfolgte die Umweltveränderung durch eine Aktivität des Säuglings, so

ergeben sich vollkommen andersartige Reaktionen. Die Orientierungsreaktion wird verstärkt und der Säugling wird allgemein aktiver. Durch eine Wiederholung von Bewegungen bemüht er sich, die Umweltveränderung gezielt auszulösen. Säuglinge zeigen dabei eine enorme Bereitschaft, die bis zur körperlichen Erschöpfung geht. Auch nach 30 oder 40 Versuchsdurchgängen zeigen sich keine Anzeichen von Habituation. Die Belohnung für dieses Verhalten scheint in dem schrittweisen Erkennen des Zusammenhangs selbst zu liegen, ist also unabhängig von dem, womit die eigene Aktivität belohnt wird. Das Belohnungsobjekt wird gar nicht weiter beachtet. Wichtig ist den Kindern allein, den Zusammenhang zwischen eigener Aktivität und dadurch ausgelöster Reaktion zu erfahren (Watson, 1971; Papoušek, 1967; Papoušek & Bernstein, 1969). Wird die richtige Lösung gefunden, so wird sie zunächst vielfach wiederholt. Wir erkennen dies an einer Reduktion der Gesamtaktivität und einer gezielten Durchführung der für die Auslösung notwendigen Bewegung. Gleichzeitig lassen sich jedoch zusätzliche physiologische Veränderungen beobachten. Das Gesicht wird entspannt, die Kinder lächeln. Mimik und Lautäußerungen machen uns deutlich, daß die Kinder sich freuen.

Die bei *Freud* angedeutete Bedeutung der eigenen Aktivität für die Erzeugung von Wonneempfindungen wird bei *René Spitz* am Beispiel des sich in den ersten Lebenstagen erst voll entwickelnden Saugreflexes als wesentliches Moment des Lernvorgangs und als Ausgangspunkt der körperlichen Entwicklung ausgearbeitet. Wir kommen später noch einmal auf die Bedeutung gleichzeitiger Innen- und Außenwahrnehmung zurück. Ich möchte Sie hierzu an jenes klassische Wahrnehmungsexperiment erinnern, bei welchem zwei Katzen identische Erfahrungsmöglichkeiten geboten wurden, aber nur eine von beiden dabei die Beine benutzen konnte. Nur diese konnte später, als beide Katzen sich frei bewegen durften, die gewonnenen Erfahrungen nutzen (*Ruch, Zimbardo, 1967*).

Hat allerdings die gesteigerte Aktivität nicht den erwarteten Erfolg, so findet eine Steigerung aller Reaktionen statt:

1. der exekutiven Reaktionen, mit welchen die Anpassung potentiell erreicht werden kann, Zuwendung und Exploration;
2. der vegetativen Begleitreaktionen;
3. jener Reaktionen, welche keinen Einfluß auf die Ermöglichung der Problemlösung haben, wie Mimik, Vokalisation und Gestik.

Hat diese Steigerung der Aktivitäten nicht den gewünschten Erfolg, so kann dies zu einer immer weiter führenden Aktivierung führen oder aber mit dem plötzlichen Abbruch der Reizzufuhr enden. Bei Neugeborenen äußert sich dies in einem stuporartigen Zustand, später abhängig von den motorischen Fähigkeiten in einer aktiven Abkehr von der Reizquelle, einer Abwehr oder aggressivem Verhalten.

Das Fundamental Adaptive Response System reguliert die Informationszufuhr über eine Steigerung oder Blockierung des motorischen Verhaltens. Die Veränderungen im vegetativen Bereich laufen dazu parallel.

Das prinzipiell gleichartige Verhalten gegenüber Personen oder Objekten, das wir – und das möchte ich ausdrücklich betonen – in dieser Altersstufe noch sehr häufig vorfinden, gilt natürlich nur solange, bis das Kind gelernt hat, Unterschiede im Verhalten zwischen Personen und Gegenständen in Bezug auf seine ganz spezifischen Erwartungen wahrzunehmen. Die Trennung belebte versus unbelebte Umwelt findet daher in verschiedenen Verhaltensbereichen und damit in verschiedenen Erwartungsbereichen zu unterschiedlichen Zeitpunkten statt (z. B. das zeitlich verschobene Auftreten von Personenkonstanz oder Objektkonstanz. (Siehe auch *Fischer*, 1974, und das Problem der *Décalage* bei *Piaget*).

3. Jene Reaktion, welche wir hier als vegetative Begleitreaktionen bezeichnet haben, sollten treffender als Hilfsmechanismen bezeichnet werden, denn sie sind ein unverzichtbarer Bestandteil des Lernvorgangs. Bei Zerstörung oder Beeinflussung jener Gehirnteile, welche diese Reaktionen regulieren, ist das Lernverhalten stark beeinträchtigt oder verändert (*Pribram*, 1967 a; 1967 b). Nachdem bekannt war, daß bestimmte Hormone bei Tieren einen eindeutigen Bezug zu ihrer spezifischen Art der Umweltbewältigung haben (*Funkenstein*, 1955) konnte nachgewiesen werden, daß beim Menschen gleichartige hormonelle Änderungen mit der gleichen Art von Umweltsanpassung gekoppelt sind, wie sie für spezifische Veränderungen bei Tieren und deren spezifischer Umweltsanpassung typisch sind, wobei wir uns an dieser Stelle hüten sollten, etwas über die Richtung dieses Zusammenhangs auszusagen (*Funkenstein, Kind & Drolette*, 1957).

Emotionen stehen in enger Verbindung mit adaptiven vegetativen Prozessen. Vor etwa hundert Jahren formulierten *Lange* und *James* (1884) die Theorie, daß Emotionen die Wahrnehmung der im Körper ablaufenden Veränderungen seien. *Cannon* (1929) hatte jedoch gefunden, daß verschiedene Emotionen bei gleichartigen physiologischen Veränderungen auftraten und *Maranon* (1924) konnte zeigen, daß sich Emotionen nicht einfach durch hormonelle Stimulation erzeugen lassen. Aus den zahlreichen Experimenten über den Zusammenhang von Emotionen und Kognition läßt sich ableiten, daß die physiologischen Veränderungen im Zusammenhang mit der Reizverarbeitung entscheidend an dem Phänomen Emotion beteiligt sind, aber sie sind nicht die alleinigen Ursachen. Es gibt hier gar keinen Ursache-Wirkung Zusammenhang linearer Art. Ganz entscheidend prägt z. B. das Ergebnis der kognitiven Bearbeitung der Außenreize die Empfindungen (*Schachter & Singer*, 1962). Aber kognitive Leistungen sind wiederum sehr von

emotionalen Bedingungen abhängig (*Alper, 1952; Merrill, 1954; Worchel, 1955; Großmann & Winkel, 1977*). Kognitive Prozesse können aber auch in starkem Maße die physiologischen Verarbeitungsmechanismen und Begleitreaktionen beeinflussen (*Lazarus, 1968; Speisman et al., 1964; Folkins et al., 1968; Simpson, 1969*).

Emotionen sind ein nicht abtrennbarer Bestandteil von Lernprozessen. Sie entstehen als Erlebniseinheit aus dem Wechselspiel physiologischer und kognitiver Prozesse im Rahmen der kognitiven Verarbeitung von Außenreizen. Die Bereitschaft zu emotionalem Erleben scheint parallel zur kognitiven Entwicklung zuzunehmen, wie *Holzkamp-Osterkamp (1975; 1978)* am Beispiel der Angst und der steigenden Angstbereitschaft in der phylo- und ontogenetischen Entwicklung aufzuzeigen versucht.

Das basale adaptationsregulierende System reguliert aber nicht nur die Verarbeitung von Reizen, es sorgt auch für eine Regulation der Reizzufuhr als Voraussetzung für Lernprozesse. Dieses Antriebssystem scheint jenem, welches die Zufuhr von Nahrung reguliert, mindestens ebenbürtig zu sein (*Welker, 1961; Dember, 1961; Romanes, 1881; Papoušek & Papoušek, 1977 b*). Dabei hat aber das Ergebnis der vorausgegangenen Reizverarbeitungen massive Auswirkungen auf das Reizaufnahmeverhalten. Nach geglücktem Lernen wird die Reizaufnahme aktiviert. Die Orientierungsreflexe sind gesteigert, das Explorationsverhalten wird ausgeweitet (*Papoušek & Papoušek, 1977 b*). Der Lernerfolg – und dieses Phänomen bleibt über viele Jahre offensichtlich unverändert – beschleunigt und verbessert weitere Lernprozesse. Mißerfolg führt zu Aberglauben und Apathie. Die dramatischen Auswirkungen der "Learned Helplessness" (*Seligmann et al., 1967*), bestätigen im Experiment das, was jeder von uns aus seiner Alltagserfahrung vielfach beschreiben könnte (*Dweeck & Repucci, 1973; Thornton & Jakobs, 1971*).

4. Dieser "Learned Helplessness" wäre auch das Neugeborene ausgeliefert, wenn die Diskrepanz zwischen seinem funktionstüchtigen Reizverarbeitungssystem und seiner motorischen Unzulänglichkeit nicht durch die Mutter voll ausgeglichen würde. Wie bei der Aufrechterhaltung der biologischen Primärfunktionen, der Temperaturregelung und dem Stoffwechsel, ist der Säugling auch in seinen anderen Funktionen absolut hilflos. Die Mutter bewahrt ihn vor dieser Hilflosigkeit.

Erstens sorgt sie für ausreichende Stimulation, was eine Voraussetzung für erfolgreiches Lernen und das Wohlbefinden des Kindes ist. Sie hebt, schaukelt, schüttelt und betastet das Kind. Sie spricht mit ihm und macht Grimassen und andere Spielereien. Allein diese Stimulation beeinflusst das sich entwickelnde Verhalten sehr stark. Wir sehen dies in unserem Kulturkreis am unterschiedlichen Verhalten der Kinder gegenüber Vätern und Müttern. Väter haben eine etwas massive Art Kinder

zu stimulieren. Die Kinder reagieren darauf ganz anders, als auf die Stimulation, welche von der Mutter kommt (*Parke*, 1978).

Zweitens reagieren die Eltern auf die subtilsten Regungen des Kindes, und ermöglichen dadurch den Aufbau und Ausbau von bestimmten Erwartungen. Feinfühligke Eltern, so beschreibt es *Mary Ainsworth* (1974), bemerken, verstehen, reagieren und, dies vor allem, sofort auf die von den Kindern gegebenen Zeichen.

Damit legen sie zugleich den Grundstein für die Entwicklung einer ganz spezifischen kognitiven Leistung: der Kommunikation. Verhaltensweisen der Kinder, welche in einer leblosen Umwelt bedeutungslose Begleiterscheinungen physiologischer Bedürfnisse bleiben würden, z. B. Reaktionen bei Hunger, gewinnen dadurch eine zentrale Rolle. In dem Augenblick, wo die Mutter zum ersten Mal auf derartige Zeichen reagiert, beginnt für den Säugling ein Lernprozeß. Dabei wird nicht nur der Unterschied zwischen leblosen und lebendigen Wesen erlernt. Es beginnt auch die Diskriminierung der eigenen Verhaltensformen aufgrund ihrer Auswirkungen auf die Objekte der Umgebung. Gegenstände oder Personen können nicht durch die gleichen Verhaltensformen beeinflußt werden.

Das Zusammenspiel zwischen Eltern und Kindern klappt vorzüglich, da beide für diese Kooperation mit speziellen Wahrnehmungsfähigkeiten und einem speziellen Verhaltensrepertoire ausgestattet sind. Häufig funktioniert leider dieses Zusammenspiel nicht, sei es, weil das Kind nicht die dazu notwendigen Verhaltensformen besitzt, wie z. B. bei einem behinderten Kind, sei es, weil die Mutter in ihrer Wahrnehmung oder ihrem Verständnis oder in ihrer Reaktivität aus welchen Gründen auch immer beeinträchtigt ist, oder weil äußere Gegebenheiten, Krankheit, Arbeitsbedingungen oder dgl. sie in ihrer Kontaktfähigkeit behindern. Es ist äußerst wichtig, solche Blockaden der Kommunikation möglichst frühzeitig zu erkennen, um das Verfestigen einer Störung zu vermeiden.

10. Die zahlreichen Studien über die Folgen sozialer Isolierung, z. B. beim Heranwachsen in Heimen bzw. unter experimentellen Bedingungen (*Harlow & McCleary*, 1954) schienen zu zeigen, daß das Fehlen von Sozialkontakt zu irreparablen Schäden emotionaler und sozialer Funktionen führt. In dieser Einfachheit läßt sich jedoch diese Behauptung nicht aufrechterhalten. Erstens konnten diese scheinbar irreparablen Schäden durch kompensatorische Erziehung wenigstens teilweise ausgeglichen werden (*Reite, Short & Seiler*, 1978), zum anderen ließen sich die Ausfälle jedenfalls partiell als Mangel an adäquater Stimulation erklären. Werden z. B. Surrogatmütter, an denen Affen großgezogen werden, mit einer einfachen Mechanik ausgestattet, die sie die Hälfte des Tages in Wackelbewegungen versetzt, so hat diese mechanistische Prozedur Auswirkungen auf das spätere Sozialverhalten der Tiere (*Ma-*

son, 1978; Mason & Berkson, 1975). Es konnte sogar gezeigt werden, daß unter den üblichen experimentellen Bedingungen die physiologischen adaptiven Prozesse die gleichen sind wie bei der Annäherung an natürliche Mütter (Reite, Short & Seiler, 1978). Die mit wackelnden Surrogaten aufgezogenen Affen zeigten sich sensibler gegenüber sozialen Signalen als die Kontrollgruppen. Ihre emotionalen Reaktionen, ihre Angstbereitschaft, welche negativ mit sozialen Verhaltensweisen und Explorationsverhalten korreliert (Mitchell, 1972) waren auffallend eingeschränkt (Eastman & Mason, 1975). Natürlich können wir diese an Affen gewonnenen Ergebnisse nicht einfach auf menschliche Beziehungen übertragen. Aber dieses Beispiel soll uns verdeutlichen, daß die Befriedigung scheinbar simpler, fast mechanistischer biologischer Bedürfnisse weitreichende und komplexe Auswirkungen auf die gesamte Entwicklung haben kann, emotionale und soziale Prozesse inbegriffen.

Eltern sind für die adäquate und situationsgerechte Stimulation mit einem hervorragenden Verhaltensrepertoire ausgestattet. Die Anpassungsvorgänge an die Interaktion mit dem Kind laufen unbewußt ab. Sie stehen sogar oft in Widerspruch zu den Überzeugungen der Mutter. Obgleich es z. B. immer noch Mütter gibt, die davon überzeugt sind, daß ihre Kinder in den ersten sechs Wochen nicht sehen können, bemühen sie sich ständig in ihrer Haltung und ihren Kopfbewegungen Blickkontakt mit den Kindern aufzunehmen. Möglicherweise spielt bei der Aufrechterhaltung ihrer Aktivitäten das gleiche adaptationsregulierende System eine Rolle, welches auch das Säuglingsverhalten prägt (Goldberg, 1977). Auch die Eltern lenken ihr Verhalten nach einem Erfolgskriterium. Führt eine Stimulation nicht mehr zum gewünschten Effekt, wird sie abgeändert, bis sich wieder ein Erfolg in Form eines bestimmten kindlichen Verhaltens zeigt (Papoušek & Papoušek, 1977 c). Diese Effektivität elterlichen Verhaltens ist notwendig, um es in Gang zu halten (Emde, Gaensbauer, Harmon, 1976; Klaus & Kennell, 1976).

Je jünger Kinder sind, desto langsamer verlaufen Lernvorgänge und desto mehr Wiederholungen sind notwendig um einen Lernerfolg zu erzielen (Papoušek, 1976 a). Gerade das bieten Eltern ihren Kindern in unübertrefflicher Weise. Sie verlangsamen ihre Aktivitäten im Umgang mit Säuglingen; sie betonen die wesentlichen Merkmale. Zwischen den Einzelaktionen werden relativ große Pausen gemacht (Papoušek & Papoušek, 1977 a; Stern, 1977; Fernald, 1977 unv.). Am Beispiel der Sprache läßt sich das deutlich beobachten: Die Mütter sprechen langsamer, mit stark überhöhter Betonung; sie wiederholen ihre Aussagen immer wieder (Snow & Ferguson, 1977; Waterson & Snow, 1978; Golinkoff, 1979).

Lernleistungen hängen in hohem Maße vom Wachzustand ab. Eltern nehmen in ihrem Verhalten unbewußt darauf Rücksicht.

Sie adaptieren sich auch sonst permanent an das kindliche Leistungs-

niveau und wachsen dabei regelrecht mit den Kindern mit. Es besteht zwar ein anhaltender Leistungsdruck in Hinblick auf ein gewünschtes Endverhalten, dies läßt sich z. B. am Verlauf der Interpretationen kindlicher Lautäußerungen bis hin zu den ersten „verstehbaren“ Wörtern beobachten (*Papoušek*, unveröffentl. Manuskript) aber – und dies ist eine der wichtigsten Leistungen verständnisvollen elterlichen Handelns – sie reagieren auch auf alle erreichten Zwischenstufen, alle kleinen Teilerfolge. In einem Experiment von *Papoušek* und *Bernstein* (1969) zeigt sich die fundamentale Bedeutung dieser Reaktionsweise. Kinder wurden dort mit einer optischen Darbietung belohnt, wenn sie dreimal hintereinander den Kopf um 30° nach rechts drehten. Im Verlauf des Experiments zeigte sich bald ein Bewegungsmuster, bei welchem der Kopf dreimal in eine Richtung gedreht wurde, wobei jedoch die dritte Bewegung nicht groß genug war. Belohnte man dennoch diese Verhaltenstendenz, so erreichten die Kinder bald das vollständige Kriterium. Belohnte man dieses Verhalten jedoch nicht, so scheiterten die Säuglinge meist ganz. Auch an der Entwicklung der Dialogsituation mit Kindern läßt sich die Adaptation verdeutlichen. Während die Mütter in den ersten Wochen noch voll den Anteil beider Partner übernehmen, also auch den Sprechpart der Kinder, werden im Laufe der Zeit die Pausen zunehmend länger und die Mütter warten, bis sie wenigstens irgend ein Zeichen, den Ansatz einer Reaktion, von den Kindern bekommen.

6. Die permanente Adaption an kindliche Leistungsfähigkeiten gelingt nur, da die Kinder durch ihr Verhalten, ihren Wachheitsgrad ihre Bereitschaft zur Stimulation, ihre Übersättigung oder ihren Lernerfolg ausdrücken.

Der Wachheitsgrad läßt sich an einer ganzen Reihe von Parametern ablesen: Atmung, Muskeltonus, Kopfhaltung, Augen, Stellung der Brauen, Händchenhaltung, etc. (*Papoušek & Papoušek*, 1977 a; *Dreyfus-Brisac*, 1974; *Emde & König*, 1969; *Lewis*, 1972), wobei dies sicher noch nicht alle sind. Eltern reagieren unwissentlich sehr differenziert auf diese Zeichen und manipulieren auch den Wachheitsgrad gezielt (*Papoušek & Papoušek*, 1977 a) oder unbewußt, indem sie die Kinder im Verlauf der Interaktion aktivieren oder dämpfen (*Korner & Grobstein*, 1966). Auch die Überprüfung des Wachheitsgrades erfolgt unbewußt (*Papoušek & Papoušek*, 1977 a).

Säuglinge bringen auch durch Blickrichtung, Haltung, Mimik und Gestik zum Ausdruck, ob eine Stimulation Freude oder Mißmut erregt. Sie wenden dann den Blick ab, drehen den Kopf beiseite, wehren mit den Händen ab oder fangen an zu strampeln oder zu schreien. Wenn sie etwas gelernt haben, zeigen sie dies unter anderem durch Lächeln und bestimmte Vokalisation. Diese „positiven“ Lautäußerungen treten unabhängig davon auf, ob eine Interaktion mit Personen oder mit Objekten erwartungsgemäß verläuft. Es sind also keine primär sozialen Reak-

tionen, sondern Verhaltensformen, die sich als Begleitreaktionen zu inneren Zuständen ergeben (*Markova, 1977; Rommetveit, 1974; Stark, 1974; Carter, 1978; Crystal, 1973; Lamadella, 1977; Fry, 1975*). Diese Verhaltensformen führen wiederum dazu, daß das Verhalten der Eltern in bestimmter Richtung beeinflußt wird (*Bell & Ainsworth, 1972; Bakeman & Brown, 1977; Freedle & Lewis, 1974; Anderson, Vietze & Dobacki, 1977*). Die Äußerungen der Emotion bei Säuglingen fungieren als Schlüsselsignale und ermöglichen Eltern "to play the game" (*Watson, 1971; Watson, 1973*).

Ein zentraler Prozeß der psychischen Entwicklung ist die Kristallisation jener Struktur, die wir als Selbstbewußtsein bezeichnen. Es ist wie viele unserer Wörter, ein hypothetisches Konstrukt, da wir es nicht unmittelbar beobachten können. Ich möchte heute Ihr Augenmerk auf eine Operationalisierungsform dieses Begriffes lenken, welche in den letzten Jahren in der experimentellen Forschung häufig verwendet wurde und welche auch in der Psychoanalyse eine gewisse Bedeutung hat: das Sich-selbst-erkennen im Spiegel. Dieses Erkennen wird, so schrieb *Lacan 1948* „signalisiert durch die illuminative Mimik des Aha-Erlebnisses, in dem, als einem wichtigen Augenblick des Intelligenzaktes, sich ... die Wahrnehmung der Situation ausdrückt“.

Wir können das Sich-selbst-erkennen vor dem Spiegel aus dem Verhalten ableiten. Auch Tiere zeigen zwar eine Reaktion auf ihr Spiegelbild, aber diese unterscheidet sich vom Verhalten der Menschen. Dieses Erkennen tritt allerdings nicht plötzlich auf, wie *Lacan* glaubt, sondern es durchläuft verschiedene Stadien, wobei in frühen Stadien das Verhalten dem bei Tieren nicht unähnlich ist. Z. B. versuchen auch Säuglinge zunächst das Wesen auf der anderen Seite des Spiegels zu entdecken (*Shirley, 1933; Gesell & Thompson 1934*). Selbst das freudestrahlende Gesicht beim Anblick des Spiegelbildes, das bereits im Alter von 3 – 4 Monaten auftritt, kann ebenso gut Ausdruck der allgemeinen Reaktion auf Gesichter sein. Auch bei Tieren wird das Spiegelbild häufig als Gruppenmitglied erkannt (*Ploog, 1963; Gallup et al., 1971; Thompson, 1966*). Einen eindeutigen Hinweis auf die Rückbeziehung zum eigenen Standpunkt haben wir erst, wenn das Spiegelbild in die Kontrolle des eigenen Verhaltens einbezogen wird. *Gallup (1968; 1970; Gallup et al., 1970; 1971)* hat auf diese Weise z. B. das Selbsterkennen von Schimpansen nachgewiesen. Diese bekamen einen roten Punkt auf die Stirn gemalt. Als sie sich im Spiegel sahen, griffen sie sich an die Stirn und versuchten den Punkt zu entfernen. Diese Reaktion tritt beim menschlichen Säugling frühestens mit einem halben Jahr auf. Aber es wurde auch gezeigt, daß dies nur ein Schritt in einer Reihe von Entwicklungsstufen darstellt (*Amsterdam, 1977; Bertenthal, 1978*). Das Problem der Trennung der im frühen Stadium ganzheitlichen Wahrnehmung in Teilbereiche von voneinander abgegrenzten Objekten und der Entwicklung der

Selbstwahrnehmung sind Ihnen sicher vertraut. Die Wahrnehmung der Gleichzeitigkeit zwischen internen und externen Stimuli spielt dabei sicher eine Rolle. Es wird neurophysiologisch ermöglicht durch ein System von Reafferenzen. Die Bedeutung dieser Gleichzeitigkeit versuchten *Papoušek & Papoušek* (1974 b) in einem Experiment zu klären, bei welchen den Säuglingen auf zwei Bildschirmen ihr Gesicht und ihr Verhalten gleichzeitig oder in einer Aufzeichnung gezeigt werden konnte. Mit dieser Versuchsanordnung ließ sich zumindest eines der möglichen Erklärungsmodelle für die frühkindliche Reaktion auf das eigene Spiegelbild untersuchen. Denn ein Spiegelbild liefert mehrere Elemente, welche, jedes für sich, als Verhaltensausröser in anderen Situationen untersucht wurden, z. B. den Blickkontakt, die Begegnung mit dem Babyschema oder die von *Papoušek & Papoušek* (1974 b) untersuchte Kontingenz zwischen der eigenen Bewegung und der des Bildes.

Doch auch ohne Spiegel ist den Säuglingen ein Modell ihres Verhaltens geboten. Eine der auffälligsten Verhaltensformen, welche Mütter im Umgang mit ihren Säuglingen zeigen, ist das Nachahmen mimischer und lautlicher Äußerungen (*Papoušek & Papoušek*, 1977 c), was häufig gleichzeitig mit der jeweiligen Bewegung beim Säugling geschieht. Typische Beispiele sind die Winkbewegungen mit den Armen oder das Mundöffnen, wenn das Baby gefüttert wird (*Papoušek & Papoušek*, 1977 c). Das letzte Beispiel erinnert an den in der Psychologie schon seit langem bekannten *Carpenter*-Effekt (wenn der Mann vor dem Fernseher die Faust schwingt, weil der Mann im Fernseher endlich zuschlagen soll). Wir wissen noch viel zu wenig über die Imitation und die dazu notwendigen kognitiven Fähigkeiten. Wir wissen auch noch wenig über die Entwicklung der Imitationsformen in der Säuglingszeit. Einige Imitationserscheinungen, z. B. das Vorstrecken der Zunge, nehmen ab, andere z. B. Handbewegungs-Imitationen nehmen kontinuierlich zu (*Maratos*, 1973; *Pawlby*, 1977). Dennoch scheint es uns angebracht, das Verhalten der Mutter als „biologischen Spiegel“ zu kennzeichnen (*Papoušek & Papoušek*, 1976 b). Die Mutter zeigt dem Kind, wie es sich verhält und wie es sich verhalten sollte. Bereits im Alter von wenigen Monaten erlernen Kinder auf diese Weise, ihre kulturspezifischen Verhaltensweisen (*Caudill & Weinstein*, 1969).

Emotionale Bezüge zwischen Eltern und Kindern bilden sich durch eine spezifische Form der Interaktion aus. Sie entstehen ja auch nur dann, wenn diese Interaktion funktioniert. Prinzipiell aus einer rein mechanistisch-biologischen Sicht kann man feststellen, daß vergleichbare Bezüge auch zu Objekten entstehen können. Die Besonderheit der zwischenmenschlichen Beziehung, ihre eigenständige Qualität beruht auf der Komplementarität bestimmter biologischer Mechanismen zwischen Eltern und Kindern. Menschen sind aufgrund bestimmter Reaktionsformen, sei es, daß diese angeboren sind, erworben werden oder

zu bestimmten Zeiten von Hormonen verstärkt werden, für Säuglinge unter bestimmten Umständen die optimalen Umweltbedingungen, um den Entwicklungsprozeß reibungslos und menschenwürdig zugleich zu gestalten. Nur Mensch und Mensch können in dieser Form aufeinander zugehen. Biologische Prozesse im Rahmen des Eltern-Kind-Verhaltens erleichtern diesen Kontakt aber nur, wenn man den dafür notwendigen Freiraum für die Mutter schafft und allen Störungen dieser Interaktion, seien sie in der Persönlichkeit der Eltern oder in gesellschaftlichen Produktionsbedingungen gelegen, nicht tatenlos zusieht.

The Significance of Mother-Child-Interaction for the Development of Emotional and Cognitive Processes

Gerhard W. Sandner (München)

With reference to *Papoušek's* behavioral research and his concept of a fundamental system regulating the processing of stimuli in terms of environmental adaptation the author raises the question: which observable modes of behaviour of mother and child stimulate babies to learn and to develop. The author regards the measureable concomitant somatic reactions as auxiliary mechanisms. *Sandner* makes the point that without a helping mother compensating for the helplessness of the baby there would not be engendered any activity directed towards the intake and processing of stimuli, i. e. to learning; in the opposite case the baby's set-up would be apathetic, aggressive, and negative towards stimuli, as can be observed in the case of a lack of learning success (described by *Seligman* as 'learned helplessness'). The author goes on to say that also the mother's behaviour towards the child, in the same way as the baby's toward his mother, is directed by criteria of success; the author assumes that the mother is provided with a set of modes of behaviour by which she can stimulate her child adequately and in correspondence with the situation, moreover, that she is equipped with the same system regulating the adaptational process as the child. Social isolation, according to the author, can to some extent be explained as a partial lack of stimulation; this lack of stimulation is caused by communication blockages of various kinds and origins in the interaction of mother and child.

The author's aim is to analyse in a more differentiated manner the after-effects of social isolation and of the lack of social contact; to look at them as irreversible damage to the emotional and social reactions of the given person is, in the author's opinion, too global an approach. For one thing, he suggests that, partially, compensatory education is possible, secondly that certain stimuli can be presented also mechanically, i. e. social relations are not necessary. By way of an example, he refers to an

experiment with monkeys: a group of baby monkeys was raised by mechanically moving mother substitutes, the group thus raised was more sensitive to social signals than a control group.

It is essential for the mother to adapt her behaviour to the level of performance of her children; for this adaptational process to operate efficiently it is also necessary that the children give their mothers signals which she can use as a means of orientation. To do this, children must be rewarded, even for a partial success, as has been experimentally shown by *Papoušek* and others. By way of the degree of alertness, of bearing of the body, of the movement of the features of the face, of gesture, children indicate whether a given stimulation makes them happy, gives them the feeling of success in learning, or whether they feel discontented because of over-exposure to the given stimuli. With regard to the manifestations of happiness about success at learning, *Sandner* is of the opinion that they occur independently from the fact whether an interaction with people or with objects turns out to develop in the expected way. According to the author, these manifestations of pleasure are not primarily social reactions, but rather modes of behaviour which are concomitant reactions to internal states. The author then turns to the question of the formation of selfconsciousness, which he also explains biologically. Self-consciousness is, from the point-of-view of the author, a hypothetical model which has to be operationalized and which manifests itself in the reactions of the given person to his own mirror image. He conceives of the formation of selfconsciousness biologically as a process of differentiation between external and internal stimuli —, this process being directed by reafferences.

Closely connected with this are the processes of imitation of facial expression and language utterances which the author calls biological mirrors. The conclusion of the author is that emotional relations between parents and children can also be established to objects and that complementarily certain biological mechanisms between parents and children are the characteristic feature of inter-personal relation. Because of certain forms of reaction, human beings are for babies, under certain conditions, the optimum environmental surrounding to set into motion the developmental process through stimuli.

Literatur

- Ainsworth, M. D. S., Bell, S. M., Stayton, P. J. (1974): Infant Mother Attachment and Social Development: Socialisation as a Product of Reciprocal Responsiveness to Signals. In: M. P. M. Richards (Ed.), *The Integration of a Child into a Social World*. (London: Cambridge University Press)
- Alper, T. (1952): The Interrupted Task Method in Studies of Selective Recall: A Reevaluation of some Recent Experiments. In: *Psychological Review* (59), 71–88
- Amsterdam, B.; Greenberg, L. (1977): Self-Conscious Behaviour of Infants. In: *Developmental Psychobiology* (10) 1–6
- Anderson, B. J.; Vietze, P.; Dobecki, P. R. (1977): Reciprocity in Vocal Interactions of Mothers. In: *Child Development* (48): 1676–1681
- Bakeman, R.; Brown, J. V. (1977): Behavioural Dialogues: An Approach to the Assessment of Mother-Infant Interaction. In: *Child Development* (48): 195–203
- Bell, S. M.; Ainsworth, M. D. (1972): Infant Crying and Maternal Responsiveness. In: *Child Development* (43): 1171–1190
- Bertalanffy, L. v. (1968 a): *General System Theory. Foundations, Development, Application*. (New York: Braziller)
- (1968 b): *Organismic Psychology and Systems Theory*. (Barre, Mass.: Clark University Press with Barre Publ.)
- Berlyne, D. E. (1960): *Conflict, Arousal and Curiosity*. (New York: McGraw Hill)
- Bertenthal, B. J.; & Fischer, K. W. (1978): Development of Self-Recognition in the Infant. In: *Developmental Psychology* (14) 44–50
- Cannon, W. B. (1929): *Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear and Rage*. (New York: Appleton Century Crofts)
- Carter, A. C. (1978): The Development of Systematic Vocalisations Prior to Words: A Case Study. In: N. Waterson, C. Snow (Ed.), *The Development of Communication*. (New York: Wiley and Sons)
- Caudill, W.; Weinstein, H. (1969): Maternal Care and Infant Behavior in Japan and America. In: *Psychiatry* (32) 12–43
- Crystal, D. (1973): Non-Segmental Phonology in Language Acquisition: A Review. In: *Lingua* (32) 1–45
- Dember, W. N. (1961): Alternation Behaviour. In: D. W. Fiske, S. R. Maddi (Eds.), *Function of Varied Experience*. (Homewood, Ill.: Dorsey)
- Dreyfus-Brisac, C. (1974): Organisation of Sleep in Prematures: Implications for Caregiving. In: M. Lewis, L. A. Rosenblum (Eds.), *The Effect of the Infant on its Caregiver. The Origin of Behaviour Series. Vol. I*. (New York: Wiley and Sons)
- Dweck, C. S.; Repucci, N. D. (1973): Learned Helplessness and Reinforcement Responsibility in Children. In: *Journal of Personality and Social Psychology* (25) 109–116
- Emde, R.; Gaensbauer, R. & Harmon, R. J. (1976): Emotional Expression in Infancy. A Biobehavioral Study. In: *Psychological Issues Monograph No. 37*. International Universities Press
- ; Koenig, K. L. (1969): Neonatal Smiling and Rapid Eye Movement States. In: *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* (8) 57–67
- Eastman, R. F.; Mason, W. A. (1975): Looking Behaviour in Monkeys Raised with Mobile and Stationary Artificial Mothers. In: *Developmental Psychobiology* (8) 212–223
- Fernald, A. (1977): *Die Sprache der Mutter mit dem Neugeborenen*. (München: Unveröffentlichtes Manuskript)
- Fischer, K. (1974): Cognitive Development as Problem Solving: The Meaning of Décalage in Seriation Tasks. Paper presented at the 5th Annual Interdisciplinary Conference on Structural Learning. Philadelphia, April 20–23, 1974
- Folkins, C. H.; Lawson, K. D.; Opton, E. M. jr.; Lazarus, R. S. (1968): Desensitization and the Experimental Reduction of Threat. In: *Journal of Abnormal Psychology* (73) 100–113
- Freedle, R.; Lewis, M. (1974): Prelinguistic Conversation. In: M. Lewis, L. A. Rosenblum (Eds.), *The Effect of The Infant on its Caregiver. The Origin of Behaviour Series. Vol. I*. (New York: Wiley and Sons)
- Funkenstein, D. H. (1955): The Physiology of Fear and Anger. In: *Scientific American*, 192 (5): 74–80

- , *Kind, S. H.; Drolette, M. E.* (1957): *Mastery of Stress*. (Cambridge Mass.: Harvard University Press)
- Goldberg, S.* (1977): Social Competence in Infancy: A Model of Parent-Infant Interaction. In: *Merrill-Palmer-Quarterly* (23) 162–177
- Golinkoff, R. M.; Ames, G. J.* (1979): A Comparison of Fathers and Mothers Speech with their Young Children. In: *Child Development* (50) 28–32
- Großmann, K.; Winkel, R.* (1977): *Angst und Lernen*. (München: Kindler)
- Harlow, H. F.* (1961): The Development of Affectional Patterns in Infant Monkeys. In: *Foss, B. M.* (Ed.), *Determinants of Infant Behaviour*. (London: Methuen)
- , *Harlow, M. K.; Meyer, D. R.* (1950): Learning Motivated by a Manipulation Drive. In: *Journal of Experimental Psychology* (40) 228–234
- , *McClearn, G. F.* (1954): Object Discrimination Learned by Monkeys on the Basis of Manipulation Motives. In: *Journal of Comparative and Physiological Psychology* (47) 73–76
- Holzkamp-Osterkamp, U.* (1975): *Grundlagen der psychologischen Motivationsforschung 1*. (Frankfurt: Campus Verlag)
- (1978): *Motivationsforschung 2*. (Frankfurt: Campus Verlag)
- Hutt, C.* (1967): Effect of Stimulus Novelty on Manipulatory Exploration in an Infant. In: *Journal of Child Psychology and Psychiatry* (8) 241–247
- James, W.* (1884): What is an Emotion? In: *Mind*, 9: 188–205
- Klaus, M. H.; Kennell, J. H.* (1976): *Maternal Infant Bonding*. (Saint Louis: The C. V. Mosby Company)
- Korner, A.; Grobstein, R.* (1966): Visual Alertness as Related to Soothing in Neonates: Implications for Maternal Stimulation and Early Deprivation. In: *Child Development* (37) 867–876
- Lacan, J.* (1973): *Das Spiegelstadium als Bildner der Ich-Funktion*. (Paris: Edition DuSeuil 1966. Deutsch: Olten: Walter)
- Lazarus, R. S.* (1968): Emotions and Adaptations: Conceptual and Empirical Relations. In: *W. J. Arnold* (Ed.), *Nebraska Symposium on Motivation*. (Lincoln: University of Nebraska Press)
- Lamendella, J. T.* (1977): The Limbic System in Human Communication. In: *H. Whitaker, H. A. Whitaker* (Eds.), *Studies in Neurolinguistics Vol III*. (New York: Academic Press)
- Lewis, M.* (1972): State as an Infant Environment Interaction: An Analysis of Mother-Infant Interaction as a Function of Sex. In: *Merrill-Palmer-Quarterly* (18) 95–121
- Maranon, G.* (1924): Contribution à l'étude de l'action émotive de l'adrénaline. In: *Revue Fr. Endocrinale* (2) 301–325
- Maratos, O.* (1973): The Origin and Development of Imitation in the First Six Months of Life. Paper Presented at the B. P. S. Annual Meeting, Liverpool, 5–9 April, 1973
- Marková, I.* (1977): *The Social Context of Language*. (London: Academic Press)
- Mason, W. A.* (1978): The Social Development of Monkeys and Apes. In: *I. DeVore*, (Ed.), *Primate behaviour*. (New York: Holt, Rinehart and Winston)
- , *Berkson, G.* (1975): Effects of Maternal Mobility on the Development of Rocking and other Behaviours in Rhesus Monkeys: A Study with Artificial Mothers. In: *Developmental Psychobiology* (8) 197–211
- McCall, R. B.; Kagan, J.* (1967): Stimulus Schema Discrepancy and Attention in the Infant. In: *Journal Experimental Child Psychology* (5) 381–390
- McCulloch, T. L.; Bruner, J. S.* (1939): The Effect of Electric Shock on Subsequent Learning in the Rat. In: *Journal of Psychology* (7) 333–336
- , *Haslerud, G. M.* (1939): Affective Responses of an Infant Chimpanzee Reared in Isolation from its Kind. In: *Journal of Physiological Psychology* (28) 437–445
- Merrill, R. M.* (1954): The Effect of Preexperimental and Experimental Anxiety on Recall Efficiency. In: *Journal of Experimental Psychology* (48) 167–172
- Mitchell, G.* (1972): Looking Behavior in the Rhesus Monkey. In: *Journal of Phenomenological Psychology* (3) 53–67
- Papoušek, H.* (1967): Experimental Studies of Appetitional Behavior in Human Newborns and Infants. In: *H. W. Stevenson, E. H. Hess, H. L. Rheingold* (Eds.), *Early Behavior*. 249–277. (New York: Wiley)
- (1975): Soziale Interaktion als Grundlage der kognitiven Frühentwicklung. In: *T. Hell-*

- brügge* (Hrsg.): Kindliche Sozialisation und Sozialentwicklung. Fortschritte der Sozialpädiatrie. Vol. 2, 117–141. (München/Berlin/Wien: Urban & Schwarzenberg)
- (1976): Entwicklung der Lernfähigkeit im Säuglingsalter. Internationales Symposium über Lernen, Lernstörungen und ihre Behandlung. Athen 1976
- ; *Berstein, P.* (1969): The Functions of Conditioning Stimulation in Human Neonates and Infants. In: *A. Ambrose* (Ed.), *Stimulation in Early Infancy*, 229–252. (London: Academic Press) 1969
- Papoušek, M.* (1974 a): Die Mutter-Kind-Beziehung und die kognitive Entwicklung des Kindes. In: *R. Nissen, P. Strunck*, (Hrsg.), *Seelische Fehlentwicklung im Kindesalter und Gesellschaftsstruktur* 83–100. (Neuwied: Luchterhand)
- ; (1974 b): Mirror Image and Self-Recognition in Young Human Infants: I. A New Method of Experimental Analysis. *Developmental Psychobiology* (7) 149–157
- ; (1977 a): Mothering and Cognitive Headstart: Psychobiological Considerations. In: *H. R. Schaffer* (Ed.), *Studies in Mother-Infant-Interaction*. 63–85. (London/New York: Academic Press)
- ; (1977 b): The Infants Fundamental Adaptive Response System in Social Interaction. In: *E. B. Thoman* (Ed.), *Origins of the Infants Social Responsiveness*. (Hillsdale, N. J.: L. Erlbaum in press)
- ; (1977 c): Das Spiel in der Frühentwicklung des Kindes. *Suppl. pädiat. prax.*, (18) 17–32
- Parke, R.* (1978): Perspectives on Father Infant Interaction. In: *J. D. Osofsky* (Ed.), *Handbook of Infancy*. (New York: Wiley)
- Pawlby, S.* (1977): Imitative Interaction. In: *H. R. Schaffer* (Ed.), *Studies in Mother-Infant Interaction*. (London: Academic Press)
- Piaget, J.* (1937): *La construction du réel chez l'enfant*. (Neuchâtel: Delachaux et Niestlé)
- (1945): *La formation du symbole chez l'enfant*. (Neuchâtel: Delachaux et Niestlé)
- Pribram, K. H.* (1967 a): Emotions: Steps toward a Neurophysiological Theory. In: *D. C. Glass* (Ed.), *Neurophysiology and Emotions*. (New York: Rockefeller University Press)
- ; (1967 b): The New Neurology and Biology of Emotion: A Structural Approach. In: *Amer. Psychologist* (22) 830–838
- Reite, M.; Short, R.; Seiler, C.* (1978): Heart Rate and Body Temperature in Separated Monkey Infants. In: *Biological Psychiatry* (13) 91–106
- Romanes, G.* (1881): *Animal Intelligence*. (New York: Appleton Century Crofts)
- Rommetveit, R.* (1974): *On Message Structure*. (New York: Wiley)
- Ruch, F. L.; & Zimbardo, P. G.* (1967): *Psychology and Life*. (Glenview, Ill.: Scott, Foresman & Co.)
- Schachter, S.; Singer, J.* (1962): Cognitive and Physiological Determinants of Emotional State. In: *Psychological Review* (69) 379–399
- Seligman, M. E. P.; Maier, F. S.* (1967): Failure to Escape Traumatic Shock. In: *Journal Exp. Psychology* (74) 1–9
- Simpson, H. M.* (1969): Effects Of Task Relevant Response on Pupil Size. In: *Psychophysiology* (6) 115–121
- Snow, C. E., & Ferguson, C. A.* (1977): *Talking to Children. Language Input and Acquisition*. (London/New York/Melbourne: Cambridge University Press)
- Sokolow, F. W.* (1963): *Perception and the Conditioned Reflex*. (Oxford: Pergamon Press)
- Speisman, J. C.; Lazarus, R. S.; Mordkoff, M. A.; Davison, C. A.* (1964): The Experimental Reduction of Stress Based on Egodefense Theory. In: *Journal of Abnormal and Social Psychology* (68) 367–380
- Stern, D.* (1977): *The First Relationship: Infant and Mother*. (London: Fontana Open Books)
- Thornton, J. W.; Jacobs, P. D.* (1971): Learned Helplessness in Human Subjects. In: *Journal Exp. Psychology* (87) 367–372
- Waterson, N.; Snow, C.* (1978): *The Development of Communication*. (Chichester/New York/Brisbane/Toronto)
- Watson, J. S.* (1971): Cognitive and Perceptual Development in Infancy: Settings for the Seventies. In: *Merrill Palmer Quarterly* (17) 139–152
- (1973): Smiling, Cooing, and "the game". In: *Merrill Palmer Quarterly* (18) 322–340

- ; *Ramey, C. T.* (1972): Reactions to Response Contingent Stimulation in Infancy. In: *Merrill Palmer Quarterly* (18) 219–227
- Welker, W. J.* (1961): An Analysis of Exploratory and Play Behaviour in Animals. In: *D. W. Fiske; S. D. Maddi* (Eds.), *Functions of Varied Experience*. (Homewood, Ill.: Dorsey)
- Worchel, P.* (1955): Anxiety and Repression. In: *Journal of Abnormal and Social Psychology* (50) 201–205

Anschrift des Autors:

Gerhard W. Sandner

Max-Planck-Institut für Psychiatrie

8000 München

Nachrichten

Nachruf Dr. phil. Gustav Hans Graber

17. 5. 1893 bis 11. 4. 1982

In der Osternacht zum 11. April 1982 ist *Gustav Hans Graber*, Ehren- und Gründungspräsident der Internationalen Studiengemeinschaft für Pränatale Psychologie (ISPP) und Ehrenmitglied unserer Deutschen Akademie für Psychoanalyse ein Jahr vor Vollendung seines 90. Lebensjahres gestorben.

Graber war mir ein treuer Freund und beide standen wir uns zur Seite. Zu seinem 80. Geburtstag 1973 erhielt *Graber* die Goldene Medaille unserer Akademie für seine Verdienste um die Pränatale Psychologie.

Graber war seit 1929 Psychoanalytiker, zuerst in Stuttgart, ab 1943 in Bern. Er promovierte 1924 über „Die Ambivalenz des Kindes“, mit der ersten Dissertation an einer europäischen Universität über ein psychoanalytisches Thema. Die Arbeit erschien im selben Jahr (1924) wie *Otto Ranks* Buch „Das Trauma der Geburt“ im Psychoanalytischen Verlag, Wien und war einem ähnlichen Thema gewidmet: Der vorgeburtlichen Dual-Einheit von Mutter und Kind, dem pränatalen unbewußten Selbst, dem Daseinswechsel durch die Geburt und der Grundstörung des Geburtstraumas.

Seit den Jahren der Entstehung dieses Buches hat *Graber* bis zuletzt nicht geruht, die Fragestellungen der vorgeburtlichen Existenz und vorgeburtlichen leib-seelischen Einheit des Menschen zu reflektieren und zu vertiefen, die verschiedenen beginnenden empirischen Forschungen zu diesem Thema zusammenzutragen und zu veröffentlichen und besonders die wissenschaftliche Diskussion auf Arbeitstagungen der 1971 ins Leben gerufenen Internationalen Studiengemeinschaft für Pränatale Psychologie anzuregen und zu fördern.

Noch auf unserem letzten Kongreß im Dezember 1981 in München über „Unbewußtes und Identität“ war *Graber* mit seinem Beitrag über das Unbewußte („Wenig bekannte und neuere Auffassungen zur Psychologie des Unbewußten“) vertreten. Eine der größten Freuden in seinen letzten Lebensjahren war für ihn, daß unser Verlag Pinel-Publikationen die vierbändige Ausgabe seiner Werke übernehmen konnte.

Graber starb bei voller geistiger Kraft nach einem Tag, der angefüllt war mit schönen Gesprächen und einem Spaziergang am Thuner See. Alle Mitglieder unserer Akademie und viele unserer Patienten kannten

ihn persönlich und schätzten ihn. Wir werden für *Gustav Hans Graber* in uns ein treues und ehrendes Angedenken bewahren.

Günter Ammon
für die Deutsche Akademie für Psychoanalyse

Aus der wissenschaftlichen Korrespondenz von Günter Ammon

Greetings from Israel

10. 3. 82

Dear *Dr. Günter Ammon*,

I'd like to thank you for the honor that was given to me to take part and to present a paper to the congress that you organized. Even though much time has elapsed since then I am still under the impression of the nice atmosphere and of the interesting meetings that we had. I have gained much wisdom during the time that I spent with you, it was heartening to see the admiration und honor in which the public holds you. I still remember the speeches generally, and especially yours and your wife's. It was a great pleasure for me to visit the hospital that's un-



Rabbi Shapira im Gespräch mit Ammon

der your jurisdiction and to see at first hand how you apply your method in handling patients.

I pray that you shall be successful in your holy undertaking.

I am greatly indebted to you for the special consideration that was given to me from you and all the members of the congress. Let us hope that the relationship between us shall become stronger. I am attempting to make advances in the field of psychology and religion which we spoke about and I shall let you know when I have something definite.

Permit me to take this opportunity to inquire if my paper will be published by you.

Please extend my thanks to all the organizers of and participants at the congress. I will be very happy if we can renew our personal relationship.

Regards to your family.

With friendly greetings,

Jochak A. Shapira

Chief Rabbi of the Hospitals of Haifa

February 9th, 1982

Dear *Dr. Ammon*,

Thank you very much for your letter of the 15.1.1982.

We shall be most delighted to have you with us at our International Congress on Psychiatry, Law and Ethics.

Our financial sources are limited and all the participants will have to take care of their own expenses. However, due to your important status as the President of the World Association for Dynamic Psychiatry, and as we know your warm feelings towards us during your whole life, I find it as a pleasant duty to do my best in finding the way of taking upon ourselves the costs of your travel and hotel. I assume that it will take me about 2–3 months till I get the final answer, but I can assure you that it is my wish to have you as our personal and most important guest. I shall let you know the result of my enquiry as soon as possible.

I take this opportunity to advise you that I shall be pleased to attend your World Congress (6–12.12.1982) and present my paper in this meeting.

Wishing you, dear friend, all my best.

Sincerely yours,

Judge Amnon Carmi

Organizing Committee of the International Congress on
Psychiatry, Law and Ethics

Haifa, Israel, February 20–25, 1983

Greetings from VR of China

April 2nd, 1982

Dear Dr. *Ammon*,

Thank you so much for your letter of January 22nd, 1982. Because of changing of address and improper delivery, it caused such an unforgivable delay in answering your letter. I hope you will excuse me for my dilatoriness.

It is so kind of you to invite me again to attend the Ist World Congress of WADP and the XIV International Symposium of DAP which will be held from December 6th–11th in Berlin. Since I was very much benefited and learned a great deal of new knowledge about dynamic psychiatry from the XII International Symposium in Munich in 1980, I strongly believe this 1982 meeting will also give me more interesting concepts in this special field of psychiatry.

My colleagues and I had made a survey on the emotional states among 403 aged people in Beijing by means of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scales, we found there was no single case which was entitled to be diagnosed as senile depression. In order to explain how it happened here in China, it must be traced back to our old Chinese philosophy. So I am now working on the thesis: A brief review of the formation of family system in ancient Chinese history. Although these two are separated papers, but it may be integrated into one main subject. I would like to ask for your consideration, if you are interested in this topic, I shall translate it into English and present it in the next Congress.

I am very glad to know that you will visit China next year. Please do not hesitate to tell me if anything I can do for you.

In order to facilitate the issuing of visa, will you please notify your Ministry of Foreign Affairs and the German Embassy in Beijing about this invitation, so that my application will be processed very promptly.

I am sorry because of our financial difficulties, I shall be very much honored to accept this special privilege being taken care of all my traveling, hotel, and other expenses from the commission. As what you had done in 1980, could you please send me the round air tickets in advance so that I can manage it more easily.

I am looking forward to hearing from you.

With all my good wishes and best personal regards to you and Mrs. *Ammon*.

Sincerely

Wu Chen—I M. D.

Chairman of the Regional Branch of China of World Association for Dynamic Psychiatry WADP

Greetings from Leningrad

den 5. 04. 82

Lieber Herr *Ammon*!

Ich habe mit großer Dankbarkeit die Materialien des XIII. Internationalen Symposium der DAP bekommen. Ich bin Ihnen innig dankbar für die mir dargebotene Möglichkeit mich bekanntzumachen mit dem Inhalt der wissenschaftlichen Vorträge und den Ereignissen, die in den Bulletins des Symposium widerspiegelt sind. Es tut mir außerordentlich leid, daß ich an diesem repräsentativen wissenschaftlichen Forum nicht teilnehmen konnte. Leider werde ich auch am 1. Weltkongreß des WADP in diesem Jahre nicht teilnehmen können. Es würde mich trotzdem freuen, weitere Informationen über den Kongreß und das geplante Symposium zu erhalten.

Ich bin Ihnen außerordentlich dankbar für die unabänderliche Aufmerksamkeit und das regelmäßige Absenden der Zeitschrift „Dynamische Psychiatrie“, das mir und meinen Mitarbeitern erlaubt, Ihre produktiven Forschungen zu verfolgen und bereichert unser klinisches Denken mit neuen wissenschaftlichen Möglichkeiten. Zur Zeit führen wir mit meinem Mitarbeiter Dr. *Wied* einen analytischen Überblick Ihrer Konzepte durch, nach Materialien, die in den letzten Jahren in der Zeitschrift „Dynamische Psychiatrie“ veröffentlicht wurden. Wir beabsichtigen diese kritische Analyse in unserer Zeitschrift zu publizieren. Über die Beendigung dieser Arbeit werde ich Sie unbedingt informieren.

Mit herzlichen Grüßen und besten Glückwünschen,

Ihr *V. Wolowik*

UDSSR 193019 Leningrad

ul. Bechtereva 3,

Bechterevo Forschungsinstitut

Greetings from Poland

Krakau, 15. 03. 82

Verehrter Herr Doktor *Ammon*!

In meinem Namen und im Namen meiner Kollegen, welche am XIII. Internationalen Symposium der DAP „Unbewußtes und Identität“ teilgenommen haben, möchte ich Ihnen danken für die Einladung und für die herzliche Aufnahme der polnischen Gruppe in München.

Das Programm des Symposium stand auf einem hohen wissenschaftlichen Niveau. Das Symposium ermöglichte einen unmittelbaren Austausch der Gedanken, auch in vielen privaten Kontakten. Ihre Tätigkeit dient der Annäherung des schöpferischen Bestrebens, dem Wohl der Menschen dienend.

Wir sind von der Klinik Mengerschwaike entzückt und gleichzeitig überzeugt, daß es Ähnlichkeiten auch in der psychiatrischen Praxis unserer Kliniken gibt.

Wir hoffen, daß wir auch die Gelegenheit haben werden, sowohl Sie, als auch Ihre Mitarbeiter als Gäste bei uns aufnehmen zu können. In diesem Jahr erwarten wir Sie in Krakau und Ihre Gattin *Gisela Ammon*. Wir glauben, daß eine stabile Mitarbeit zwischen unseren Zentren begonnen hat.

Ich bedanke mich noch einmal für die Herzlichkeit, welche Sie uns gezeigt haben und bis heute unterhalten

Prof. Dr. Adam Szymusik

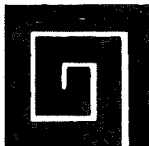
Psychiatrische Klinik der Medizinischen Akademie in Krakau, Krakau,
Skarbowastr. 4



Deutsche Akademie für Psychoanalyse DAP



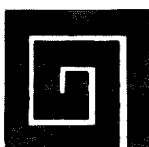

50. Gruppendynamische Klausurtagung



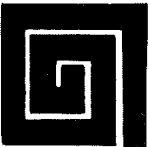
– Lebensgruppen und ihre Umwelt –
in Stelzerreut/Bayr. Wald



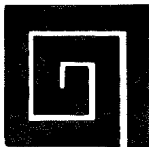
Tagungszentrum Stelzerreut der
Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP)
und der



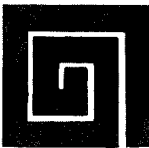
Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen
Gesellschaft (DGG)



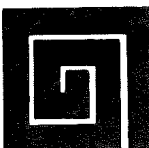
Leitung: Ursula Schmidt, Ärztin, Hamburg
Termin: 16.–26. Juli 1982



Auskunft und Anmeldung:



Hamburger Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP),
Laufgraben 34, 2000 Hamburg, Telefon: (040) 40 44 70



THE INTERNATIONAL CONGRESS ON PSYCHIATRY, LAW AND ETHICS, will be held in Haifa, Israel – February 20–25, 1983.

*Main Topics: PSYCHIATRY AND SOCIETY, THE PATIENT – Rights Hospitalization, THE LAW – The Need for Special Psychiatric Legislation, Civil Law, Criminal Law, THE COURT – The Patient, The Psychiatrist, Evaluation
GENERAL TOPICS.*

For further information, please contact:

Judge Amnon Carmi

The International Congress on Psychiatry, Law & Ethics

P. O. Box 394

Tel Aviv 61003

ISRAEL



1.

WELTKONGRESS DER WORLD ASSOCIATION FOR DYNAMIC PSYCHIATRY WADP

XIV.

INTERNATIONALES SYMPOSIUM DER DEUTSCHEN AKADEMIE FÜR PSYCHOANALYSE (DAP)

6.–11. Dezember 1982 Berlin, Internationales Congress Centrum (ICC)

Das Sozialenergetische Prinzip in der Dynamischen Psychiatrie

Wissenschaftliche Leitung: Dr. med. Günter Ammon, Organisatorische Leitung: Dipl.-Psych. Ilse Burbiel

1. Grenzüberschreitende Denk- und Lebensmöglichkeiten

- Entwicklung an den Grenzen von Raum und Zeit
- Human-Strukturologie und Menschenbild
- Sozialenergie und Gruppe
- Sozialenergie und Motivation
- Sozialenergie und Unbewußtes
- Psychoanalytische Kindergartenbewegung und gruppendynamische Klausurtagungen als Wege zu neuen Lebensformen

2. Klinik

- Das sozialenergetische Feld in Dynamisch-Psychiatrischen Kliniken
- Dynamisch-Psychiatrische Therapiekonzeption: Gruppendynamisches Milieu, Ich-strukturelles Arbeiten, Dynamik und Strukturierung von Team-, Therapiegruppen und Kliniken
- Dynamisch-Psychiatrische Versorgungskette: Kliniken, Tag- und Nachtkliniken, half-way-Häuser, therapeutische Wohngemeinschaften, Beratungsstellen, Praxen
- Kritik der Anstaltspsychiatrie: Hospitalismus – Forschung und Entflechtung der Großkliniken. Reformvorstellung und Kritik an der nur psychopharmakologischen Behandlung

3. Theorie und Forschung

- Human-Strukturologie, Spektraltheorie, holistisches und sozialenergetisches Prinzip

- Der Energiebegriff in der Psychoanalyse
- Energiebegriff in der wissenschaftstheoretischen Auseinandersetzung
- Meßbarkeit von Sozialenergie
- Neurophysiologie und Sozialenergie
- Dynamische Psychiatrie in verschiedenen Gesellschafts- und Kulturbereichen
- Integrative Zusammenarbeit mit anderen Institutionen und Schulen

4. Ausbildung, Fort- und Weiterbildung zum (zur)

- Psychoanalytiker
- Gruppenpsychotherapeuten
- Gruppendynamiker
- Balintgruppenleiter
- Dynamischen Psychiater
- Dynamisch-Psychiatrischen Krankenschwester und -pfleger
- Dynamisch-Psychiatrischen Erzieher
- Dynamisch-Psychiatrischen Pädagogen, Lehrer
- DAP-Hochschulgruppen

5. Balintgruppenarbeit

- Für Ärzte, Psychologen, Pädagogen, Lehrer, Soziologen, Erzieher, Sozialarbeiter, Krankenschwester und -pfleger, Juristen, Journalisten, Politiker
- Balintgruppenarbeit im Psychoanalytischen Kindergartenbereich für Eltern- und Partnergruppen

Hauptreferate, Kurzreferate und Arbeitsgruppen zu diesen Themen können bis zum 1. Juni 1982 eingereicht werden (zum gleichen Datum müssen die Synopsen vorliegen).

Anmeldung an: Dr. med. Günter Ammon
Wissenschaftlicher Chairman
Wielandstraße 27/28
1000 Berlin 15

Das Symposium wird für CME-1 Credits von der International Health Society anerkannt.

Auskunft und Anmeldung zum Kongreß: Organisationskomitee

1. Weltkongreß der WADP
XIV. Internationales Symposium der DAP
Wielandstraße 27/28,
1000 Berlin 15

Kongreßgebühr: DM 300,-, nach dem 1.9.1982
DM 350,- (Studenten DM 150,-, nach dem 1.9.1982
DM 200,-)
Commerzbank Berlin, Kto.-Nr. 511495401
(BLZ 10040000)

Regionale Zweige der WADP:

Österreich, Brasilien, China, Ägypten, Frankreich, Deutschland (BRD), Großbritannien, Griechenland, Ungarn, Indien, Indonesien, Israel, Italien, Japan, Kenia, Polen, Schweiz, USA, UdSSR, Jugoslawien.

Institute, Kliniken, Kindergärten, Tagungszentren, Arbeits- und Studiengruppen, DAP-Hochschulgruppen der DAP:
Berlin, München, Hamburg, Düsseldorf, Köln, Erlangen, Mainz, Heidelberg, Bern, München/Menterschwaige,
Stelzerreut/Passau, Paestum/Neapel.



1st **WORLD CONGRESS OF THE WORLD ASSOCIATION FOR DYNAMIC PSYCHIATRY WADP**

XIV. **INTERNATIONAL SYMPOSIUM OF THE DEUTSCHE AKADEMIE FÜR PSYCHOANALYSE (DAP)**

December 6th – 11th, 1982, International Congress Center (ICC) Berlin

The Principle of Social Energy in Dynamic Psychiatry

Scientific Direction: Günter Ammon M.D.

Organisation: Dipl.-Psych. Ilse Burbiel

1. New Frontiers in Thought and Living

- Development on the Borders of Time and Inner Space
- Human Structurology and the Image of the Human Being
- Social Energy and the Group
- Social Energy and the Motivation
- Social Energy and the Unconscious
- The Psychoanalytic Kindergarten Movement and Group Dynamics
- Workshops as Ways to New Forms of Social Living

2. The Hospital

- The Socialenergetic Field in Dynamic-Psychiatric Hospitals
- Dynamic-Psychiatric Therapy Concepts: Group - Dynamic Milieu, Ego-Structural Work, the Dynamics and Structuring of Team – and Therapy Groups and Hospitals
- The Chain of Dynamic-Psychiatric Care: Hospitals, Day and Night-Clinics, Halfway Houses, Therapeutic Flat-Sharing Communities, Guidance Centers and Out-Patient Practices
- Critique of Institutional Psychiatry, Hospitalism-Research, Decentralisation of Large Hospitals; Reformed Concept and Critique of Pharmaceutical Treatment

3. Theory and Research

- Human Structurology, Spectral Theory, the Holistic Principle and the Principle of Social Energy
- The Concept of Energy in Psychoanalysis
- The Concept of Energy in the Discussion of Scientific Theory
- Measurability of Social Energy
- Neurophysiology and Social Energy
- Dynamic Psychiatry in Various Fields of Culture and Society
- Integrative Cooperation with other Institutions and Schools

4. Educational Programs and Training for:

- Psychoanalysts
- Group Psychotherapists
- Group Dynamically Trained Leaders
- Balint Group Leaders
- Dynamic Psychiatrists
- Dynamic-Psychiatric Hospital Nurses
- Dynamic-Psychiatric Teachers and Educators
- DAP-Student-Groups

5. Balint Group Work

- For Doctors, Psychologists, Educators, Teachers, Sociologists, Social Workers, Nurses, Lawyers, Journalists and Politicians
- Balint Group Work in the Field of the Psychoanalytic Kindergarten for Parents and Couples

Main papers, short papers and workshop statements concerning these topics should be submitted until June 1st, 1982, abstracts must reach us before this date.

Registration: Günter Ammon, M.D.
Scientific Chairman
Wielandstr.27/28, 1000 Berlin-West 15

This Symposium is accepted by the International Health Society for CME-1 Credits.

Information and Registration for the Congress:

Organisation Committee
1st World Congress of the WADP
XIV. International Symposium of the DAP
Wielandstr.27/28, 1000 Berlin-West 15

Registration Fee: DM 300.—, Students DM 150.— (from September 1st, 1982 DM 350.—, Students DM 200.—)
Bank Account: Berliner Commerzbank
Kto.-No. 511 495 401 (BLZ 100 400 00)

Regional Branches of the WADP:

Austria, Brazil, China, Egypt, France, Germany, F.R., Great Britain, Greece, Hungary, India, Indonesia, Israel, Italy, Japan, Kenya, Poland, Switzerland, USA, USSR, Yugoslavia

Institutes, Hospitals, Kindergärten, Congress Centres, Work- and Studygroups, Universitygroups of the DAP:

Berlin, Munich, Hamburg, Dusseldorf, Cologne, Mainz, Erlangen, Heidelberg, Bern, Munich/Menterschwaige, Stelzerreut/Passau, Paestum/Naples

Enzyklopädie der Psychologie

Die Gesamtdarstellung der Psychologie
in 22 Serien mit insgesamt 88 Bänden

Die Serien:

Geschichte der Psychologie	(3 Bände)
Die Psychologie innerhalb der Wissenschaften	(3 Bände)
Begriffswörterbuch der Psychologie	(3 Bände)
Forschungsmethoden der Psychologie	(5 Bände)
Psychologische Diagnostik	(4 Bände)
Psychologische Interventionsmethoden	(4 Bände)
Evaluationsforschung	(2 Bände)
Physiologische Psychologie	(6 Bände)
Kognition	(6 Bände)
Sprache	(6 Bände)
Motivation und Emotion	(4 Bände)
Entwicklung	(7 Bände)
Sozialpsychologie	(7 Bände)
Kulturvergleichende Psychologie	(2 Bände)
Differentielle Psychologie und Persönlichkeitsforschung	(4 Bände)
Ökologische Psychologie	(2 Bände)
Pädagogische Psychologie	(4 Bände)
Klinische Psychologie	(5 Bände)
Wirtschafts-, Organisations- und Arbeitspsychologie	(5 Bände)
Psychologie im Rechtswesen	(2 Bände)
Sportpsychologie	(2 Bände)
Verkehrspsychologie	(2 Bände)

12 der 88 Bände erscheinen schon 1982!

Für ausführlichere Informationen – auch über die günstigen
Subskriptionsmöglichkeiten – fordern Sie bitte unseren
24 Seiten umfassenden Sonderprospekt an.



Verlag für Psychologie · Dr. C. J. Hogrefe

Göttingen · Toronto · Zürich

Rohnsweg 25 · 3400 Göttingen · Telefon: 05 51/54044

Betrifft: K. Ernst

Praktische Klinikpsychiatrie für Ärzte und Pflegepersonal*

1981. XVIII, 232 Seiten. DM 29,80; approx. US \$ 13.90. ISBN 3-540-10783-5

Psychiatrie für Patienten und Laien

Eine Schrift von Klaus und Cécile Ernst

Psychiatrie, und zwar für Patienten und Laien? Der Titel des anzuzeigenden Buches lautet anders: *Praktische Klinikpsychiatrie für Ärzte und Pflegepersonal*. Vereinfachung und Ausweitung des Titels knüpfen an einen knappen Hinweis im Vorwort an, mit dem beigefügten Kurzlexikon der Fachausdrücke kämen auch Laien als Leser in Frage. Das ist ein Unterstatement. Die vielfältigen *Tätigkeiten und Probleme in der psychiatrischen Klinik* sind derart *klar und anschaulich*, zudem mit hohem Ethos geschildert, daß die Leserschaft wirklich weit in die Laienwelt hineinreichen darf. Sehr ernsthaft ist zu wünschen, möglichst viele von denen, die dem Banner der Antipsychiatrie folgen, möchten aus dem Buch erfahren, wie es in der psychiatrischen Klinik wirklich aussieht. – Es geht *mitnichten* um eine *Idealisierung* der Institution: «Psychiatrische Kliniken sind *Notbehelfe*. Nicht deshalb ist es gut, in ihnen zu arbeiten, weil ihre Struktur gut ist, sondern deshalb, weil etwas Besseres zur Abwendung gewisser unerträglicher Zustände jetzt und hier nicht existiert.»

Viele andere prägnante Stellen möchte man zitieren. Wen wundert's, wenn man die Autoren kennt? Klaus und Cécile Ernst lassen sich in der NZZ häufig zu psychiatrischen und psychologischen Fragen vernehmen, wissenschaftlich einwandfrei und doch dem Laien verständlich.

K. Ernst hat vor über zehn Jahren, schon damals mit mehrfacher Erfahrung als Chefarzt, die Leitung der Psychiatrischen Universitätsklinik *Burghölzli* übernommen, seinem Lehrer Manfred Bleuler nachfolgend. Neben der persönlichen Praxis steht die sorgfältig angeführte Literatur. In origineller Weise sind sie nach ihrem Gehalt gruppiert; z. B. werden nach Zuverlässigkeit und Gültigkeit kontrollierte oder kontrollierbare Ergebnisse ausdrücklich hervorgehoben. Mit wohlthuender Systematik, konsequent glie-

dernd, wird auf die vielen großen und die hunderterlei kleinen Umstände eingegangen, die gegenüber Patienten einer psychiatrischen Klinik zu beachten sind.

Der sogenannte *klinische Alltag*, der nie Routine werden darf, wird umfassend dargestellt. Auch in der Öffentlichkeit diskutierte Fragen seien herausgegriffen: die Pflege auf offenen und geschlossenen Abteilungen, die Abstützung von Forschung und Unterricht auf die Patienten, die zahlreichen Möglichkeiten und Notwendigkeiten der Psychotherapie, die kritische Verwendung der Medikamente, die sehr enge Indikation des Elektroschocks, die Not in der Unterbringung der psychischen Alterskranken usw. Ein Kapitel ist überschrieben «Information und Diskretion», weitere «Liebe in der psychiatrischen Klinik», «Gewalt in der psychiatrischen Klinik». Da sind keine *heißen Eisen*, die nicht angefaßt werden. Man findet unter vielem anderen, wie der Patient die Klinik erlebt (als Exil? als Asyl?), was vom Duzen der Patienten zu halten, wie ihre körperliche Sauberkeit zu erreichen ist, wie gegen Tabakqualm und dauernden Radiolärm vorgegangen werden kann. Hierbei bemerkt der Verfasser unter anderem: «Hartnäckigkeit eines Einzelnen hat manchmal Erfolg», eine Sentenz, die belegt, wie beim Zusammenleben in der Klinik auch die gewöhnlichen gesellschaftlichen Regeln zählen.

Vom rein fachlichen Standpunkt aus nur eine Bemerkung: Es gibt psychiatrische Anweisungen für Ärzte, es gibt sie auch für das Pflegepersonal. Hier aber liegt erfreulicherweise ein Buch vor, das sich überlegen und verbindlich an beide Mitarbeitergruppen zugleich wendet; darüber hinaus auch an alle andern, die das Team, den Betreuerverband ausmachen. Die *Grundhaltung*? Sie ist wahrhaft patientenzentriert und in einem natürlichen schönen Sinn *mitmenschlich*.

W. Stoll, Metten

(*Neue Zürcher Zeitung* vom 6. 1. 1982)

*Sich mit diesem Buch auseinanderzusetzen, müßte sich jeder zur Pflicht machen, der in der Psychiatrie tätig ist. Einmal durchgearbeitet, regt es an zum Nachschlagen für Unterricht und praktische Arbeit in der Klinik.

... ein Lehrbuch..., das auf einem soliden ethischen Grund aufgebaut ist.

... das zeitgemäße, praktischste und am besten verständliche Buch, das zurzeit im deutschsprachigen Raum über die Praxis der Klinikpsychiatrie existiert.

(*Krankenpflege/Soins Infirmiers* 10/81)



Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York

Heidelberger Platz 3 D-1000 Berlin 33 - 175 Fifth Ave. New York, NY 10010

Deutsche Akademie für Psychoanalyse
DAP

51. Gruppendynamische Klausurtagung

in Paestum/Südtalien

Tagungszentrum der Deutschen Akademie
für Psychoanalyse
und der

Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen
Gesellschaft (DGG)

Leitung: Dr. med. Günter Ammon

Termin: 19. 8. – 29. 8. 1982

Auskunft und Anmeldung:

Lehr- und Forschungsinstitut für Dynamische
Psychiatrie und Gruppendynamik der DAP,

Wielandstr. 27/28, 1000 Berlin 15,

Telefon: (030) 8 81 80 50 und 8 81 80 59

DAP-Hochschulgruppen
Deutsche Akademie für Psychoanalyse
III. Gruppendynamische Klausurtagung
für Studenten

– Leistungsanforderung – Tätigsein und Arbeit
in ihrer Bedeutung für den Menschen –
in Stelzerreut/Bayr. Wald

Dynamisch-Psychiatrische Tagesklinik der
Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP)
und der

Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen
Gesellschaft (DGG)

Leitung: Dr. med. Günter Ammon

Dörte Griepenstroh

Termin: 15.–25. September 1982

Auskunft und Anmeldung:

DAP-Hochschulgruppe Berlin,

z. Hdn. Annette Rausch

c/o LFI der DAP, Wielandstr. 27/28, 1000 Berlin 15,

Telefon: (030) 8 81 80 50 und 8 81 80 59
