

Dynamische Psychiatrie

Herausgegeben
von Günter Ammon

Internationale Zeitschrift für
Psychiatrie und Psychoanalyse

Dynamic Psychiatry

Günter Ammon

Psychodynamik und Ich-Struktur bei Hauterkrankungen

Jai B. P. Sinha

Concepts of Health and Healing in India

E. A. Babayan

Juristische Aspekte der Psychiatrie in der Gesetzgebung der UdSSR

Béla Buda

Systemtheoretische Aspekte der Behandlung
in der Dynamischen Psychiatrie

Friedrich S. Rothschild

Bemerkungen zur Konzeption der Selbstorganisation des
Universums von Erich Jantsch

Nachrichten/News

18. Jahrgang
1. Heft 1985

Pinel Verlag für humanistische Psychiatrie
und Philosophie GmbH München

90

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

18. Jahrgang, 1. Heft 1985, Nr. 90

Herausgegeben von Günter Ammon

unter Mitarbeit von

F. Antonelli, Roma – F. V. Bassin, Moskau – L. Bellak, New York – B. Buda, Budapest –
A. Carmi, Haifa – R. Ekstein, Los Angeles – Th. Freeman, Antrim – A. Garma, Buenos
Aires – F. Hacker, Wien – F. Hansen, Oslo – H. Illing, Los Angeles – U. Jakab, Pittsburgh
– M. Knobel, Campinas – U. Mahlendorf, Santa Barbara – A. Mercurio, Rom –
L. Miller de Paiva, Sao Paulo – K. Okonogi, Tokio – M. Orwid, Krakow – J. F. Pawlik,
Warschau – E. Ringel, Wien – V. S. Rotenberg, Moskau – F. S. Rothschild, Jerusalem –
D. Shaskan, Los Angeles – J. B. P. Sinha, Patna – J. Sutherland, Edinburgh – Y. Tokuda,
Tokio – E. Weigert, Chevy Chase – E. D. Wittkower, Montreal – Wu Chen-I, Peking.

Friedrich S. Rothschild 85 Jahre	III
<i>Günter Ammon, Karin Schibalski-Ammon, Johannes Herold, Gisela Finke</i>	
Psychodynamik und Ich-Struktur bei Hauterkrankungen	1
Psychodynamics and Ego-Structure in Skin Disease	26
<i>Jai B. P. Sinha</i>	
Concepts of Health and Healing in India	30
Vorstellungen über Gesundheit und Heilung in Indien	40
<i>E. A. Babayan</i>	
Juristische Aspekte der Psychiatrie in der Gesetzgebung der UdSSR	43
Legal Aspects of Psychiatry in the Soviet Legislation	58
<i>Béla Buda</i>	
Systemtheoretische Aspekte der Behandlung in der Dynamischen Psychiatrie	76
Systems Theory and Treatment in Dynamic Psychiatry	83
<i>Friedrich S. Rothschild</i>	
Bemerkungen zur Konzeption der Selbstorganisation des Universums von Erich Jantsch	86
In Memoriam für unseren lieben Freund Dr. Joshua Bierer	92
Nachrichten/News	95



Friedrich S. Rothschild 85 Jahre

Ein großer Denker, Philosoph und Forscher der Psychiatrie feierte am 17. Dezember 1984 in Jerusalem in kreativer körperlicher Frische seinen Geburtstag im Kreise von Freunden und Verehrern. Er befindet sich mitten in einer dynamischen Phase seines Schaffens und sein neues Werk „Die Evolution als innere Anpassung an Gott“ ist gerade beim Bouvier-Verlag erschienen, während er zur Zeit an einem zweiten Buch arbeitet, in dem er das Thema seiner Arbeit von 1930 „Über Links und Rechts“ wieder aufgenommen hat. Seine ganzheitliche Schau des Menschen, die er mit dem von ihm 1961 eingeführten Begriff der „Biosemiotik“ als einer umfassenden Theorie aller Formen der psycho-physischen Relation unter Einbezug der parapsychologischen Phänomene entwickelt hat, bildet das Zentrum seiner Forschung.

Friedrich S. Rothschild, Professor em. Dr. med., wurde am 17. 12. 1899 in Gießen geboren, ist Facharzt für Psychiatrie und lehrte an der Hebrew University in Jerusalem. Er ist Corresponding Fellow der American Psychiatric Association, Ehrenpräsident des israelischen

Zweiges der World Association for Dynamic Psychiatry und Träger der Goldmedaille der Deutschen Akademie für Psychoanalyse.

Er studierte Medizin an den Universitäten Gießen und München von 1918–1923, war Assistent in dem Sanatorium von Dr. Fromm-Reichmann und machte seine Lehranalyse bei Dr. Erich Fromm in Heidelberg. Während des Studiums der Neurologie von 1928–1930 unter Professor Dr. Kurt Goldstein an dem Neurologischen Institut der Universität Frankfurt kam er durch seine Forschung über das Gehirn auf die Idee, dessen Struktur und Erregungen als Symbole der seelischen Inhalte und Prozesse zu betrachten, die durch dieses Organ vermittelt werden. In den philosophischen Voraussetzungen für diese Untersuchungen wurde er dabei wesentlich durch die Ausdrucks- und Erscheinungswissenschaft von Ludwig Klages beeinflusst. In der Folgezeit setzte er seine Studien zur Entwicklung einer neuen psycho-physischen Theorie des Gehirns fort. Infolge der nationalsozialistischen Gesetze gegen die Juden blieb er von 1933–1936 ohne praktische Arbeit und veröffentlichte in dieser Zeit sein Buch: „Symbolik des Hirnbaus. Erscheinungswissenschaftliche Untersuchungen über den Bau und die Funktionen des zentralen Nervensystems der Wirbeltiere und des Menschen“ (1935).

1936 wanderte er nach Israel aus und verarbeitete in den folgenden Jahren seine Erfahrungen in der Behandlung psychiatrischer und psychosomatischer Erkrankungen im Rahmen der früher begründeten psycho-physischen Theorie, veröffentlicht in dem Werk: „Das Ich und die Regulationen des Erlebnisvorganges“ (1950), und später, in Fortsetzung seiner Arbeiten über Struktur und Funktion des zentralen Nervensystems in Bezug zum Erleben, in seinem Buch: „Das zentrale Nervensystem als Symbol des Erlebens“ (1958). 1961 führte er den Begriff der Biosemiotik in seine Forschungen ein, nachdem er unter dem Einfluß der Transzendentalen Phänomenologie Husserls und der Semiotik des amerikanischen Philosophen Ch. S. Peirce die Begründung der Methode und Theorie der Biosemiotik vertieft und erweitert hatte, was in seinen zahlreichen veröffentlichten Beiträgen und Vorträgen zum Ausdruck kommt.

F. S. Rothschild schreibt in seiner Autobiographie: „1976 lernte ich Günter Ammon in einem Vortrag in Jerusalem über Struktur und Funktion des Ichs kennen. Da ich ebenfalls das Ich in seiner Struktur und Dynamik als Achse der psychiatrischen Forschung ansehe, ergab sich eine für mich sehr anregende Zusammenarbeit.“

In dem geistigen Aufbruch unserer Welt zu neuen ganzheitlichen Denk- und Forschungsweisen, die alle Wissenschaften ergriffen hat, hat das Werk von F. S. Rothschild einen wichtigen Platz und heute erst gebührendes Verständnis und Anerkennung bekommen. Wir stehen daher in Erwartung entscheidender neuer Erkenntnisse aus seiner Hand und grüßen ihn in Verehrung und Freundschaft.

Günter Ammon

Psychodynamik und Ich-Struktur bei Hauterkrankungen****

Günter Ammon (Berlin), Karin Schibalski-Ammon (München)*,
Johannes Herold (München)***, Gisela Finke (München)****

Ausgehend von einem ganzheitlichen Verständnis vom Menschen in seiner untrennbaren Einheit von Psyche und Soma, die eingebettet ist in die umgebenden Gruppen, stellen die Autoren die Bedeutung der Haut in Gesundheit und Krankheit, Kultur, Gesellschaft und Natur dar. In diesem Rahmen verstehen sie Hauterkrankungen als Ausdruck einer tiefgreifenden Schädigung der Ich-Struktur eines Menschen, das heißt eines sog. Lochs im Ich, wie Ammon es auch für andere psychosomatische Erkrankungen dargestellt hat; dieses „Loch“ ist hier nicht nur metaphorisch zu verstehen, sondern wird als handgreifliches Loch im realen Körper-Ich an der körperlichen Grenze zur Außenwelt sichtbar. Die Autoren betonen die Störung des Kontaktes in der Psychodynamik bei Hautkrankheiten. Anhand eines speziell für Hautkranke entwickelten, umfangreichen Fragebogens wurden bei ambulanten und stationären Patienten insbesondere Symptomatik, Psychodynamik und Familiendynamik erfaßt, zusätzlich wurden sie mit dem Ich-Struktur-Test nach Ammon (ISTA) untersucht. Die Ergebnisse der Fragebogenuntersuchung belegen die ausgeprägte, durch Ambivalenz gekennzeichnete Kontaktstörung bei Hauterkrankten, die korrespondierend zur sozialenergetisch defizitären und destruktiven Primärgruppendynamik gesehen werden muß. Hinsichtlich der Ich-Struktur fielen im ISTA, verglichen mit anderen psychiatrisch-stationären Patienten, deutlich verminderte Werte von destruktiver Aggression und signifikant geringere Werte für destruktive und defizitäre Angst auf bei vergleichbaren Ergebnissen der übrigen Parameter. Damit sind Hauterkrankungen in das Spektrum der archaischen Ich-Krankheiten einzuordnen. Zusätzlich wird die gesammelte Problematik der Hautkrankheiten an klinischen Fallbeispielen erläutert. Die Autoren stellen die Zusammenhänge von gestörter sexueller Identität und Hauterkrankung besonders bei androgynen Menschen dar. Die Autoren fordern die Einbeziehung der gesamten Person in den therapeutischen Prozeß und ein umfassendes Verständnis von Gruppendynamik und Ich-Struktur unter individueller Anwendung verbaler und non-verbaler Therapieformen.

Unsere Ich-strukturelle Theorie geht von einem holistischen Verständnis aus, wonach Psyche und Soma eine untrennbare Einheit bilden, die in ihre umgebenden Gruppen, Gesellschaft, Kultur, Religion und Natur eingebettet ist. Die Haut ist ein Berührungsorgan; sie markiert die Grenze zwischen Ich und Nicht-Ich und stellt den Kontakt zwischen Innen und Außen her.

In unserer holistischen Schau des Menschen in Krankheit und Gesundheit, Kultur und Gesellschaft, gehört es zu den menschlichen Mög-

* Dr. med., Ärztin für Innere Medizin, Psychoanalytikerin, Mitarbeiterin der Forschungsabteilung der Dynamisch-Psychiatrischen Kliniken

** M. D., Mitarbeiter der Forschungsabteilung der Dynamisch-Psychiatrischen Kliniken

*** Dipl.-Psych., Mitarbeiterin der Forschungsabteilung der Dynamisch-Psychiatrischen Kliniken

**** Die vorliegende Arbeit ist die deutsche Fassung des Beitrages „Psychodynamics and Ego-Structure in Skin Disease“, erschienen in „Psychosomatic Dermatology“, hrsg. von E. Panconesi, J. B. Lippincott Company, Philadelphia, 1984.

lichkeiten, kreativ zu sein, individuelle Begabungen und Fähigkeiten zu entwickeln, sowie mit Krankheit zu reagieren, ebenso wie sich in einer der eigenen Ich-Struktur spezifischen Weise sexuell zu betätigen. Daher sprechen wir auch lieber von einer Psychodynamik der Hauterkrankung anstelle von Psychosomatik.

Die Bedeutung der Haut für den Menschen

Die Haut ist neben dem Gehirn vielleicht das wichtigste unserer Organe. Sie umhüllt unseren ganzen Körper wie ein Mantel. Der Berührungssinn der Haut ist das erste Sinnesorgan, das sich beim menschlichen Embryo entwickelt. Lange vor der Entwicklung von Augen und Ohren können Hautreizungen beim Embryo Körperbewegungen auslösen.

Schon im Mutterleib ist die Haut hochentwickelt. Sie muß physikalische, chemische und nervöse Reize regulieren, sowie Temperatur und Wasserhaushalt. Es gibt ein Gesetz aus der Embryologie, wonach ein Organ umso fundamentaler in seinen Funktionen ist, je früher es sich entwickelt (*Montagu* 1971). In der Haut finden sich nach *Vogel* (1976) pro cm² bis zu 5 000 Rezeptoren für Berührung, Druck, Schmerz, Wärme und Kälte, Trockenheit und Feuchtigkeit. Über 500 000 Nervenfasern treten von der Haut in die Hinterwurzeln des Rückenmarks ein.

Entwicklungsgeschichtlich stammt die Haut vom Ektoderm ab, zusammen mit Geruchs- und Geschmackssinn, Auge, Gehör, Tastsinn und Nervensystem. Alle diese Organe informieren den Organismus über die Welt außerhalb des Körpers und stellen den Kontakt zwischen Innen und Außen her.

Die Hautoberfläche des Körpers nimmt erst Gestalt an, wenn sie mit ihrer Umgebung in Kontakt kommt, d. h., der menschliche Körper wird erst wirklich lebendig, wenn er Dinge und Menschen berührt (*Schilder* 1924). Die Haut des Ungeborenen kennt die samtene Liebkosung der mütterlichen Schleimhäute. Die Wehentätigkeit der Gebärmutter streichelt und stimuliert die Haut des Ungeborenen und die Wände des Geburtskanals quetschen und pressen den Körper des Kindes in die Welt. Das Leben beginnt so mit einer heftigen Berührung.

Die Haut ist das früheste Kontaktorgan des Menschen. Sie ist Ausdruck des Körpers und des Körper-Ichs, Ausdruck von liebendem und erotischem Kontakt. Bei Erwachsenen ist sie das Organ, das im erotischen Vorspiel Sexualität einleitet und genitale Öffnung und Erektion mit ermöglicht.

Farbe, Beschaffenheit und Bemalung der Haut spielen politisch, gesellschaftlich und kulturell eine große Rolle. Bei Rassenkonflikten und Rassendiskriminierung werden zur Klassifizierung sozialer Gruppen oft unterschiedliche Hautfarben wie schwarz, weiß, rot und gelb be-

nutzt. Angebliche sittliche und intellektuelle Unterlegenheit oder Überlegenheit wird „Farbigen“ oder „Nichtfarbigen“ zugeschrieben.

Gesellschaftliche Schönheitsideale variieren von der reinen, weißen, blassen Haut bis zur sportlich sonnengebräunten Haut. In vorgeschichtlicher Zeit und bei Naturvölkern wurde Körperbemalung in Trauer- und Bußzeremonien benutzt, als Stammes- oder Ehrenmal, zur Kriegs- und Totenbemalung, bei der Jagd und Initiationsfeiern. Ebenso ist uns die Verwendung von Make-up für den Alten Orient, Ägypten und die Antike überliefert. Die Haut spielt in all diesen Bereichen als Ausdruck des Körpers, von Gefühlen und im öffentlichen Gesehenwerden eine große Rolle.

Auch in der Sprache erscheinen viele Funktionen der Haut in der Beschreibung psychischer Zustände, wie z. B. „dickhäutig“, „dünnhäutig“, „aus der Haut fahren“, „auf die Pelle rücken“, „jemandem unter die Haut gehen“ usw. Im Französischen wird ein Mensch, der unbeholfen in Beziehungen ist, als „ungeleckter Bär“ bezeichnet – ein Ausdruck, der auf *Plinius* (23–29 n. Chr.) zurückgeht, nach dem Bärenjunge erst von ihrer Mutter in Form geleckt werden mußten. Wir sagen von manchen Menschen, daß sie taktlos und taktvoll sind (*tangere*, Lateinisch: berühren), je nachdem, ob sie Gespür für einen anderen Menschen haben oder nicht.

Beziehungen werden augenscheinlich in der Art und Weise, wie die Beteiligten einander berühren, beginnend mit dem Umgang zwischen Gruppe, Mutter und Kind. Man kann sagen, daß es ohne Hautkontakt überhaupt keine psychische Entwicklung geben kann. An der Haut vollzieht sich liebender und erotischer Kontakt, aber auch Bestrafung und Leid, bis hin zu Folterqualen, die zum größten Teil auch die Haut betreffen.

Die Hauterkrankung ist, unserer Meinung nach, nur ein Aspekt der Psychodynamik der Haut und hat immer mit Kontakt zu tun. Wie wir glauben, versucht der Hautkranke, psychodynamisch und gruppendynamisch verstehbar, durch seine Krankheit auf sich aufmerksam zu machen. Seine Familie ebenso wie die Medizin verleugnen und bagatellisieren diese Tatsache jedoch häufig. *Winfried Schibalski*, der in seiner Dissertationsarbeit die Literatur über „Haut und Psyche“ untersucht (*Schibalski* 1979), findet eine paradoxe Situation vor: Hautkrankheiten werden umso weniger als psychisch bedingt verstanden, je mehr vorgebliche organische Ursachen festgestellt werden können, d. h. je selbstzerstörerischer die Erkrankung den Körper betrifft, umso eher wird sie als organisch bedingt abgetan.

Zum Beispiel wird allgemein festgestellt, daß es sich bei der Akne vulgaris um eine Erkrankung des schwierigen Pubertätsalters handelt – die Ursache der Krankheit wird jedoch hauptsächlich in einer hormonellen Schwankung gesehen. Es ist auffallend, insbesondere in der Literatur

über das Krankheitsbild des Lupus erythematoses, daß psychische Faktoren überhaupt nicht in einer dynamischen Beziehung zu der Hauterkrankung gesehen werden. Obwohl von den meisten Autoren bei dieser Krankheit psychotische Manifestationen berichtet werden und teilweise akribisch schwerste Verlassenheitssituationen dieser Patienten beschrieben werden, werden die psychotischen Phänomene auf organische Prozesse zurückgeführt (Schädigung von Gefäßen des ZNS oder Reaktion auf Steroidmedikation) (Wise, Ginzler 1975; Foerster 1976; Guze 1967; Sergeant et al. 1975; Dietze, Voegele 1966).

In einer retrospektiven Untersuchung von 64 Suizidopfern stellten Sanborn et al. (1972) eine hohe Rate von Hauterkrankungen fest. Die meisten dieser Patienten hatten kurz vor ihrem Suizid einen Arzt wegen ihrer Hautkrankheit aufgesucht, ohne daß diese Hilferufe erkannt worden wären. Die Autoren ziehen daraus den Schluß, daß es den Patienten nicht um die Hautkrankheit ging, sondern um die zugrundeliegende Störung in ihrem Leben. Angesichts dieser Tatsachen erscheint es als ein wissenschaftlicher Skandal, daß Hautkrankheiten sozial häufig verleugnet werden, weil sie, oberflächlich gesehen, oft nicht als lebensgefährlich, Gesundheit und Arbeitskraft nicht behindernd erscheinen.

Bezogen auf Dynamik und Struktur des psychosomatischen Krankheitsgeschehens sprechen wir vom „Loch im Ich“, das durch das Symptom gefüllt werden kann, um die Persönlichkeit vor Desintegration zu bewahren (Ammon 1972, 1974, 1978, 1979a).

Wir verstehen so Hauterkrankungen als „Löcher im Haut-Ich“, als bildliche Demonstrierung der Defekte im Ich dieser Kranken auf der Haut. Nur durch den Preis seiner Krankheit gewinnt der Hautkranke Aufmerksamkeit von anderen und Kontakt zu sich selbst.

Auf dieser Basis wollen wir darstellen, daß Erkrankungen der Haut, auch wenn sie rein medizinisch gesehen als nicht sonderlich gravierend erscheinen, auf eine tiefgreifende psychische Problematik hinweisen können, die den gesamten Menschen betrifft. Wir wollen dabei durch Fallbeispiele unser holistisches Verständnis betonen: die Einheit von Körper und Seele, die untrennbar mit ihrer Umwelt, d. h. umgebenden Gruppen, Gesellschaft, Kultur, Religion und Natur verbunden ist. Darüberhinaus wollen wir die sozialenergetischen Prozesse beschreiben, die mit der Psychodynamik von Hautkrankheiten verbunden sind, sowie den Wechsel von Depression, psychotischer Reaktion und Hautkrankheit und die Ich-strukturellen Aspekte der Hautkrankheiten. Dabei werden wir die Ergebnisse einer Fragebogenuntersuchung bei hautkranken Patienten, verbunden mit dem Ich-Strukturtest nach Ammon (ISTA) vorstellen. Abschließend werden wir uns einigen therapeutischen Aspekten bei Hauterkrankungen zuwenden.

Gruppendynamik und Ich-Struktur bei Hauterkrankungen

Unter Ich-Struktur verstehen wir das Geflecht (1) der primären, mehr organischen Ich-Funktionen, (2) der zentralen Ich-Funktionen, die im unbewußten Kern der Persönlichkeit lokalisiert sind und (3) der sekundären Ich-Funktionen, die mehr das bewußte Verhalten betreffen. Diese Ich-Funktionen bilden eine Einheit von sich wechselseitig synergistisch beeinflussenden Lebensprozessen. In Abhängigkeit von der Qualität der Sozialenergie können die Ich-Funktionen auf einem gleitenden Spektrum konstruktiv, destruktiv oder defizitär ausgeprägt sein. Diese Interdependenz wollen wir nun am Beispiel der Haut erläutern.

Die gesamte Persönlichkeit (Ich-Struktur) eines Menschen entwickelt und differenziert sich durch sozialenergetische Erfahrungen in zwischenmenschlichen Beziehungen. Die Sozialenergie funktioniert als ein Transmitter zwischen Gesellschaft, Gruppe und dem Individuum. Die Ich-Struktur eines Menschen ist manifestierte Sozialenergie (Ammon 1978, 1979, 1981). Das Loch im Ich ist Folge fehlender, defizitärer oder zerstörerischer, destruktiver sozialenergetischer Auseinandersetzung und narzißtischer Zufuhr in der Familiengruppe, das durch die Krankheitssymptome gefüllt wird. Das so entstandene Ich-strukturelle Defizit stellt die Wurzel der Erkrankung dar.

Die organische Beschaffenheit der Haut ist den primären Ich-Funktionen zuzurechnen, wobei sich über die synergistische Verbundenheit mit dem zentralen Ich Ich-strukturelle Defizite in der Haut äußern. Die Hauterkrankung kann ein Ausdruck gestörter zentraler Ich-Funktionen sein – der Angst vor Kontakt oder Berührung, verletzter Ich-Grenzen, defizitärer und destruktiver Sexualität oder selbstzerstörerischer destruktiver Aggression.

Bei einer gesunden Entwicklung ist die Haut Ausdruck und Empfänger von liebevollem und erotischem Kontakt und kann konstruktiv aggressiv eingesetzt werden. Sie wird gepflegt, geschmückt und geschminkt; Berührung, Bewegung, Sonne und Luft werden lustvoll erlebt. Hier zeigt sich die Verbindung zu den sekundären Ich-Funktionen im mehr bewußten Umgang mit der eigenen Haut – sie kann geschminkt oder mit Make-up zugleleistert werden, sie kann unbeachtet oder verunstaltet sein, die Körperbehaarung gepflegt oder ungepflegt.

Es besteht sicherlich ein früher Zusammenhang zwischen der Sensibilisierung der Haut durch liebevollen Körperkontakt und der Lernfähigkeit des Kindes, das seine Umwelt zuerst durch taktile und haptische Reize „begreift“.

Mit dem Konzept der konstruktiven Aggression als zentraler Ich-Funktion habe ich (Ammon 1970, 1972) ein ursprüngliches, konstruktives Potential, auf Menschen und Dinge mit Neugierde und Interesse zuzugehen (ad gredi), angenommen.

Bei einer entsprechend fordernden und fördernden Primärgruppe wird der Mensch fähig, auf andere wie auch auf Tätigkeiten und geistige Interessen mit Offenheit, Neugierde und Freude zuzugehen und ist in der Lage, sich mit Schwierigkeiten auseinanderzusetzen. Diese Fähigkeit kann sich nur in einem sozialenergetisch konstruktiven Familienklima entwickeln, in dem sich die Familienmitglieder ernst nehmen, sich offen auseinandersetzen, und wo das Kind nicht durch Verwöhnung, Nichtbeachtung oder Überforderung allein gelassen wird.

Ist die Primärgruppensituation sozialenergetisch defizitär, also gekennzeichnet durch Nichtbeachtung und Sprachlosigkeit, wird sich die Ich-Struktur in großen Bereichen defizitär entwickeln und die zentrale Ich-Funktion der Aggression wird defizitär sein. Dies drückt sich aus in einem Gefühl innerer Leere, Interesselosigkeit und Kontaktunfähigkeit bis hin zum Totstellreflex der Depression.

In sozialenergetisch destruktiven Familien werden die Bedürfnisse des Kindes ständig verletzt, etwa durch Überforderung oder vernichtende Kritik, bis hin zur Kindesmißhandlung. Hier kann sich die zentrale Ich-Funktion der Aggression nur vorrangig destruktiv entwickeln, was sich in einem zerstörerischen und selbstzerstörerischen Umgang mit Menschen und Dingen zeigt.

Mit dem Ich-Struktur-Test nach Ammon (ISTA) können wir inzwischen die zentralen Ich-Funktionen der Aggression, der Ich-Abgrenzung nach Innen und Außen, der Angst und des Narzißmus in ihren konstruktiven, destruktiven und defizitären Ausprägungen messen (Ammon et al. 1982a) und sie mit klinischen Befunden auch von Hauterkrankten in Beziehung setzen.

Die Persönlichkeitsstruktur der Hauterkrankten drückt sich, wie auch bei anderen körperlich reagierenden Patienten, aus durch ein Gefühl innerer Leere, Sich-nicht-Existentfühlers, der Unfähigkeit, Emotionen zuzulassen, d. h., sie sind weit weg von ihren Gefühlen, unfähig, Auseinandersetzung und Aggression zuzulassen – ein psychisches Phänomen, das Sifneos (1975) „Alexithymie“ genannt hat. Im Unterschied zu Sifneos und anderen begreifen wir die Unfähigkeit zu fühlen nicht als einfach biologisch gegeben und daher unveränderbar, sondern verstehen Alexithymie als ein Resultat früher Lebensgeschichte. Die Hauterkrankung kann deshalb auch als ein kreativer Prozeß verstanden werden, der die Probleme des Patienten mit seinem Körper darstellt.

Wir verstehen Hautkrankheiten als Kontaktkrankheiten. Kontaktabwehr, Kontaktängste und -wünsche spielen sich unmittelbar sichtbar auf der Hautoberfläche ab. Wie auf einem Schlachtfeld zeigen sich hier selbstzerstörerisch die Kämpfe zwischen Nähe und Distanz, die Sehnsucht, geliebt zu werden und Berührungängste. In unserem Verständnis stellt die Hautkrankheit einen verkrüppelten Kontakt dar. Mit ihr werden menschliche Beziehungen, narzißtische Zufuhr und Auseinan-

dersetzung verhindert und damit alles, was Entwicklung ermöglicht (Ammon 1979a).

Erfahrungen aus der Forschung

Zur Verdeutlichung der Psychodynamik von Hauterkrankungen möchten wir die Reaktion einer Forschergruppe schildern, in der sich das gefühlsmäßige Erleben der Hauterkrankung widerspiegelte. Als wir mit einer Gruppe von Ärzten und Psychologen im Forschungsteam der Dynamisch Psychiatrischen Klinik Menterschwaige über die Psychodynamik von Hautkrankheiten diskutierten, fühlten wir uns zunehmend unwohl, es entstand ein unerträglicher Sog. Die Teilnehmer des Seminars fühlten sich voneinander gequält, wobei der Teil der Forschergruppe, der sich länger mit dieser Thematik beschäftigt hatte, teilweise eine Befriedigung empfand, die anderen diesen Empfindungen ausgesetzt zu sehen. Die einzelnen Teilnehmer bekamen das Bedürfnis, wegzulaufen, konnten sich jedoch zur gleichen Zeit überhaupt nicht bewegen. Ein Psychologe, der sehr neu in der Gruppe war, schilderte seinen Eindruck von der Atmosphäre der Forschergruppe, als ob alle Teilnehmer in eine einzige Person verschmolzen wären.

Diese heftige unbewusste Reaktion, die sich in der Forschungsgruppe jenseits aller wissenschaftlichen Diskussion hergestellt hatte, ließ uns die Psychodynamik hauterkrankter Menschen am eigenen Leibe spüren – die großen Schwierigkeiten, mit anderen Menschen Kontakt zu bekommen und eigene Interessen zu entwickeln.

Wir schlossen auf eine zutiefst unbewusste, vorsprachliche Gruppendynamik der betroffenen Menschen und vermuteten hierbei die Dynamik einer grenzenlosen aggressiven Symbiose, in der extreme Kontaktwünsche mit extremer Unfähigkeit zu Kontakt zusammentreffen.

Untersuchung

Um unsere klinischen Beobachtungen systematisch zu erfassen, haben wir einen umfangreichen Fragebogen für hautkranke Patienten entwickelt, der von einer Stichprobe von hautkranken Patienten aus unseren ambulanten Praxen der Analytiker der Deutschen Akademie für Psychoanalyse sowie der Dynamisch Psychiatrischen Klinik Menter-schwaige ausgefüllt wurde. Der Fragebogen umfaßt Art, zeitlichen Ablauf, Ausbreitung, subjektiven Schweregrad der Symptome, Gefühle, die mit der Hauterkrankung verbunden sind, Beziehungen und Arbeitsfähigkeit, und Fragen nach der Familiendynamik einschließlich Körperkontakt und Sexualität.¹

¹ Wir danken in diesem Zusammenhang Frau Dipl. Psych. Ilse Burbiel, Leiterin der Forschungsabteilung der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menter-schwaige für die Ausarbeitung des Fragebogens, sowie die Supervision der Forschungsmethodik, sowie dem Psychosomatik-Forschungsseminar des Lehr- und Forschungsinstituts der Deutschen Akademie für Psychoanalyse München für die Auswertung der Ergebnisse.

Die Ergebnisse unserer Untersuchung haben gezeigt, daß durch Hauterkrankungen Körperkontakt und Sexualität gleichzeitig abgewehrt und gesucht wird. Viele Patienten schildern unerträgliche Wochenenden und Urlaube, wo Beziehungen möglich gewesen wären, aber sie die Situation nicht aushalten konnten. Hauterkrankungen brechen oft gerade dann aus, wenn Kontakt aufgenommen wird. Bei einigen Patienten traten die Beschwerden auf, wenn sexuelle Kontakte bevorstehen. Die Bedeutung des Kontaktes für Hautkrankheiten wird deutlich, wenn z. B. ein Patient über sich selbst schreibt: „Mit der Akne wurde ich wenigstens gesehen, wenn ich allerdings auch sehr darunter gelitten habe. Zuvor gab es mich überhaupt nicht.“

Diese Äußerung zeigt, daß auf einer tief unbewußten leidvollen Ebene Kontakt aufgenommen wird, wo sich Wünsche und Ängste vereinen. Besonders fällt bei der Durchsicht der Fragebogen auf, wie der Körperkontakt dargestellt wird: „Ich hatte nur Beziehung zu mir über meine Hautkrankheit. Von ihr hing es ab, ob es mir gut oder schlecht ging.“ „Ich konnte mein Gesicht nicht leiden.“ „Ich kann keinen körperlichen Kontakt mit meinem Partner aushalten.“ „Ich habe meinen Körper versteckt vor anderen Menschen und spürte meine kranke, juckende Haut.“

Wie wir in unserer Theorie annehmen, entspricht das eigene Körpererleben des Patienten der Art und Weise, in der die Primärgruppe mit Körperlichkeit umging. In den Familien der hautkranken Patienten gab es auffallend wenig freundlichen und zärtlichen Körperkontakt, er wurde als unangenehm und mit Ekel verbunden erlebt. Weiterhin findet sich ein hohes Maß an körperlicher Bestrafung (95 % berichten, geschlagen worden zu sein).

Das Erleben des Körperkontakts der Eltern ist in Tabelle 1 zusammengefaßt.

Tabelle 1: Wie erlebten Sie den Körperkontakt Ihrer Eltern?

Beschreibung	Antwort (%)
Offen, mit Freude	2,8
Zärtlich	8,2
Nicht erlebt	20,5
Nur wenig	31,2
Grob, ohne Freude, geheim, ekelhaft	37,3

Diese Ergebnisse belegen unsere Hypothese, daß sozialenergetisch defizitäre und destruktive Prozesse, wie sie von den Patienten besonders auch auf Körperebene erfahren wurden, sich in Form von selbst-

zerstörerischen Symptomen fortsetzten. Das Symptom wurde zu einem Kontakthindernis – über 70 % der Befragten gaben an, durch Verschlimmerung der Hautkrankheit weniger Kontakt mit anderen Menschen zu haben. Da diese Patienten, wie bereits ausgeführt, unfähig sind, Gefühle und insbesondere Wut mit anderen Menschen zu erleben und auszudrücken, bleibt ihnen nur die Möglichkeit, diese Gefühle gegen sich selbst zu richten und als Symptome auf der Haut zu zeigen.

Das folgende Beispiel einer Patientin aus der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaike illustriert, wie sie ihre destruktiven Aggressionen gegen ihren eigenen Körper und ihre Haut richtet, anstatt sie auf andere Menschen zu beziehen.

Eine Patientin, die an Trichotemnomanie (zwanghaftes Abschneiden der Haare) litt, ließ sich, vorwiegend von Freundinnen, ihr Haar schneiden und klagte dann endlos verzweifelt über ihre völlig ruinierte Frisur. Gleichzeitig litt die Patientin unter einer perioralen Dermatitis, die sie ebenfalls als Grund für ihr Gefühl, von allen Menschen abgelehnt zu werden, angab.

Während der Behandlung fiel auf, daß die Erkrankung immer nach einem gelungenen Kontakt erneut zum Ausbruch kam. In der Anamnese berichtete sie mit angst- und schmerzverzerrtem Gesicht über ihre Probleme mit Haaren und Haut und schilderte andererseits ihre Eltern als verständnisvoll und liebevoll. In der Ehe der Eltern bestünden keinerlei Probleme, auch nicht in ihrer eigenen aktuellen Lebenssituation. Im Gegensatz dazu stand, daß die 30jährige Patientin in totaler Abhängigkeit von ihrer Mutter lebte. Der Vater war in die Arbeit geflohen, weil er die Zustände schwerster Jammerdepressionen der Mutter nicht mehr aushielt und trug sich seit Jahren mit Scheidungsgedanken.

Die bei den Eltern lebende Patientin war nie berufstätig, hatte keine Ausbildung, keine Freunde, bis auf eine kurze Beziehung zu einem schizophren reagierenden Mann.

Im Gespräch mit beiden Eltern zeigte sich, wie die Patientin von der Mutter zur Kranken gemacht wurde. Sie interessierte sich nur dafür, ob die Perücke für das geschnittene Haar schon geliefert wurde und hob den schlechten Teint der Tochter hervor.

Diese Patientin konnte sich nur als Hautkranke und durch die Haare verunstalteter Mensch erleben. Ihre gesamte Familienproblematik und ihre eigenen Schwierigkeiten waren für sie nicht spürbar.

In Träumen und Phantasien zeigen Patienten ihre zerstörerische Beziehung zur eigenen Haut. Sie träumen von Maden in Haut und Händen, von schwarzer Haut, Pestbeulen, von Verbrennungen der Haut, von einer Eiterbeule am Kopf, von einem Gruppenmitglied, das eine Eiterwurst aus der Kniebeuge zieht. Andere träumen von Bissen, von Stichen von Tieren; ein Teufel fährt aus der Toilette und schneidet das Hinterteil ab; der Darm schwillt an und eitert. Andere träumen von Ge-

spenstern mit entstellten Gesichtern. Auch die Phantasien der Patienten beziehen sich auf die entstellte Haut. Eine Patientin bringt ihren Herpes zoster mit einer schwarzen Spinne im Gesicht in Beziehung, eine andere phantasiert ihre Akne als wachsende aufbrechende Geschwüre, die faulen und stinken, eine andere Patientin vergleicht ihren Rücken mit einer Kraterlandschaft mit giftigen Auswürfen.

Der Traum eines Patienten, der an einer Akne vulgaris und einer chronischen Gastritis litt (Ammon 1974), macht die Psychodynamik der Hauterkrankung deutlich, sowohl in bezug auf die Verletzung der inneren Haut in Form der Gastritis als auch in bezug auf die Verletzung der äußeren Haut in Form der Akne:

Der Patient träumte von einem ausgespannten Draht, der unten kleine Stacheln und Widerhaken hatte. Auf den Draht gespannt waren durch Mund und After gezogen vorne ein Hut, dahinter ein Schaf und danach ein Kaninchen. Ein Bauer setzte den Draht in Bewegung, worauf der Hut nach vorne rutschte auf die Stacheln zu, das Schaf hinterher rannte und dahinter das Kaninchen. Obgleich das Kaninchen verblutete, versuchte es mit letzter Kraft an das Euter des Schafes heranzukommen und zu saugen.

Im Prozeß seiner Gruppenpsychotherapie erlebte der Patient, daß er nie genug Muttermilch und nie genug Hautwärme bekommen hatte. Er erkannte, daß er selbst das Kaninchen war, das bei jeder Bewegung, mit der es nach dem Euter des Schafes strebte (mütterliche Wärme), sich innerlich aufriß.

Als interessante Bemerkung erlauben wir uns hierzu die Assoziation, daß „Hut“ und „Haut“ aus derselben indogermanischen Wurzel „(s)keut“ abstammen. Noch heute wird das Wort „Hut“ in der Schweiz manchmal in der Bedeutung von Hülle, Hülse verwendet.

Wie wir es an anderer Stelle vielfach ausgeführt haben (Ammon 1973, 1974, 1979a), besteht eine Ich-strukturelle und psychodynamische Beziehung zwischen Psychosomatik und Depression, d. h., daß wir bei jedem depressiv Erkrankten auch psychosomatische Störungen finden und vice versa.

1978 veranstalteten wir einen Internationalen Kongreß zu dem Thema „Psychosomatische Erkrankung und Depression“ in West-Berlin, auf dem viele Vortragende aus verschiedenen Ländern diesen Gesichtspunkt bestätigten (Ammon 1979a; Barnes 1979; Dorfmann 1979; Ringel, Gathmann 1979; Rothschild 1979; Shanon 1979). Schwere Trennungsängste bilden nach unserem Ich-strukturellen Verständnis die Brücke von Hauterkrankungen und anderen körperlichen Reaktionen zum Krankheitsbild der Depression. Wir konnten diesen Zusammenhang immer wieder feststellen und ich (Ammon 1974, 1979a, 1973) habe ihn vielfach dargestellt.

In der orthodoxen Psychoanalyse wird die Depression als das Resultat

tat einer Reihe von Objektverlusten verstanden, worauf schon *Abraham* (1969) hinwies. Warum reagiert der eine Mensch auf Verlassensängste mit körperlichen Symptomen, der andere mit Depression? Die Antwort auf diese Frage finden wir bei der Untersuchung der spezifischen sozialenergetischen Prozesse in der Familie.

Psychodynamisch gesehen ist es auch bedeutsam, daß Hauterkrankungen sich abwechseln können mit Erkrankungen „innerer Häute“, wie z. B. Asthma bronchiale, Gastritis (*Ammon* 1974) oder Colitis ulcerosa (*Mönnich* 1984) sowie auch besonders mit Depression und sexuellen Störungen oder Hemmungen.

Wir beschrieben (*Ammon* 1974) einen Patienten, der in der Kindheit an einer Anorexia nervosa erkrankte, die von schweren nässenden Ekzemen an Händen, Beinen und Füßen abgelöst wurde. In der Adoleszenz entwickelte sich ein Rhinophym, das wir auch als Sexualsymbol verstehen können. Später erkrankte der Patient an Asthma bronchiale, das infolge von autogenem Training verschwand und in eine schwere Depression umschlug. Wir verstehen die Dynamik des Symptomwechsels als einen Hinweis auf schwere Persönlichkeitsdefizite der hauterkrankten Menschen: „... aus dem ichstrukturellen und narzißtisch-energetischen Krankheitsverständnis ergibt sich eine funktionale Sicht des Symptomverhaltens. Das Symptom ist nicht Ausdruck einer konfliktuös-determinierten Kommunikationsbehinderung wie etwa im neurosentheoretischen Modell, sondern das Symptomverhalten dient als direkter Kommunikationsversuch für die defekte Ich-Struktur ... Das Loch im Ich muß im Sinne sekundärer Bestandsbewahrung und Pseudointegration gefüllt werden. Diese funktionale Leistung wird von der je spezifischen Symptomatik erbracht ... Dies kann auch den Symptomwechsel, wie er bei den archaischen Ich-Krankheiten immer zu beobachten ist, ichstrukturell und funktional erklären.“ (*Ammon* 1974).

Archaisch Ich-krankte Patienten leiden an einem schweren Aggressionsdefizit; d. h., sie sind nicht fähig, ihre Bedürfnisse zu spüren, sich gegenüber anderen Menschen auszudrücken und haben wenig Interessen entwickelt. Das Aggressionsdefizit ist an ein hohes Maß an destruktiver Aggression gekoppelt, was bedeutet, daß diese Menschen unbewußt gegen sich und andere Menschen zerstörerisch sind; beispielsweise brechen sie Kontakt ab, wenn er gerade entstanden ist, oder sie verletzen sich selber oder quälen sich durch Grübeleien und Zwangsgedanken (*Ammon* 1970).

Angst können diese Patienten überwiegend nur in ihrer destruktiven Ausprägung erleben, d. h. in Panikzuständen, bei denen sie von Angst beherrscht und gelähmt sind; sie können ihre Ängste nicht mehr mit der Realität verbinden und nicht mehr mitteilen. Gleichzeitig spüren diese Patienten in vielen Situationen, die wirklich gefährlich sind, keine Angst. Kennzeichnend ist weiter die Abgrenzungsschwäche. Die ar-

chaisch Ich-kranken Patienten können sich weder nach außen, also anderen Menschen, Gefühlen und Anforderungen abgrenzen noch gegenüber ihrer eigenen inneren Welt und ihrer Pathologie.

Bei unseren Fragebogenuntersuchungen zeigte sich bei einem Viertel der Patienten ein Symptomwechsel; bei 15 % traten andere körperliche Symptome auf wie Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüre, körperliche Schwäche, klimakterische Beschwerden, chronische Bronchitis und Kopfschmerzen. Bei 11 % der Patienten alternierten Hauterkrankungen mit Angstzuständen, psychotischen Wahnvorstellungen, Depressionen und Suizidalität, Zwangsvorstellungen und -handlungen, sowie Diebstählen.

Nach unserer klinischen Erfahrung spricht ein häufiger Symptomwechsel für Psychosenähe des Patienten. Wird bei dem Patienten durch Eingriffe von außen ein Symptom aufgehoben, so kann es zu akuten psychotischen Reaktionen kommen. Deutlich wird hier unserer Theorie entsprechend die Abwehr- und Integrationsfunktion der Hauterkrankung (Ammon 1972, 1974).

Die auf der Körperebene sich abspielende Erkrankung darf deshalb nicht dazu verführen, diese auch ausschließlich oberflächlich zu behandeln, z. B. durch kosmetisches Abschleifen von Komedonen oder vorzeitiges Geben von Cortison.

Um unsere Hypothesen über die Ich-Struktur hauterkrankter Patienten zu überprüfen, haben wir bei unseren Patienten den Ich-Struktur-Test nach Ammon (ISTA) durchgeführt. Wir errechneten dabei bei Klinik- und ambulanten Patienten gesondert die Durchschnittswerte, um die Möglichkeit zu haben, die Meßwerte der hauterkrankten Klinikpatienten mit den Meßwerten der gesamten Klinikpatienten zu vergleichen (Tab. 2).

Die Werte für konstruktive und defizitäre Aggression waren annähernd gleich bei allen Patienten. Die destruktive Aggression der hauterkrankten Patienten war jedoch im Vergleich zu den Durchschnittswerten aller Klinikpatienten niedriger, aber statistisch nicht signifikant. Die Werte der destruktiven und defizitären Angst der untersuchten hauterkrankten Patienten – sowohl der stationären als auch der ambulanten – lagen unter dem Durchschnittswert aller Klinikpatienten. Diese Differenz ist statistisch signifikant ($P < 0.02$). Bei der Ich-Abgrenzung nach Innen und Außen und der Ich-Funktion des Narzißmus waren die Werte statistisch nicht signifikant verschieden von den Durchschnittswerten aller Klinikpatienten.

Wir verstehen diese Ergebnisse entsprechend der Struktur und Dynamik von anderen körperlichen Erkrankungen. Die Angst und Aggression eines Patienten, der an einer Hautkrankheit leidet, bleibt destruktiv an das Symptom gebunden und steht dem betroffenen Menschen deswegen nicht für kreative, lebensentfaltende Prozesse zur Verfügung.

Tabelle 2: Mittelwerte im Ich-Struktur-Test nach Ammon (ISTA)

	Gesamtstich- probe der Klinik-Patienten	Patienten mit Hauterkrankung klinisch	ambulant	uninformierte Kontrollgruppe, Normstichprobe
Aggression				
konstruktiv	10,5	9,7	9,6	13,5
destruktiv	6,6	5,7	5,2	3,7
defizitär	7,5	7,1	7,1	4,0
Angst				
konstruktiv	7,4	7,1	6,0	7,2
destruktiv	10,0*	7,4*	7,5*	3,8*
defizitär	6,3*	4,8*	4,5*	3,6*
Ich-Abgrenzung				
nach innen	5,5	4,5	5,8	10,9
nach außen	6,7	6,6	7,5	8,8
Narzißmus				
konstruktiv	16,4	17,5	19,6	21,1
destruktiv	8,9	8,5	9,2	3,7
defizitär	8,9	8,2	6,5	3,6

* $p < 0,02$

Der folgende Traum einer Patientin mit Psoriasis illustriert die Ich-Funktionsschicksale in der Psychogenese der Hauterkrankung sowie den defizitären sozialenergetischen Aspekt der Beziehungen in der Familiengruppe (*Ammon-Schibalski* 1978):

Frau K. träumte, daß sie sich in einer Menschenmasse befindet, in der sie sich von Männern verfolgt fühlt. Einige Menschen sitzen in einem schwarzen Umhang erstarrt auf dem Boden. Anschließend sieht sie sich selbst verhüllt neben einer Frau sitzen, die ihr eine schwarze Mundbinde anlegt, damit niemand sie erkennt. Frau K. fühlt sich von der Frau beschützt, die ihr sagt, jeder, der ihr die schwarze Mundbinde abnehmen würde, würde selbst an Pest erkranken.

Die Patientin berichtete in diesem Zusammenhang, wie ihr Mann sie täglich mit Salbe einschmiere und sie aber nie wisse, ob er dies für sie gerne tue oder nicht. Genauso sei es mit der Mutter gewesen, die sie in der Kindheit allabendlich mit stinkender Teersalbe eingeschmiert hatte und die ihr damit jeden Versuch zu eigenen Kontakten unterbunden hatte. Die Pest verband die Patientin mit dem Gefühl, aussätzig zu sein. Der Traum brachte im Gruppengeschehen die Beziehung von Psychosomatik, gestörter Mutter-Kind-Symbiose, Anpassung und fehlender Identitätsentwicklung, sowie gestörter Aggressionsentwicklung zum Ausdruck.

Die entstellende Schuppenflechte drückt die ablehnenden mütterlichen Gefühle auf der Körperebene der Kranken aus. Die schwarze Mundbinde und die schwarze Umhüllung, die die Patientin mit der Teereinschmierung durch die Mutter verband, entsprechen der Anpassung an die Forderung ihrer Mutter, deren Schutz Frau K. genießen darf unter der Voraussetzung, daß niemand sie erkennt, d. h., unter der Voraussetzung, daß die Tochter sprachlos bleibt, Kontakt und eigene Identitätsentwicklung aufgibt. Jeder, der die schwarze Mundbinde abnimmt, erkrankt selbst an Pest. Hier drückt sich die Todesangst vor Kontakt aus, die die Patientin in der Therapiegruppe spürte, und die destruktive Aggression gegen die umklammernde, lebensverbietende Mutter. Die Patientin hatte für die Entwicklung gesunder, lebendiger Möglichkeiten kein sozialenergetisches Feld zur Verfügung. Lediglich auf der körperlichen Ebene, manifestiert durch die psoriatische Hauterkrankung, spielen sich destruktive sozialenergetische Prozesse ab, über die der Kontakt zwischen Mutter und Kind hergestellt wird und die gleichzeitig die Funktion haben, andere Kontakte zu verhindern.

Wir haben (Ammon 1974) die psychosomatisch krankmachende Mutter-Kind-Beziehung durch eine ambivalente Einstellung der Mutter gegenüber dem Kind charakterisiert. Das körperlich kranke Kind kann angstfrei geliebt werden, weil es hilflos und schwach ist. Auf der anderen Seite konfrontiert die Mutter das Kind unbewußt mit der Forderung, ein perfektes Kind zu sein, während jede Form selbständigen Wachstums, eigenständiger Bedürfnisse und Interessen von der Mutter als bedrohlich erlebt und deswegen blockiert wird. Dem gesundgepflegten Kind entzieht die Mutter zumeist abrupt ihre Zuwendung. Die Folge ist für das Kind eine gestörte Entwicklung des zentralen unbewußten Persönlichkeitskerns, wobei immer wieder Kontakt auf der kranken Körperebene gesucht wird.

An dieser Stelle wollen wir auf einen besonderen Aspekt der Familiendynamik hautkranker Menschen hinweisen. Während viele körperliche Erkrankungen, die sogenannten somatischen Erkrankungen, in der frühen Lebensgeschichte einen freundlichen und angstfreien Kontakt ermöglichen, wird das hautkranke Kind in der frühen Lebensgruppe in seiner Erkrankung meist abgelehnt. Das bedeutet, daß der Hauterkrankung, im Vergleich zu anderen psychosomatischen Erkrankungen, häufig mit Feindseligkeit begegnet wird. Wir (Ammon-Schibalski 1978) wiesen auf die Gefühle von Müttern beim Einreiben erkrankter Hautpartien ihrer Kinder hin. Die späteren Patienten wußten nie, ob ihre Mütter ihren Dienst gerne taten oder nicht. Ekel, Scham, Ablehnung und Schuldgefühle verbinden sich hier mit einer unablässigen Beschäftigung mit dem Krankheitssymptom.

Die schwere Abhängigkeitsdynamik verbunden mit einer Ablehnung auf Körperebene läßt Parallelen ziehen zur Double-bind-Situation, die

für die schizophrene Erkrankung charakteristisch ist. In der Double-bind-Situation ist das Kind schweren Schuldgefühlen und Ängsten bis hin zu Todesängsten ausgesetzt, kann sich jedoch, aufgrund seiner Abhängigkeit von den Eltern, nicht davon lösen. Das Hautsymptom dient in diesem Zusammenhang dem Ringen um Bewältigung von Verlassens- und Trennungsangst.

Bei Naturvölkern werden die Kinder bis zum zweiten und dritten Lebensjahr am Busen oder auf dem Rücken der Mütter getragen und haben so immer Körperkontakt während dieser frühen Lebenszeit. Wenn dieser Körperkontakt verweigert wird, entsteht ein Auseinanderreißen der normalen Symbiose zwischen Mutter und Kind, die ja bis zum dritten Lebensjahr angesetzt ist. Die Hauterkrankung ist deshalb bildlich zu verstehen als Ausdruck eines Zerreißens von Körperkontakt innerhalb der Mutter-Kind-Symbiose.

Dieses Auseinanderreißen dokumentiert sich auf der Haut in Form der für bestimmte Krankheitsbilder typischen Verletzungen und Läsionen. Schon bei der Geburt kann dieses Zerreißen der körperlichen Einheit zwischen Mutter und Kind endgültig werden, wenn die Mutter das Neugeborene nicht körperlich annimmt. Wir haben immer wieder im Rahmen unserer therapeutischen Erfahrungen in Ich-struktureller Gruppen-, Einzel- und Milieuthherapie den Zusammenhang von Hauterkrankungen sowie auch anderen körperlichen Erkrankungen mit tiefsten Verlassensängsten beobachten können. Wir beschrieben so (Ammon 1974) das vielfältige Reagieren von Patienten in einer therapeutischen Gruppe mit Hauterkrankungen und anderen körperlichen Reaktionen auf die Trennung von der Gruppentherapeutin als unbewußten Ausdruck schwerster Verlassensangst.

Bei einem Patienten (Ammon 1974), der an multiplen körperlichen Erkrankungen litt wie atopischer Neurodermitis, Asthma bronchiale, Kurzsichtigkeit, Fettsucht und Nierensteinerkrankung, war lebensgeschichtlich vor allem hervorzuheben, daß der Vater in der frühen Kindheit des Patienten starb und die Mutter, eine emotional starre und unbewegliche Frau, ihre starken Ängste hinter einer intellektuellen moralisierenden Fassade verbarg.

Die Erinnerung an die Mutter des Patienten ist hauptsächlich von der Vorstellung ihres erdrückenden Übergewichts bestimmt. Aus dem Gefühl, sich in ihrer Nähe nicht rühren zu dürfen, resultierte eine zwanghafte Phantasie, ersticken zu müssen. Die Hauterkrankung verband der Patient selbst mit seinen Berührungsängsten, wobei er zärtliche Berührungen von Freundinnen stets als einen hinterlistigen Angriff empfand.

Wir verstehen bei diesem Beispiel die Hauterkrankung im Zusammenhang mit einer gestörten archaischen Mutter-Kind-Beziehung, innerhalb derer eine dominierende und ablehnende Mutter ihr Kind auf der einen Seite körperlich und psychisch vereinnahmt, es aber zugleich

in ihrer Unfähigkeit zu einem spontanen zärtlichen Körperkontakt verläßt und schweren Verlassenheitsängsten aussetzt.

In diesem Zusammenhang ist es uns besonders wichtig, hervorzuheben, daß die fehlentwickelte Mutter-Kind-Symbiose nicht allein für das Krankheitsgeschehen verantwortlich ist, sondern daß hierbei die gesamte Gruppendynamik der Primärgruppe eine Rolle spielt. Die zu meist von anderen Bezugspersonen verlassene Mutter wird vielmehr von der umgebenden Gruppe in die Mutter-Kind-Symbiose hineingedrängt, in der sich nun das oben beschriebene krankmachende sozial-energetische Feld entwickeln kann. Gerade diese destruktive und defizitäre Familiendynamik spiegelt sich auch in den Ergebnissen unserer Untersuchung wieder, wie in Tab. 3 und Abb. 1 dargestellt:

Tabelle 3: Familiendynamik bei Hauterkrankungen

Frage	Mutter	Vater	Antwort		
			Geschwister	Niemand	keine Antwort
Wer kümmerte sich darum, daß Sie an einer Hauterkrankung litten?	38,0 %	9,6 %	2,7 %	24,7 %	17,8 %
Wer sprach mit Ihnen über Ihre Hauterkrankung?	21,9 %	2,7 %	4,1 %	19,2 %	40,0 %
Wer kümmerte sich nicht um Ihre Hautkrankheit?	6,8 %	37,0 %	11,0 %	8,2 %	24,6 %
Wer lehnte Sie ab wegen Ihrer Hautkrankheit?	11,0 %	2,7 %	4,1 %	35,6 %	42,5 %
Wer hielt sich von Ihnen fern wegen Ihrer Hautkrankheit?	1,4 %	2,7 %	4,1 %	25,6 %	53,4 %

Die Mutter ist die wichtigste Kontaktperson. Gleichzeitig ist dieser Kontakt durch ein hohes Maß an Ambivalenz charakterisiert – die Mutter wird am häufigsten genannt als die Person, die den Patienten das Gefühl von Zurückweisung gibt.

Fast ausschließlich die Mutter kümmert sich auch um die Hauterkrankung. Es fällt auf, daß nur 28,7 % der Patienten berichten, überhaupt mit irgendeinem Familienmitglied über ihre Hauterkrankung, die ein Tabu war, gesprochen zu haben. Wir nehmen an, daß es allgemein wenig Gespräche gab.

Die Patienten waren sowohl innerhalb als auch außerhalb der Familie sehr allein: 55 % hatten niemanden, zu dem sie gehen konnten, wenn sie

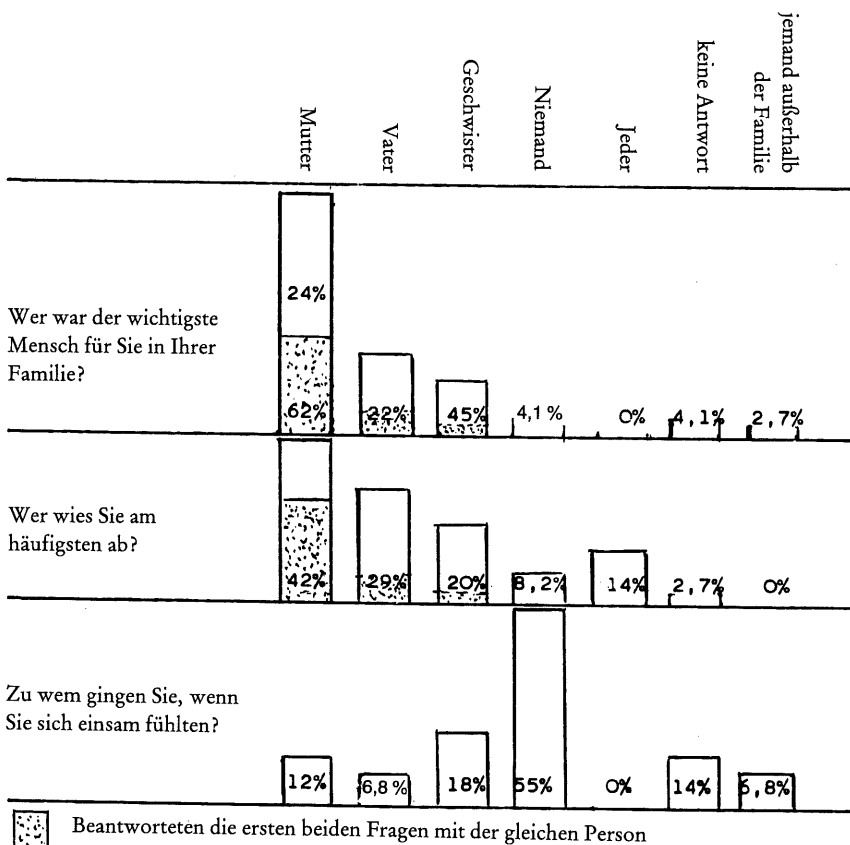


Abb. 1: Allgemeine Einsamkeit und Ambivalenz in der Familie

sich einsam fühlten, 14 % beantworteten die Frage erst gar nicht, und nur 12 % gingen zu ihrer Mutter.

Die Fragen, die sich auf negativen Kontakt beziehen, wurden von den Patienten kaum beantwortet. In diesem Antwortverhalten sehen wir die Unfähigkeit der Patienten, ihre Aggressionen zu fühlen und auszudrücken und ihre Probleme in Beziehung zu anderen Menschen wahrzunehmen. Sie können nur das psychosomatische Symptom wahrnehmen, das für den Patienten eine starre Grenze zur Außenwelt darstellt innerhalb der emotional verarmten Familiendynamik.

Schöne Menschen

Im Gegensatz zu diesen destruktiven Formen des Körperkontakts von hautkranken Patienten begegnet man Menschen, deren Erschei-

nung oft Aufmerksamkeit auf sich zieht aufgrund ihrer wunderschönen, gut gepflegten und makellosen Körper – die aber dennoch keine angenehme Ausstrahlung haben, die sie anziehend für Berührung oder Umarmung machen würde. Diese Menschen, die trotz vieler Jahre Therapie nicht erreicht werden konnten, wurden von *Ammon* (1984) als Menschen beschrieben, die nie in ihrem Leben das Gefühl des Angenommenseins erfahren hatten. Sie vermeiden Auseinandersetzung und jeglichen Kontakt mit der Realität, um nicht Verletzungen und Verlassenheitsängste wiedererleben zu müssen, denen sie ausgesetzt waren, als sie sehr jung waren.

Wir gehen von der Annahme aus, daß diese Menschen, was Körperkontakt betrifft, in ihrer Kindheit verarmten und so zu Unerreichbaren wurden, die auch nicht annähernd genug berührt wurden. Ihre Schönheit ist nur eine Fassade und entspricht nicht ihrer Selbsteinschätzung. In diesem Zusammenhang ist etwa die periorale Dermatitis eine interessante Erkrankung.

Thurn (1976) und *Hornstein* (1973) beobachteten, daß diese Krankheit sehr häufig bei attraktiven, jungen und gepflegten Frauen auftritt, die zumindest oberflächlich in die Gesellschaft integriert sind und aus anerkannten sozialen Klassen kommen. *Hornstein*, der die Ursache der Krankheit in verdrängter Aggression und Sexualität sieht, stellt fest, daß der psychische Aspekt dieser Erkrankung überraschend ignoriert wird. Wir können die Dynamik dieser Krankheiten mit einem Schlag des Unbewußten ins Gesicht vergleichen, einer Stelle, an der diese Patienten äußerst feinfühlig sind.

Wir denken an eine 38 Jahre alte Patientin, schlank, hübsch, jugendlich und elegant gekleidet:

Im ersten Interview sprach sie fließend und selbstbewußt, zeigte jedoch nicht ihre wahren Gefühle. Ihr Ehemann hatte sich als Allgemeinmediziner mit einer großen Praxis niedergelassen. Sie hatte zwei Kinder und viele Freunde. Während der relativ langen Vorgespräche bekam der untersuchende Psychoanalytiker keinen wirklichen Kontakt zu der Patientin, die ihren flachen small talk beibehielt. Hinter diesem oberflächlichen Verhalten waren verzweifelte Bedürfnisse, die schwer greifbar waren, zu spüren.

Auf die Frage, warum sie Therapie haben wollte, berichtete sie unerklärliche und unmotivierte Eifersuchtsausbrüche gegenüber ihrem Ehemann, die nur einmal im Jahr, für einige Tage während des Karnevals vorkamen. Ansonsten, sagte sie, fühle sie sich gut; liebe ihren Ehemann und ihre zwei Kinder und genieße es, viele Freunde zu haben. Sie hatte nie irgendeine körperliche Krankheit gehabt.

Als sie ungezwungen über ihr Leben sprach, erzählte sie, daß sie ihre Kindheit allein mit ihrer Mutter verbracht hätte. Als sie acht Jahre alt war, erkrankte ihre Mutter an Brustkrebs und drei Jahre später starb sie.

Ihr jugendlicher, lebendiger Vater war ein Marine-Kapitän, der immer Geliebte hatte und seine Frau und Tochter nur alle paar Wochen besuchte. Während der restlichen Zeit lebte die Patientin mit ihrer Mutter in vollständiger Isolation. Sie kann sich an keinen Körperkontakt mit ihrer Mutter erinnern. Die beiden verbrachten Weihnachten und andere Festtage vor dem Radio, in der Hoffnung, eine Botschaft vom Ehemann auf See zu erhalten. Die Mutter vergaß die Tochter vollständig. Nachdem sie krank geworden war, zog sich die Mutter noch mehr zurück, und der Vater kam noch seltener, seine Familie zu sehen.

Die Patientin half bei der Krankenpflege der Mutter (z. B. beim Wechseln der Brustumschläge), aber hatte keinerlei Gefühle dabei. Sogar der Tod ihrer Mutter, das Begräbnis und die Zeit danach, als sie – in einem Alter von 11 Jahren – allein in der Wohnung lebte, machten sie nicht traurig. Anschließend gab sie ihr Vater in ein Internat mit gutem Ruf, wo sie die Wichtigkeit von sozialem Prestige lernte. Ihre Ziele im Leben waren, hübsch zu sein, zu heiraten und eine Familie zu haben. Der Unterricht interessierte sie nicht sehr.

Zu Beginn ihrer Gruppentherapie war die Patientin zu jedermann freundlich und verstehend, und erweckte in jedem den Eindruck, daß sie in Ordnung sei. Als die Gruppe sie mit ihrer Konformität konfrontierte und ihrem eifrigen Bestreben, zu gefallen, war sie völlig verblüfft. Kurze Zeit später entwickelten sich große Flecken auf ihrem Rücken, ihrer Brust, Bauch und Genitalbereich, die in der dermatologischen Klinik als Skleroderma circumscripta (Morphaea) diagnostiziert wurden. Die Patientin war fürchterlich erschreckt wegen ihrer Krankheit: sie hatte Angst, Krebs zu kriegen, und sie war sehr getroffen durch die Tatsache, daß sie sich nicht länger im Bikini zeigen konnte (sie war so stolz auf ihre Figur und ihre glatte Haut gewesen); sie machte sich auch Gedanken über sexuelle Probleme, weil der betroffene genitale Bereich schmerzte.

Ich-strukturell verstehen wir den Ausbruch ihrer Hauterkrankung als einen Ausdruck der schweren narzißtischen Depression der Patientin, verbunden mit ihren unbewußten Todes- und Verlassenheitsängsten, Angst vor Kontakt und Berührung, Ängsten, die durch die Diskussion über sie in der Therapiegruppe freigesetzt wurden. Sie konnte den Schmerz nur über ihre Hauterkrankung fühlen. Hinter ihrer schönen Fassade hatte sie ihren Körper als krank erlebt, zurückgewiesen und ekelhaft, und nicht wirklich geliebt von ihren Eltern. Durch ihre Hauterkrankung kam sie mit der Therapiegruppe in einer Weise in Berührung, die den Therapeuten, die Gruppe und sie selbst tief betroffen machte. Schließlich verschwanden die Zeichen auf ihrer Haut fast vollständig, als die Patientin in der Lage war, ihren Mangel an Kontakt zu fühlen, ihre Unernsthaftigkeit mit Menschen und ihre Angst, verlassen zu werden.

Dieses Fallbeispiel verdeutlicht, daß Menschen, die nur wenig konstruktive Symbiose in ihrer Kindheit gehabt haben, sich durch die Entwicklung von Hautkrankheiten verständlich machen, wenn sie begonnen haben, sich zu öffnen und die bislang versteckten destruktiven Prozesse zu zeigen.

Androgynität

Der Mensch ist androgyn – vom biologischen als auch vom psychologischen Standpunkt aus; d. h., er hat zwei Geschlechter zu seiner Verfügung. Er/sie kann sich sowohl männlich als auch weiblich erleben und verhalten. Mein Verständnis von Androgynität (Ammon 1984) umfaßt nicht nur die Sexualstruktur von Menschen, sondern auch ihren Lebensstil, was sie aus ihrem Körper machen und, ganz besonders, wen sie als Partner wählen.

Vier Lebensdimensionen sind bedeutsam bei der Androgynität: Sexualität, Körper, androgynes Erleben und Verhalten. Die Pole dieser Dimensionen sind rein männlich oder weiblich, während es im Mittelbereich möglich ist, flexibel mit dem Potential beider Geschlechter umzugehen.

Androgyne Menschen können in allen Bereichen sowohl männlich als auch weiblich fühlen und handeln. Familie und Gesellschaft verlangen fixierte Rollen von Mann und Frau, wodurch sie unterdrückt und gezwungen werden, einen wesentlichen Teil von ihrem Potential aufzugeben. Für die Entwicklung und das Zulassen von Androgynität ist die Rolle der Gruppe und ihres sozialenergetischen Feldes entscheidend, vor allem, inwieweit sie Androgynität toleriert und selber lebt, oder wie sehr sie Gefühle, Interessen und Sexualität des anderen Geschlechts innerhalb einer Person unterdrückt, nicht beachtet und bestraft.

Der androgyne Mensch kann offen homosexuell oder bisexuell sein, aber ich setze Androgynität mit Bisexualität nicht gleich, wie es andere Autoren zum Teil tun. Eine Frau kann sich auch in einer heterosexuellen Beziehung männlich und dominant verhalten, vielleicht verbunden mit Gefühlen, einen Penis zu besitzen; oder ein Mann stellt sich vor, Brüste und eine Vagina zu haben.

Jede fixierte Äußerungsform sowie Sucht und Besessenheit von Sexualität sind als psychische Krankheit zu betrachten. Wir bezeichnen dies als destruktive oder defizitäre Sexualität, nicht als Perversion. Entscheidend ist, daß destruktives oder defizitäres sexuelles Verhalten nicht Kontakt, Liebe und Fürsorge einschließt. Wir fassen ebenso Rollenfixierungen, die der androgynen Struktur des Menschen widersprechen, als eine pathologische Form sexuellen Verhaltens auf.

Da, wie wir oben sagten, die Haut ein sekundäres Sexualorgan ist, hat eine Hauterkrankung die Funktion, gegenüber fixierten und unbefrie-

digenden Formen von Sexualität Widerstand zu leisten. Der Zusammenhang zwischen Hauterkrankung und Sexualität ist in der Literatur allgemein bekannt, aber wird nicht auf Androgynität bezogen (*Courtney 1974, Hartocollis 1974, Dimitrov 1973*). Auch in unserer Untersuchung konnten wir gestörte Sexualität in Verbindung mit anderen Entwicklungsdefiziten feststellen. Es wird deutlich (Tabelle 4), daß Angst und Beeinträchtigung der Sexualität das Tabu widerspiegeln, unter dem die Sexualität in der Primärfamilie gestanden hatte. Die meisten Patienten berichteten (Tabelle 1), niemals Körperkontakt noch Sexualität zwischen ihren Eltern bemerkt zu haben, daß Sexualität defizitär und fixiert war.

Tabelle 4: Sexualität und Hauterkrankungen

Frage	Antwort (%)
Wie veränderte die Hauterkrankung Ihre Sexualität?	
Zunahme der Angst	31,3
Allgemeine Störung	15,6
Hatte nie sexuellen Kontakt	15,6
Keine Veränderung	9,4
Wie ging Ihre Familie mit Sexualität um?	
Sexualität war . . .	
Verboten, tabu	38,4
Nicht darüber gesprochen	32,9
Als schmutzig bezeichnet	6,8
Unbefriedigend	5,5
Weiß nicht	5,5
Offen, mit Freude verbunden	2,8

Wir denken, daß Hauterkrankungen in der Pubertät zunehmen, weil in diesem Alter die Androgynität der Kindheit nicht länger toleriert wird und weil, durch die Akne zum Beispiel, die Fixierung der männlichen oder weiblichen Rolle unbewußt zurückgewiesen wird. Die meisten Autoren stellen fest, daß Akne eine Krankheit der Pubertät ist. Sie betrachten die Pubertät als ein schwieriges Alter für Entwicklung und Reifung, und dennoch reduzieren sie die Ursache der Akne auf eine rein hormonale Störung (*Jänner 1968; Kligman et al. 1974; Leyden, Kligman 1977; Lemke 1972; Ruhrman 1975; Russel 1975; Schirren, Immel 1969; Tenhaeff 1971; Winkler 1972*).

Weiterhin bedeutet Pubertät für die jungen Menschen den Beginn der Adoleszenz, die Trennung von den Eltern, den Weg zur Unabhängigkeit. In der Realität bleiben die Jugendlichen allerdings häufig abhängig und der Genuß von Sexualität wird ihnen verweigert.

Bei unseren männlichen Patienten, die Akne hatten, sahen wir immer wieder ein weibliches Erscheinungsbild in Gesicht und Bewegungen. Während der Behandlung verbesserte sich ihr Hautsymptom, sobald der Patient seine unbewußten sexuellen Phantasien wahrnehmen und sie ohne Schuldgefühle akzeptieren konnte.

Ein praktizierender Dermatologe erzählte uns, daß er den Ausbruch von Hauterkrankungen auch im Zusammenhang mit Problemen sexueller Identität bemerkt hatte. Er beschrieb einen weiblich aussehenden Mann, der unter einem sehr schweren Pruritus litt und dessen ganzer Körper mit Artefakten übersät war. Seine Frau zwang ihn in eine Rolle als Manager, gegen die er durch seine Hauterkrankung unbewußt protestierte.

In unserer Untersuchung stießen wir ebenfalls auf interessante Berichte, wie den einer Patientin, die an Hypertrichose auf ihrem Gesicht litt und sich vorstellte, einen Bart zu haben.

Androgyne Menschen leiden oft unter ihrer Schönheit, weil sie fürchten, nicht um ihrer selbst willen geliebt zu werden, sondern nur aufgrund ihrer Erscheinung. Diese Menschen quälen oft ihre Partner, indem sie ständig nonverbal fragen, ob sie wirklich geliebt werden oder nicht; sie sind jedoch nicht in der Lage, über dieses Thema zu kommunizieren. Durch ihre Hauterkrankungen protestieren diese schönen Menschen dagegen, sexuell mißbraucht und ausgebeutet zu werden.

Wir nehmen an, daß die Hauterkrankung ein Symptom ist, das auf einer tief unbewußten bildhaften Ebene eine Diffusion sexueller Identität darstellt, sowie die Suche nach sich entfaltenden verschiedensten sexuellen Wünschen.

Psychotherapie bei Hauterkrankungen

Die psychotherapeutische Methode kann als ein gleitendes Spektrum vorgestellt werden: auf der einen Seite steht verbale Therapie, die zum Verstehen durch Introspektion führt; auf der anderen Seite die hauptsächlich nonverbale Körpertherapie, zu welcher unsere Ich-strukturelle Tanztherapie gehört.

Je weniger durch die Krankheit die Ich-Struktur der Persönlichkeit betroffen ist, desto mehr Verbalisierung ist möglich und desto mehr wird die Verbalisierung im Mittelpunkt der Therapie stehen (im Extremfall wird *Freuds* Standardmethode der Psychoanalyse auf der Couch angewandt). Bei den schwersten Erkrankungen wird eine hauptsächlich nonverbale Therapie, die auf den Körper gerichtet ist, effektiv sein. Berühren und Zeigen der Haut ist bei der Körpertherapie zentral.

Es ist psychodynamisch verstehbar, daß Menschen, die in ihrer Kindheit arm an Körperkontakt waren, zu sogenannten Unberührbaren wurden, d. h., andere Menschen können sie nicht berühren, oder sie ha-

ben die Ausstrahlung, keinen Körperkontakt zuzulassen. Sie leben asexuell oder antisexuell – es gibt mehr Menschen, die so leben, als allgemein angenommen wird. Im Extremfall werden Körperkontakt und Sexualität abgewehrt durch Hauterkrankungen verschiedenster Schwere, entsprechend dem Ausmaß der Ich-strukturellen Störung der Persönlichkeit.

Für die Therapie ist es wichtig, den Menschen, der unter einer Hauterkrankung leidet, als ganzen zu sehen, und nicht die Aufmerksamkeit auf die Behandlung des Symptoms zu konzentrieren. Menschen mit Hautsymptomen muß der Psychoanalytiker uneingeschränkte Beachtung schenken und darf sich nicht erlauben, sich durch das Symptom gefangennehmen zu lassen. Ansonsten könnte eine Beziehungsdynamik entstehen, in die der Patient seine Unberührbarkeit einbringt, auf die der Analytiker in der Gegenübertragung mit Ambivalenz und verlassend reagiert. Eine häufige Form des Widerstands ist die Sexualisierung der therapeutischen Beziehung, die bei Hauterkrankungen naheliegt. Zum Beispiel habe ich häufig eine Situation angetroffen mit schönen jungen Frauen mit einer sehr schweren Erkrankung ihrer gesamten Haut, die mit Salbe eingecremt wurden und dann, nackt in der Universitätsklinik liegend, den Studenten vorgeführt wurden. Nicht nur Universitätsprofessoren, sondern jeder Dermatologe überhaupt, sollte um die intime Dynamik solcher Situationen wissen: bereits das Gesehenwerden in der Gruppe hat einen heilenden Effekt dadurch, daß das Tabu um die Krankheit aufgehoben ist und die Haut selbst Öffentlichkeit bekommt.

Die Erfahrung hat gezeigt, daß es für die Strukturierung einer Gruppe sehr wichtig ist, daß nicht nur psychosomatisch Kranke die Gruppe bilden, sondern auch Patienten mit Borderline- und konversionshysterischer Struktur (*Ammon* 1982b). Die Patienten mit einem höheren Aggressionspotential stellen ihre Hilfs-Ich-Funktionen den überwiegend defizitär aggressiven psychosomatisch Kranken zur Verfügung.

Bei einem Vergleich einer homogenen Gruppe von psychosomatisch reagierenden Patienten – unter ihnen drei mit Psoriasis und einer mit einem unspezifischen Ekzem – mit einer heterogenen Gruppe, die Borderline-Patienten einschloß, fanden wir, daß sich Strukturdefizite in der homogenen Gruppe multiplizierten (*Ammon-Schibalski* 1978, 1977). Wir wiesen nach, daß das Hineinnehmen von psychotisch Reagierenden und Borderline-Patienten eine Zunahme von konstruktiven und destruktiven Aggressionsäußerungen bewirkte. Dies war verbunden mit einem wesentlichen Wachstum in der Ich-Struktur der Gruppe als ganzer sowie ihrer einzelnen Mitglieder.

Ich-strukturelle Therapie zielt nicht auf das Verschwinden des Symptoms ab, sondern auf eine Ich-Entwicklung, die durch Kontakt und sozialenergetische Auseinandersetzung in der Therapiegruppe eine Wiedergutmachung ermöglicht. Für Menschen mit Hauterkrankungen

(nicht nur mit akuten organischen Manifestationen) heißt eine wiedergutmachende Ich-Entwicklung zuallererst Körper- und Hautkontakt wiedergutzumachen, die Haut zu zeigen und zu fühlen, was wir, alles zusammen, Körpertherapie nennen. Darin beziehen wir Tanztherapie ein, Reittherapie, Schwimmen, Sport, Massage und schließlich die Ich-strukturelle Milieuthérapie.

Es ist von wesentlicher Bedeutung, daß die Körpertherapie in die Gruppe eingebettet ist, in den Schutz und die Atmosphäre der Gruppe und daß sie sich auf die ganze Person bezieht. Wie das Kind, das genau spürt, wenn seine Mutter es mechanisch und ohne Sympathie berührt, gewinnt der Patient wenig aus einer mechanischen, kontaktlosen Massage oder von rein mechanischen körperlichen Übungen.

Durch seine Gefühle und Erlebnisse, durch das Feedback seines Therapeuten und seiner Gruppenmitglieder, lernt der Patient Schritt für Schritt seinen Körper kennen und sich selbst mit seinem Körper auszudrücken.

Wir sehen so, daß Körpertherapie indiziert ist für jeden, der ernsthaft krank ist, der nicht genug Ich-Struktur mitbringt, um über seine Probleme sprechen zu können. Patienten, die dazu neigen, alles zu intellektualisieren oder ihre Umgebung durch zwanghaftes Reden zu kontrollieren, können ebenfalls durch Körpertherapie erreicht werden.

Die Praxis der Körpertherapie mag durch dies Beispiel aus der Tanztherapie illustriert werden: nach der sorgfältigen Zusammenstellung einer geschlossenen Gruppe kommen etwa 20 bis 30 Patienten mit ihren eigenen Platten oder Bändern und tanzen allein in der Mitte der Gruppe und zeigen sich selbst in ihrem Tanz – ihre Gefühle, ihre Gedanken, ihr Leiden, manchmal sogar ihre Geschichte.

Dabei geht es nicht um ein eingeübtes Tanzen, sondern darum, mit der Gruppe in Kontakt zu kommen. Einige Patienten können sich kaum bewegen oder haben nur eine Möglichkeit der Bewegung – z. B., in einem Kreis umherzulaufen. Manchmal fließen Lust und Freude am Sich-ausdrücken mit dem eigenen Körper ein zu einem ergreifenden Tanz. Manche versuchen, sich hinter Perfektion und schönem Tanzen zu verstecken.

Nach dem Tanz spricht der Patient über seine Gefühle und darüber, was er ausdrücken wollte. Manchmal jedoch bleibt er mitten im Tanz tief bewegt und weinend stehen. Manchmal geht ein anderer Patient auf ihn zu und tanzt mit ihm, sei es in Freude, sei es in Leid. Durch ihre eigenen Gefühle geben die Patienten dem Tänzer ein Feedback, worauf emotionale Diskussionen folgen. Hin und wieder wirft der Therapeut etwas ein und bezieht den Tanz des Patienten auf sein Verhalten in anderen Situationen.

Auf dem therapeutischen Spektrum von verbalem bis zu nonverbaalem Arbeiten nimmt die Milieuthérapie einen zentralen Platz ein. In un-

serer Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwäbe in München bildet die Milieuthérapie die Grundlage für das gesamte Leben in der Klinik und für die Struktur der Gruppe. Die anderen therapeutischen Settings sind in sie eingebettet, wie die Ich-strukturelle Einzel- und Gruppentherapie und die besonderen milieuthérapeutischen Situationen wie Reit-, Mal-, Tanz-, Theater-, Musiktherapie usw. (Ammon 1959, 1982b, 1973).

Bei ambulanter Milieuthérapie wird eine eigens zusammengestellte Therapiegruppe von einem Therapeuten geleitet. Die Mitglieder tragen die Verantwortung für sich selbst und leben in einem therapeutischen Feld besonderer Struktur zusammen. Die gemeinsame Arbeit an einem Projekt wird bis ins kleinste Detail von den Patienten selbst geplant, vorbereitet und in die Tat umgesetzt.

Ich habe (Ammon 1974) einen Patienten beschrieben, dessen Krankheit sich durch zwei milieuthérapeutische Gemeinschaften auffallend verbesserte: Dieser Patient, der unter einer schweren Akne auf seinem Gesicht und Rücken litt, fühlte sich zuerst sehr verwirrt während der Milieuthérapie, als er seinen nackten Oberkörper zeigte, da er sich wegen seiner häßlichen Haut schämte. Aber dann erlebte er das Verständnis und die Ermutigung der Gruppe mit tiefer Erleichterung und genoß, daß es ihm erlaubt war, sich zu zeigen. Vermittelt durch sein Symptom konnte er Anteilnahme und Interesse auf sich ziehen und mit der Gruppe Kontakt aufnehmen. Danach verbesserte sich sein Symptom, besonders auf seinem Gesicht. Nach der Rückkehr in die therapeutische Gruppe war seine starke Verbalisierungsangst wesentlich geringer geworden. In seiner zweiten milieuthérapeutischen Gemeinschaft erlebte er, daß diese Gruppe sich weniger für sein Symptom interessierte und fühlte sich daraufhin ausgeschlossen und nicht verstanden. Er entwickelte diffuse Ängste. Als er wegen seines andauernden Schweigens angesprochen wurde, sprach er darüber, daß er seine Akne nicht länger als sein zentrales Problem ansehen könne. Danach war er zunehmend in der Lage, seine Kindheitsängste in der Gruppe emotional wiederzuerleben.

Wir denken, daß für diesen Patienten die narzißtische Zufuhr auf der Körperebene während seiner ersten therapeutischen Gemeinschaft entscheidend war. Diese Erfahrung ermöglichte ihm erstmalig, die Abwehrfunktion seines Symptoms aufzugeben durch den Kontakt mit der Gruppe.

Schlußfolgerung

Wir glauben, daß die einseitig organ-medizinische Behandlung das Wesen der Hauterkrankungen nicht erfaßt. Wir können dermatologische Krankheiten nur behandeln, wenn wir die aktuelle Gruppendynamik und die Psychogenese kennen und einbeziehen.

Das Ausmaß an Leid, das für den Einzelnen mit der Hauterkrankung verbunden ist, übersteigt bei weitem seine Möglichkeit, darüber zu sprechen. Wir wollen eine Brücke schlagen zwischen dem tiefen Leid des an einer Hautkrankheit erkrankten einzelnen Menschen und der häufig fehlenden Anteilnahme durch medizinische Institutionen. Wir tun dies durch ein gruppendynamisches und Ich-strukturelles Verständnis, das Hauterkrankung als ein Geschehen begreift, das den ganzen Menschen betrifft.

Psychodynamics and Ego-Structure in Skin Disease

Günter Ammon (Berlin)

The authors approach is a holistic view of personality, which understands psyche and soma as an inseparable unity and regards illness as one of many ways for man to react. Therefore they use the term 'psychodynamics of skin disease' instead of the term 'psychosomatics'.

Next to the brain skin is probably man's most important organ by which the history of the earliest sensory experiences in life are made. The skin is an organ of contact: care, punishment and neglect have their effect on it and portrays the connection between the inner and outer world.

Illness is just one aspect of the psychodynamics of the skin and is always related to contact: developing from specific experiences of relationship in the early family-group and expression of the fear of contact and the desire for contact. The basic hypothesis is proved by numerous case studies of patients with skin disease, their life histories, dreams and the report of their feelings and phantasies concerning the illness, which were taken in a standardized questionnaire. It becomes clear, that the different skin diseases cannot be understood as isolated symptoms, but must be regarded as an expression of early social-energetic deficits and destructions, so that the hole in the ego is (metaphorically) accompanied by holes in the skin.

The complexity of psychodynamics shows in the frequent changing of symptoms between skin disease, other somatic reactions and psychic illness, especially depression.

Research with Ammon's ego-structure-test (ISTA) shows, that the results of patients with skin diseases correspond to the results of patients with archaic ego-illnesses with high deficits in the central ego-functions of aggression and anxiety. Anxiety and aggression are bound the symptom and are not at the disposal of the person towards lively erotic and sexual relationships.

In the psychodynamics and ego-structure of skin disease, sexuality has a highly important function. The illness is felt as a barrier from a satisfying sexual life; on a deeply unconscious level it is often a form of protest against fixed sex role stereotypes. It is often the case that very beautiful people suffer particularly from ugly skin diseases on their bodies.

By nature man is androgynous, i.e. of both sexes; skin disease, which often occurs first in puberty (like acne), is an unconscious protest against the fixation of sexuality on rigid male for female roles. Skin disease is a symptom of a disturbance of sexual identity and the search for different sexual needs.

Therapy of patients with skin disease may not be focussed on the symptom, the aim of the therapy is to develop the whole personality. The method of therapy can be understood as a gradual spectrum with verbal psychotherapy on one side and body therapy, like Ammon's ego-structural dance-therapy, horseback riding, massage and milieu therapy on the other. The core of body therapy is showing and touching the skin, the bodily expression of feelings and needs in the group. Body therapy is indicated for all patients, who, as a result of early neglect and injury, have been (so far) "untouched".

Literatur

- Abraham, K. (1924): Versuch einer Entwicklungsgeschichte der Libido aufgrund der Psychoanalyse seelischer Störungen. In: psychoanalytische Studien, Bd. 1 (Frankfurt 1969: S. Fischer)
- Ammon, Gisela (1979): Alternieren depressiver und psychosomatischer Reaktionen in der frühen Kindheit. In: Dyn. Psychiat. (12) 209–224
- Ammon, Günter (1959): Theoretical aspects of milieu therapy (Topeka: The Menninger Clinic and School of Psychiatry; Nachdruck 1977, Berlin: Pinel Publikationen)
- (1970): Gruppendynamik der Aggression (Berlin: Pinel Publikationen; 1973, München: Kindler)
- (1972) Zur Genese und Struktur psychosomatischer Syndrome unter Berücksichtigung psychoanalytischer Technik. In: Dyn. Psychiat. (5) 223–251
- (1973): Dynamische Psychiatrie: Grundlagen und Probleme einer Reform der Psychiatrie (Darmstadt: Luchterhand; Neuaufl. 1980, München: Kindler)
- (1973): Ich-psychologische und gruppendynamische Aspekte der psychoanalytischen Gruppenpsychotherapie. In: Ammon, Günter (Hrsg.) Gruppenpsychotherapie (Hamburg: Hoffmann & Campe)
- (1974): Psychoanalyse und Psychosomatik (München: Piper; ital. Ausg. 1977, Roma; Borla; engl. Ausg. 1979, New York: Springer; japan. Ausg. 1979, Tokio: Iwasaki-gohujutso)
- (1978a): Das Verständnis eines Entwicklungsdefizits von Ich-Strukturen in Persönlichkeit und umgebender Gruppe als Grundlage für Wissenschaft und Praxis einer Dynamischen Psychiatrie. In: Dyn. Psychiat. (11) 120–140
- (1978b): Die psychosomatische Erkrankung als Ergebnis eines ich-strukturellen Defizits. In: Dyn. Psychiat. (11) 287–299
- (1979a): Das ich-strukturelle und gruppendynamische Prinzip bei Depression und psychosomatischer Erkrankung. In: Dyn. Psychiat. (12) 445–471
- (1979b): Entwurf eines Dynamisch-Psychiatrischen Ich-Struktur-Konzeptes – Zur Integration von funktional-struktureller Ich-Psychologie, analytischer Gruppendynamik und Narzißmus-Theorie. In: Ammon, Günter (Hrsg.) Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 1 (München: Ernst Reinhardt)

- Ammon, Günter; Ammon, Gisela; Griepentrost, Dörte (1981): Das Prinzip von Sozialenergie – gleitendes Spektrum und Regulation. In: *Dyn. Psychiat.* (14) 1–15
- Ammon, Günter; Burbiel, I.; Finke, G.; Wagner, H. (1982a): Ergebnisse Dynamisch-Psychiatrischer Forschung. In Ammon, Günter (Hrsg.) *Handbuch der Dynamischen Psychiatrie*, Bd. 2 (München: Ernst Reinhardt)
- Ammon, Günter (1982b): Ich-strukturelle Gruppenpsychotherapie. In: *Dyn. Psychiat.* (15) 1–9
- (1984): Die Unerreichten – Zur Behandlungsproblematik des Urnarzißmus. In: *Dyn. Psychiat.* (17) 145–164. Gli irraggiunti. Teoria e prassi per il trattamento del narcisismo arcaico. In: *Psichiatria Dinamica* (1) 54–70
- (1984): Der androgyne Mensch. Vortrag gehalten auf dem 2. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP und XV. Internat. Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 11.–16. 12. 1983 im Kongreßzentrum München. In: *Dyn. Psychiat.* (17) (im Druck). L'uomo androgino. In: *Psichiatria Dinamica* (2) (im Druck)
- Ammon-Schibalski, K. (1977): Die Anpassung als Abwehrformation der Borderline-Symptomatik. In: *Dyn. Psychiat.* (10) 183–198
- (1978): Abgrenzung des spezifischen Ich-Defizits psychosomatisch Kranker im Rahmen der Krankheitslehre der Dynamischen Psychiatrie. In: *Dyn. Psychiat.* (11) 575–588
- Barnes, Robert H. (1979): Pain and suffering: A psychosomatic problem. In: *Dyn. Psychiat.* (12) 162–174
- Courtenay, M. (1974): Troubles in marriage: the general practice setting. In: *Proc. R. Soc. Med.* 67 (8) 776–780
- Dietze, H. J.; Voegelé, G. E. (1966): Neuropsychiatric manifestation associated with systemic lupus erythematoses in children. In: *Psychiat.* 40 (1) 59–70
- Dimitrov, C. (1973): Psychische Faktoren bei Herpes simplex recidivans genitalis. In: *Psychosom. Med. Psychoanal.* 19 (3) 279
- Dorfmann, Wilfred (1979): The integration of depression and somatic disease. In: *Dyn. Psychiat.* (12) 175–184
- Foerster, K. (1976): Symptomatische Schizophrenie bei Lupus erythematoses disseminatus. In: *Nervenarzt* 47 (4) 265–267
- Guze, S. (1967): The occurrence of psychiatric illness in systemic Lupus erythematoses. In: *Amer. J. Psychiat.* 123 (12) 1563–1568
- Hartocollis, P. (1974): Mysticism and violence: the case of Kazantzakis, N. In: *Int. J. Psychoanal.* 55 (2) 205–213
- Hornstein, O. (1973): Die rosaceiforme periorale Dermatitis. Bedeutung und Therapie. In: *Zahnärztl. Praxis* 24 (17) 460–463
- Jänner, M. (1968): Dermatologische Phänomene als Folgeerscheinung emotioneller Reize und Störungen. Symposium der Psychiatrie und Nervenambulanz der Universität Hamburg 17.–18. 5. 1968. Wissensch. Dienst „Roche“, 165–178
- Kligman, A. M.; Mills, O. H. jr.; Leyden, J. J. et al. (1974): Acne vulgaris: a treatable disease. In: *Postgrad. Med.* 55 (2) 99–105
- Lemke, G. (1972): Beitrag zur Hormonbehandlung der Akne. In: *Haut- und Geschlechtskr.* 47: 501
- Leyden, J.; Kligman, A. (1977): Acne vulgaris: new concepts in pathogenesis and treatment. In: *Drugs* 12 (23) 292–300
- Mönnich, H. (1984): Die Rolle der Sozialenergie in der Psychodynamik bei vier Colitis ulcerosa-Patienten. In: *Dyn. Psychiat.* (17) 32–54
- Montagu, A. (1971): *Touching: The human significance of the skin* (New York: Columbia University Press)
- Ringel, E.; Gathmann, P. (1979): Wechsel und Beziehung zwischen psychosomatischer Erkrankung und Depression aus individualpsychologischer Sicht. In: *Dyn. Psychiat.* (12) 225–231
- Rothschild, F. (1979): Das Versagen der inneren Anpassung bei psychosomatischen Erkrankungen. In: *Dyn. Psychiat.* (12) 260–272
- Ruhrman, H. (1975): Hat die Hormontherapie der Akne in ihren verschiedenen Erscheinungsformen noch einen Sinn? In: *Hautarzt* 26 (3) 140–143
- Russel, B. F. (1975): Emotional factors in skin disease. In: *Br. J. Psychiatry. Spec.* 9 (44) 447–452
- Sanborn, D. B.; Sanborn, C.; Cimbalic, P.; Niswander, G. (1972): Suicide and stress-related dermatoses. In: *Dis. Nerv. Syst.* 33 (6) 391–394
- Schibalski, W. (1979): *Psyche und Haut. Eine Literaturübersicht von 1967–77 unter besonderer Berücksichtigung der Konzeption von Günter Ammon und der Berliner Schule.* Thesis (München: Technische Universität)

- Schilder, P. F.* (1924): Das Körperschema. Ein Beitrag zur Lehre vom Bewußtsein des eigenen Körpers (Berlin: Springer)
- Schirren, C.; Immel, C.* (1969): Hormonale Therapie der Akne vulgaris. In: Münchn. Med. Wochensh. 111, 1742
- Sergeant, J.; Lockshin, M.; Klempner, M.; Lipski, B.* (1975): Central nervous system disease in systemic lupus erythematoses, therapy and prognosis. In: Amer. J. Med. 58 (5) 644–654
- Shanon, J.* (1979): Psychogenic pruritus in concentration camp survivors (delayed psychosomatic skin disorders). In: Dyn. Psychiat. (12) 232–241
- Sifneos, P. E.* (1975): Problems of psychotherapy of patients with alexithymic characteristics and physical disease. In: Psychotherapie und Psychosomatik (26) 65–70
- Tenhaeff, D.* (1971): Gezielter Einsatz von Ovulationshemmern. In: Ärztl. Praxis. 23: 3351
- Thurn, A.* (1976): Die psychogenen Aspekte der perioralen Dermatitis. In: Z. Psychosom. Med. Psychoanal. 22 (1) 99
- Vogel, P. G.* (1976): Psychosomatische Aspekte der Psoriasis vulgaris. In: Z. Psychosom. Med. Psychoanal. 22 (2) 177–189
- Winkler, K.* (1972): Orale Kontrazeption und Akne vulgaris. In: Hautarzt 23 (6): 241
- Wise, T. N.; Ginzler, E. M.* (1975): Scleroderma cerebritis: an unusual manifestation of progressive systemic sclerosis. In: Dis. Nerv. Syst. 36 (2) 60–62

Adresse für die Autoren:
Dr. med. Günter Ammon
Meierottostraße 1
1000 Berlin 15

Concepts of Health and Healing in India**

Jai B. P. Sinha (Patna)*

Der Autor stellt in seinem Beitrag die große Spannweite traditioneller indischer Heilweisen unter dem Aspekt der Konzepte psychischer Erkrankungen dar. Er geht dabei besonders ein auf das klassische Hindu-System der Ayurveda-Medizin und auf die Vorstellungen im Tantrismus und stellt die einzelnen Konzepte über die Strukturen von Körper und Seele, die in ihnen wirksamen Energien und ihre therapeutischen Möglichkeiten dar. Auch die hinduistische Götter- und Dämonenwelt wird in ihrer Bedeutung für die psychischen Erkrankungen vorgestellt.

Der Autor arbeitet als gemeinsame Grundprinzipien der verschiedenen Systeme die Ganzheitlichkeit in den Anschauungen über den Menschen heraus, das Bedürfnis nach Vertrauen und Spiritualität, die Vorstellungen über Balance der verschiedenen Kräfte im einzelnen Menschen und im interpersonellen Kontakt und besonders die Einbettung des Einzelnen in die umgebenden Gruppen. Die hier sich ergebenden Gemeinsamkeiten sieht er als Grundlage für die Bedeutung der Dynamischen Psychiatrie für Indien.

With your permission, I would like to drop the expression "traditional" from the topic of my presentation this afternoon; for I realize more and more that the constructs of "traditional" and "modern" are increasingly losing their salience in the present day India. What was once recognised as "traditional" seems to percolate in the so-called "modern" sectors of our life and many modern ideas and approaches seem to have either direct or indirect roots into or overlap with the old indigenous ideas and approaches. Hence what we need to highlight are the concepts of health and healing and the underlying human and spiritual concerns in India which bring in the sharp focus the relevance of the Berlin School of Dynamic Psychiatry for the Indian socio-cultural milieu. The deliberations this afternoon and later in group discussions, I hope, will be mutually stimulating and enriching to both traditions of health and healing.

The first literature review on psychotherapy in India (*Krishnan 1972*) did concede that the techniques of psychological treatment in relieving mental distress "may range from classical psychoanalysis at one extreme to faith cures at another". The review, however, noted that "the articles published on psychotherapy are not many. Of these, only a few are based on research. If one were to classify these articles on the basis of types and techniques of psychotherapy, the result would be rather disappointing. No work seems to have been done employing the approaches of *Jung*, *Adler*, *Rank* and other Neo-Freudians. Even on orthodox *Freudian* psychoanalysis, no research has been published during

* Professor of Social Psychology, A. N. S. Institute of Social Studies, Patna/Bihar, India, and President, Indian Branch of the World Association for Dynamic Psychiatry WADP

** Vortrag gehalten auf dem 2. Weltkongress der World Association for Dynamic Psychiatry WADP/XV. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), 11. – 16. Dezember 1983 in München

1960s. Some work using group therapy is being done . . . Some of the clinical psychologists have shown a more favourable attitude towards . . . behaviour therapy." But that was about all that we had on record till 1970 in India.

The scenario seemed to have radically changed in the next five years. The second review in 1976 (*Murthy 1976*) identified over 120 therapeutic and counselling studies and reports covering a wide range of healing techniques of psychoanalysis, hypnotherapy, yoga, relaxation, desensitization, aversion, operant conditioning and verbal reinforcement.

The range, however wide it looks, covers only a fraction of the healing practices going on in India. The two reviews reflect to a great extent the western perspective on that part of the therapeutic activities which have been rather formalised in my country. It is universally true that not all cases of treatment are reported in literature, nor all healers are willing to write in professional journals. It is all the more true in India with rich traditions of healing techniques and an equally wide variety of the local impoverished ways and means of healing which, though inadequate and primitive in many ways, are the only things to the poor and the illiterate to lean on.

1. The Medical Approach

Many mentally disordered persons in India are still taken to physicians and medically oriented psychiatrists. Their family and relatives press the doctors for drugs, injections and "electricity" (i. e., electroconvulsive treatment). Many more go to local healer, shamans, mystics, tantriks, saints, and the doctors of traditional medicines. Together they reflect two, at times divergent and at times convergent, sets of paradigms of health and healing: the western approaches of biomedicine and psychotherapy and the Indian systems of Ayurveda, Tantras, mysticism, and demonology.

The biomedical model, as we all know, conceptualises mental health in terms of the fitness of body for discharging mental functions. The psychotherapeutic approaches, by and large, postulate that a mentally healthy person is the one who can cope with the stresses and strains of life and can develop and maintain a reasonable degree of grip over the realities. The Dynamic Psychiatry is unique and innovative in the sense that it endeavours to help human beings as a whole by maintaining a dynamic balance between the psychic, social, and other external demands. It is in this respect that the Indian approaches seem to come quite close to Dynamic Psychiatry.

The Indian approaches in many respects are quite divergent from each other. They reflect the variations in the local conditions and the psycho-

history of the people of the various regions. And yet, they seem to share a common cultural heritage regarding the body of knowledge and belief systems which have shown remarkable resilience and authenticity over the centuries and have thereby percolated into the seemingly divergent techniques of healing*.

Common to the Indian approaches is the emphasis on the wholeness of a person. A healthy person is *swastha*, i. e., “stable-I”. In other words, health is not a characteristic of body only or of mind only. It lies in the stability which is realised by a dynamic balancing of psyche, soma, and polis – each having its own mechanisms for balancing its internal forces and elements. Any imbalance, arising out of either misuse, excess, or deficiencies in the forces and elements, is likely to affect the physical as well as the mental health of the person – the two are inextricably interrelated and thus reflect the Indian monism of mind and body.

The Soma. The body is believed to be constituted by five physical elements (*punch-bhuta*): earth, fire, wind, water and ether. These elements of a body connect it with the physical environment which constitutes not only the geographical, climatic, and land conditions but also includes the sun, the moon, and the other planets. In this grand monistic Indian world view, “a person is seen as a microcosm; all that is part of the cosmos has its homologue within the person” (Kakar 1982). Hence the classic Indian text of medicine, *Charaka Samhita* of *Ayurveda*, which means the science of longevity, prescribes that a physical examination has to be quite comprehensive. “Besides the thorough physical check-up to discern any pathological condition, the tone of the system, age, compactness, proportions, digestive power, and capacity for work, the medical examination should include patient’s emotional and social spheres. The doctor should take into account the region in which the patient is born, grew up, and has developed the disease. The peculiarity of land, food habits, the general condition of the health of the inhabitants of the region, the kinds of disease they most likely contact, people’s special features, etc. are also considered before a line of treatment is decided upon” (Kakar 1982).

The internal dynamics of a body are maintained by an interplay of three humours – wind, bile, and phlegm. Food plays an important role in maintaining the body system. *Charaka Samhita* maintains that food not only sustains the life of living beings, but “complexion, clarity, good voice, longevity, genius, happiness, satisfaction, nourishment, strength, and intellect are all conditioned by food. Professional activities leading to happiness in the world, *vedic* rituals leading to abode

* From now on this paper is based in its evidence on the book from S. Kakar (1982): *Shamans, Mystics and Doctors* (New Delhi: Oxford University Press)

in heaven and the observance of truth and *brahmacharya* leading to salvation are all based on food" (*Charak Samhita*, quoted by S. Kakar 1982, p. 230).

The three humours help digest the food. There are four kinds of wind, five kinds of bile and five kinds of phlegm which, taken together, are responsible for digesting the food and transforming it into blood, fresh, fat, bone, marrow, etc. Imbalance in the humours either due to excessive use, misuse, or deficiency are said to cause mental as well as bodily malfunctioning. Similarly, psychic conditions affect the functioning of the humours also. For example, "lust, grief and fear increase wind, and anger increases bile. If the wind active in any bodily substance gets disturbed, then it destroys the power of the mental organ (*indriya*) and gives birth to fear, grief, and infatuation. Bile clears the wind and makes it capable of action. The weakness of phlegm induces lethargy, infatuation, greediness, and indiscrimination" (*Charak Samhita*, quoted by S. Kakar 1982, p. 227).

The Psyche. Understanding of the body-mind blend will be incomplete unless we examine what the Hindu System calls subtle body (*linga sharira*) as different from the gross body (*sthul sharira*). The former comes quite close the Greek meaning of psyche.

The subtle body consists of intelligence, impulses, emotions, five potential sense organs and five potential motor organs, the potential energies of sound, touch, color, taste, and smell, and above all "I-ness" or the *atman* which becomes later the nucleus for identity formation. While the gross-body is always in the state of flux and is perishable, the subtle body is ever lasting and hence provides continuity to one's life cycles.

At the moment of fertilization, the subtle body enters the conceptus and brings with it the memory and dispositional traces of one's previous lives as well as the genetic and temperamental influences of the parents and their lineages (*samskara*) and thus contains what we recognise as racial and personal unconscious. The psyche also contains *chitta* (analogous to Id impulses). *Chitta* is like a "monkey, restless by nature, drunk with wine, smarting under the scorpion bite and possessed by a demon" (*Vivekanand* 1953). It is a reservoir of impulses, sensuousness, emotions, and fantasies which constitute the dynamic forces for the Hindu psyche. *Chitta*, however, does not have death instinct. In fact, its real nature is the one pointedness towards the merger of 'I' with the 'other' i. e. The ultimate reality – the merger which again shows the spiritual monism of psyche and the *brahman* through *moksha* (salvation).

The triangular interactions between *samskara*, *chitta*, and the built-in orientation to salvation (*moksha*) result in a combination of three types of temperament: purity (*sattva*), passion (*rajas*), and inertia (*tamas*)

which again have 16 subtypes. The excessive excitation of the latter two causes hypertension and depression respectively. The first is normative which is realised through a proper combination of diet, mental regulation through yoga and meditation, recitation and proper social conduct.

In fact, mental health in such a psycho-somatic framework is believed to be dependent on the balancing of the intra-somatic and intra-psychic as well as psycho-somatic elements and forces by a proper diagnosis of the locii of the imbalance and the proper use of diet, medicine, and meditation with view to purify and pacify the system. An important ingredient of the balancing is the proper social conduct of the person.

The Polis. The proper social conduct is an indispensable ingredient of mental health. *Ayurveda* prescribes 300 noble acts in relation to eating, natural urges, studying, social relations, sexual intercourse, social manners, etc. The healthy person is expected not to be impatient or overbold. "He should neither trustingly rely on everyone nor should be over suspicious of others. He should not demand too much of his intellect or his senses. He should neither be conceited over his achievements nor become dispondent over his loss. He should not act in the fit of anger or of rejoicing . . ." (*Charak Samhita*, quoted by S. Kakar 1982, p. 249). In essence, moderation and balancing in social encounters characterise a healthy person. Such a moderation does not make too strong or too weak demands either on psyche or on soma and thus helps facilitate their functioning. In turn, the psycho-somatic forces induce the person to maintain appropriate social conduct. The dynamic balancing of the tree – psyche, soma and polis – leads to an integrated growth of a person which is the core component in his healthy and spiritual life. Lest this holistic approach is lost into abstraction, the Hindu medical science took pains to provide, as we have seen, a detailed taxonomy in each area of soma, psyche, and polis.

2. *An Alternative Psycho-Somatic Approach*

An integrated growth of the whole person is also the chief concern of Tantra. Tantra traces its roots to *Atharvaveda* which is the classical text on demonology. Tantra shares many ideas with the Hindu, Buddhist and Jain religions as well as draws on many other cults. It conceives human beings as essentially sensuous, striving for supreme bliss, *anand*, which is realised in the pleasure of the intercourse. The incomplete man and woman when join together in an most uninhibited and in fact celebrative way, they become complete and "one" and "whole", and experience the supreme bliss. The integration of man and woman into "one whole" is prototypical of experiencing of androgyny within oneself.

Lord Shiva (*Ardhanariswar*) is the supreme androgyne and is man and woman simultaneously. Androgyny, psychologically speaking, liberates the tantric from the traumas of gender differentiation and hence from the bondages of masculine activity and the feminine passivity.

The androgyny also helps alleviate the painful experiences of separation from the mother – the experiences which often haunt even the adult minds. The “magical breast mother” is again experienced by merging with the mother through an intercourse, symbolically of course. A tantrik actually realises himself by having symbolic intercourses with mother, wife and daughter by projecting the former and the latter in his wife. He thus attains mystical freedom from the mandatory norms of the society.

The tantrik's preoccupation with the mother-image manifests, on one hand, Indian cultural reality of deep and prolonged mother-son relationship; on the other hand, it also signifies the dominance of the mother on the psyche of the son. The dominance assumes the connotation of overwhelming female sexuality which alarms the son and makes him form an alliance with his father whose masculine strength he can use to counteract the threat of feminine sexuality. Oedipal alliance rather than oedipus complex is typical of the Indian psyche.

An adept has to prepare himself/herself for realizing the supreme bliss by going stepwise through a series of exercises (*sadhana*) of body (*yoga*) and mind in order to develop the synthesis of the forces of the two which then equip him/her with occult power, self-control, and focussed receptivity (i.e., *sidhi*). The tantrik practices require that an adept must acquire through the blessing of his/her guru a personal god or goddess depending on his/her gender. The personal god or goddess must be of opposite sex for obvious reasons. The guru also provides the adept a sequence of sound units (*mantra*) for repeated and rhythmic recitation (*jap*). The adept then is required to cut himself from the daily routine and rituals, sit in a patterned posture (*mudra*), concentrate on the visual imagery of the personal god or goddess (as the case may be), use mystical diagrams (*yantra*) as a help, and recite the *mantras* for hours and days during particular periods or months of the year.

The bodily exercises are based on the conceptualization of the subtle body consisting a network of nerves (*nadi*) or conduits of energy and six centres (*chakra* or psychic wheels) which are located “along a line running from a spot (*muladhar*) half-way between the genital organs and the anal orifice, corresponding sacrococcygeal plexus, via the spinal column to a spot on the top of the skull. Along this line there are three major nerves which are the channels of subtle energy. The most important of these channels is the *sushumna*, located in the cerebro-spinal axis” (Kakar 1982, p. 187) . . . On *sushumna*'s left is *ida* and on its right is *pingla* which are masculine and feminine in their nature of energy.

"Fundamentally, the goal of all Indian mystical-spiritual practices, ranging from the tortuously physical to the ineffably contemplative, is to gather the energy that normally flows through *ida* and *pingla* and get it flowing through the central channel, i. e., the *sushumna*. As this energy – the famed *kundalini* – travels upward, it energises and pierces each of the six *chakra* in turn. The particular 'lotuses' associated with these centres then 'open', a metaphor for mental transformation and the opening of the psyche to hitherto inaccessible psychic experiences and knowledge. The energy travels upward till it reaches the top centre, the seat of cosmic consciousness which precede birth and survives death and where the unio mystica takes place" (*Kakar* 1982, p. 187).

When a tantrik realises himself/herself, he/she becomes one with his/her god or goddess, experiences supreme bliss, and develops focussed receptivity to the extent he/she can transcend temporal and spatial barriers. A tantrik can attune himself to the environment and people to the extent that he/she gets what he/she expects and desires. In other words, there develops a complete synchronization of the arousal of a desire and availability of the source through which the desire can be satisfied. There is no frustration, no alienation, no sense of self-estrangement. The tantrik enjoys a state of full mental health.

Mental sickness is believed to be the effect of the malfunctioning of the *chakras* which are caused by (a) the strains and stresses of life, (b) doings and unresolved traumas of previous life, and/or (c) the possession of some evil spirits.

Tantra is known for black magic and miracles for the cure of mental sickness. The healing involves elaborate rituals through which *chakras* are set-right, *kundalini* is activated, and the patient is rejoined with a personal god or goddess (of opposite sex) who energises the person. Even good spirits are called upon to drive away the bad ones which often disturb/possess a patient.

3. *The Other Assorted Healing Traditions*

Only a small percentage of mentally sick persons go to the doctors of traditional medicine. Larger number of patients go to tantriks, mystics, exorcists, shamans, pirs, fakirs and saints. There is no restriction on a patient to consult a number of them simultaneously for a more speedy recovery. There are still larger numbers of mildly disordered persons who are tolerated or even accepted as normal in the Indian society. According to one reviewer (*Prabhu* 1980, p. 260), there exists "a high social tolerance for conditions like simple schizophrenia . . . Behaviour problems of children, addiction, sexual perversions, and personality disorders are also rarely identified as deviant in the Indian set-up".

Opinions differ regarding the reasons for this tolerance. For the west-

ern-oriented therapists who believe in institutionalised systems of treatment, the reasons lie in the poverty, illiteracy and greater preoccupation with the more emergent problems of physical health. Others identify a larger number of built-in therapeutic mechanisms in the Indian society which take care of mental sickness without labelling the patients as such. A psychoanalytically oriented psychotherapist observes: "I was . . . repeatedly struck by the overwhelming role that the 'therapeutic' occupies in Indian culture and society, the sheer number of healers and the variety of their healing offers being only one manifestation of this traditional Indian preoccupation. . . . Indian society is organized around the primacy of the therapeutic in the sense that Indians seem to emphasize protection and caring in their social (and political) relations more than the values of performance or equality" (Kakar, p. 272).

Hindu Metaphysic and Demonology. Most of the indigenous healing traditions draw upon the essence of Hindu metaphysics and share the Hindu belief in the spirits and supernatural forces.

The Hindu monism contends that the one ultimate reality, *brahman*, expresses itself in millions of gods and goddesses, in addition to animate and inanimate beings. These gods and goddesses are themselves arranged in a hierarchy – the lower rungs occupied by those who are closer to the human beings. They are the personal, the family, and the village gods and goddesses (primarily goddesses) who are primarily benevolent unless the believers fail to worship them properly. In other words, they are benign but could be potentially dangerous too. Their blessings and proximity protect the believers against the bad spirits, but their wrath can cause a disaster. A mentally sick person if appeals to the appropriate god or goddess through a series of rituals, he or she will get connected to the higher order energy source which will strengthen him/her to fight back the evil spirits, and to enjoy mental peace and prosperity.

The Bhuta. The spirits, *bhutas*, too are both benevolent as well as malevolent. *Bhuta* means 'the past', that is, the subtle body of a person when he dies may become a *bhuta* because of a number of reasons. If a person dies an accidental death, his/her body-carrier for the next life may not yet be ready and hence he or she may have to live as a spirit for a while. Or, a person's lust and greed might haunt him even after his death. Or, as long as the death ceremonies are not properly solemnised, a dead person's subtle body remains a *bhuta*.

In all cases, a *bhuta* is a subtle body whose desires were unfulfilled either because they were too undesirable or because he or she could not get the opportunity to satisfy them. A *bhuta* strives to satisfy those unfulfilled desires by possessing a human body. Psychologically, one can readily see a connection between *bhuta* and the repressed desires which, through a process of dissociation, constitute a separate entity. A *bhuta* could be male or female, child or adult, Hindu or Muslim. Depending

on the nature of the desires and the sex and age of the diseased, there are many categories of *bhutas*. The more undesirable were the unfulfilled desires, the stronger is the *bhuta* who is also perceived to be more alienated. For example, a Muslim *bhuta* is much more stubborn than the Hindu ones for a Hindu victim (*Kakar*, p. 63).

The benevolent spirits are in the service of lower level gods and goddesses who cannot step too low to fight out the malevolent spirits. They are also the helpers of saints, trantriks, and priests who summon them in order to help mentally troubled or possessed persons.

The Healer. Thus a healer is perceived to be closely associated with the higher order psychic energy through a chain of supernatural and spiritual linkages and thus has the power to drive away a bad spirit from a possessed body. There are always some miracles of unusual happenings associated with the birth or the life of a healer which make it look as if he or she is the chosen one for bestowing blessings on the needy persons.

The power to cure also lies in the fact that the healer has alleviated himself from the mundane preoccupations of common people, has developed a detached life style, and yet has motherly nurturance and concern for the troubled people. For that matter, even a doctor of medicine is expected to develop into a yogi who can readily empathize and identify with the patients. Ideally a doctor of traditional medicine in India is expected to prepare medicine under his personal supervision and at times for individual patients. He is also expected to take personal interest in the preparation of food for the patients and their dietary habits.

The healer is advised not to care for money. Many would not touch money and would live an ascetic life. During the process of divination, both the healer and the patient are possessed by the benevolent and malevolent spirits and thus they both share the delusions and hallucinations. Delusions and hallucinations in such a setting lose their pathological connotations and are made to look like real phenomena. As a result, the spirits are described quite vividly and in such a great detail that one tends to take them for real. Even normal adults report encountering them without any sense of being pathological.

The Patient, on the contrary, suffers from a feeling of being possessed, weak and devoid of self-esteem. The psyche is exhausted by stresses and strains of life or by the unsuccessful efforts to repress sexual desires which the strict Indian society ruthlessly prohibits. The patient carries a feeling of being "polluted" inside which symbolically means being guilty of entertaining "dirty" (sexual) thoughts. Hence the healing is a spiritual journey to health, purity and wholeness. The patient comes to the healer with heightened expectancy and trust. At times he/she gets a vision as to which temple, *mazar* (a place where a sacred muslim soul rests), mystics, saints or healer he/she should go (*Kakar*, p. 143).

The healer is imbued with divine energy. He is idealized and identified with a hope that psychic energy of the healer will start flowing into the patient's system. The surrender of the patient to the healer is total. There is no striving for autonomy, nor for individuality and freedom (Kakar, p. 276).

There is no effort either on the part of the patient or the healer to decode and to understand the symptoms or to go into their underlying psychodynamics. The healing is directed to change the person's feelings about himself by connecting him to the sources of psychological strength. Insight into the causes of disease is undermined in favour of faith in the healer and the spiritual and supernatural sources to which one must surrender. Thus the success of a healing is contingent on the strength of one's faith rather than the expertise of the healer (Kakar, p. 88). At times a healer openly admits that he is just an instrument to transmit the needs and requests of a patient to the god or goddess and hope that the patient's prayer would be listened to. His effectiveness then lies in his being divinely possessed.

The Healing Processes. The healing processes are varied and invariably involve elaborate rituals which are directed to drive away the bad spirits and to connect the patient to divine sources of energy and strength. Quite often a healer, particularly an exorcist, attempts to inflict so much of pain and hardship on the body of a patient that the spirit, it is alleged, leaves the body. The process is obviously primitive, torturous and inhuman. Illiterate and poor patients in general and middle class patients in villages are the easy victims. For others, the healing processes are ritualistic and elaborate but not necessarily painful. The patient is generally induced into a framework of mind where the possessing spirit(s) speaks out and then is forced out by the divine spirit. Creating such mood and milieu is the joint responsibility of the healer, the patient, and his/her friends, family members, and relatives.

The Collective's Participation is a special feature of Indian therapeutic traditions. Indian patients never come to a healer alone. The family members, near relatives, neighbours and friends accompany and in fact bring the patient to a healer. They participate throughout the healing processes. There is evidence from the Psychiatric Hospital of the Christian Medical College in Vellore (South India) that "the relatives of patients are actively involved in the treatment programme. . . . The presence of the relatives with the patient is a comforting experience to the patients, especially to those who are leaving their home for the first time" (Varghese 1978).

Even a possessed patient is taken to a healer, a temple, or a *mazar* by the family members, relatives and friends. This itself enhances the emotional investment of a patient to get cured. The patient does not have the feeling of isolation. The accomplices actively discuss the symptoms with

the accomplices of other patients, the experiences of getting cured by the ex-patients who come to pay respect and offerings for their cure, and constantly extoll the power of the divine healer. "In such therapeutic group sessions, the most intimate details of individual's distress are revealed, speculations on the probable origins of the spirit are advanced and the possible outcome of a particular healing ritual debated. Besides lessening any residual feelings of shame, the public sharing of the illness certainly makes malignant spirits lose their private terrors" (Kakar 1982, p. 85). Quite often the accomplices, particularly the family members, appeal and get the spirits transferred to them. Such a collective endeavour and involvement provide strong emotional support to the patient who therefore has less trouble in adjusting once he or she is back to the real life setting. It seems that social energy (Ammon, Ammon und Griepenstroh 1981; J. B. P. Sinha 1983) is a critical factor in the Indian therapeutics.

4. Summary

The Indian concepts of health and healing are as varied and diverse as the life and people of India are. Despite such diversity, they share the cultural heritage which emphasises wholeness of human beings, their need for faith and spirituality in therapeutic efforts, balancing of intra- and intersystemic forces, and above all individual's embeddedness into social collectives. Most of these components in their essence are recognised to some extent in the theory and practices of the Berlin School of Dynamic Psychiatry. It is this commonness which makes the Dynamic Psychiatry so relevant to the Indian setting.

Vorstellungen über Gesundheit und Heilung in Indien

Jai B. P. Sinha (Patna)

Das Spektrum der Behandlungsmöglichkeiten psychischer Erkrankungen in Indien reicht von den traditionellen Heilweisen und Glaubensheilungen bis hin zu zunehmend verbreiteten westlichen Methoden wie Psychoanalyse, Verhaltenstherapie und anderen; gegenseitige Beeinflussungen finden dabei kontinuierlich statt. Erforscht wurden in den letzten Jahren in Indien zunehmend die westlichen Ansätze, während die größere praktische Bedeutung den verschiedensten indischen Heiltraditionen zukommt, die meisten psychisch Kranken werden nämlich von den traditionellen Ärzten, den örtlichen Heilern, Schama-

nen, Tantrikern und Heiligen behandelt. Deshalb ist es das Anliegen der vorliegenden Arbeit, das Gemeinsame in den Konzepten und den zugrundeliegenden Vorstellungen dieser oft sehr unterschiedlichen Heilweisen herauszuarbeiten und die sich daraus ergebende Bedeutung der Dynamischen Psychiatrie für Indien aufzuzeigen.

In allen indischen Systemen wird die Ganzheitlichkeit der Person betont, ein gesunder Mensch ist *swastha*, das Ich oder *atman* ist ausgewogen in einem Zustand dynamischen Gleichgewichts zwischen Psyche, Soma und Polis, jede Störung in einem Bereich beeinflusst die anderen, Körper und Seele werden als Einheit verstanden, jeder einzelne Bereich ist wiederum in sich in dynamischem Gleichgewicht:

Die Elemente des Körpers sind Erde, Feuer, Wind, Wasser und Äther, die untereinander und mit der Umwelt wie z. B. Klima, Landschaft und Planeten in Beziehung stehen. Eine körperliche Untersuchung in der *Ayurveda*-Medizin berücksichtigt auch Gefühle und die soziale Umgebung des Menschen und seine realen Lebensbedingungen. Das Gleichgewicht im Körper liegt im Zusammenspiel von Wind, Galle und Schleim, die Ernährung spielt dabei eine hervorragende Rolle. Unausgewogenheiten in diesem Bereich führen ebenso zu seelischen Störungen wie auch umgekehrt, z. B. vermehren Gier und Furcht den Wind, Ärger die Galle; ist der Wind gestört, entstehen Furcht und Sorge.

Zur Psyche, im Hindu-System der feine Körper oder *linga sharira*, gehören die Intelligenz, Bedürfnisse, Gefühle, die Sinnesorgane und vor allem das Ich oder *atman*, der Kern der Identität, der unvergänglich ist. Die Psyche vereinigt beim Gesunden in Ausgewogenheit die Einflüsse der Vergangenheit als *samskara*, die unbewußten Antriebe, Gefühle, Bedürfnisse als *chitta* und gleichzeitig die Wünsche nach Erlösung und Verschmelzung mit dem Weltgeist *brahman* als *moksha*. Aus dem Zusammenspiel dieser Kräfte entstehen die verschiedenen Temperamente, die ihrerseits wieder den Körper beeinflussen.

Ein unverzichtbarer Bestandteil seelischer Gesundheit liegt in der Polis, im sozialen Verhalten des Menschen im alltäglichen Umgang mit sich selbst und den Menschen seiner Umgebung, der beim Gesunden durch Mäßigkeit und Ausgeglichenheit gekennzeichnet ist.

Auch im Tantrismus ist die Entwicklung der Persönlichkeit das Ziel, das erreicht wird durch das Erleben höchster Seligkeit im ritualisierten sexuellen Kontakt. Mann und Frau werden gemeinsam ein Ganzes und erleben sich ganzheitlich und androgyn, nach dem Vorbild des androgynen *Shiva Ardhanariswar*, der Mann und Frau gleichzeitig ist. Die androgyne Erfahrung im tantrischen Ritual dient der Befreiung von Abhängigkeiten und Normen.

Der Tantra-Schüler lernt unter Anleitung eines Guru schrittweise okkulte Macht, Selbstbeherrschung und konzentrierte Erlebnisfähigkeit

zu erlangen, beginnend mit Yoga, Mantras und Meditation. Die körperlichen Übungen haben das Ziel, die Energie im Körper zu konzentrieren, damit sie als *kundalini* die *chakras*, die Energiezentren des Körpers bewegt. Dann werden höhere psychische Erfahrungen und spirituelle Einsichten möglich.

Literature

- Ammon, G., Ammon, Gisela; Griepenstroh, D.* (1981): The principles of social energy – gliding scale and regulation. In: *Dyn. Psychiat.* (14) 12–15
- Kakar, S.* (1982): *Shamans, Mystics and Doctors.* (New Delhi: Oxford University Press)
- Krishnan, B.* (1972): Clinical Psychology. In: *S. K. Mitra* (ed.): *A Survey of Research in Psychology.* ICSSR Publication. (Bombay: Popular Prakashan)
- Murthy, H. N.* (1980): Counselling and Therapy. In: *U. Pareek* (ed.): *A Survey of Research in Psychology, 1971–1976.* ICSSR Publication. (Bombay: Popular Prakashan)
- Prabhu, G. C.* (1980): Deviance and Pathology. In: *U. Pareek* (ed.): *A Survey of Research in Psychology, 1971–1976.* ICSSR Publication. (Bombay: Popular Prakashan)
- Sinha, J. B. P.* (1983): Social Energy for Work Values. In: *Dyn. Psychiat.* (16) 325–336
- Varghese, A.* (1978): Involvement of families in mental health care. In: *CMC Alumni Journal* (12) 83–87
- Vivekanand, S.* (1953): *The Yogas and Other Works.* Edited by *S. Nikhilanand.* (New York: Ram Krishna Centre)

Author's Address:

Prof. Jai B. P. Sinha, Ph. D.
A. N. S. Institute of Social Studies
Patna, Bihar, 800 001 India

Juristische Aspekte der Psychiatrie in der Gesetzgebung der UdSSR**

E. A. Babayan (Moskau)*

Prof. E. A. Babayan informiert detailliert über das Diagnoseverfahren bei psychischen Erkrankungen in der UdSSR, sowie über die Frage der ‚dringlichen Hospitalisierung‘ von ‚Geisteskranken‘, d. h. ohne die Genehmigung des Patienten und seiner Verwandten. In diesem Falle wird der Patient z. B. von 6–7 Psychiatern eingehend untersucht, die ihre jeweilige Einschätzung schriftlich fixieren und gegenteilige Meinungen ebenfalls mit Unterschrift niederlegen. Weiter informiert uns die Arbeit, auch mit Beispielen aus den jeweils relevanten Artikeln aus der Gesetzgebung der UdSSR, in interessanter Darstellung über das gerichtliche Verfahren in bezug auf die Zurechnungsfähigkeit eines Patienten zum Zeitpunkt der Verübung einer ‚gesellschaftsgefährdenden Handlung‘. Die Definition der Unzurechnungsfähigkeit beruht in der sowjetischen Gesetzgebung auf der Verbindung einer medizinischen und einer juristischen (d. i. psychologischen) Beurteilung.

Hinsichtlich den zu erstellenden gerichtspsychiatrischen Expertisen war es den sowjetischen Wissenschaftlern in bezug auf die Beurteilung von sog. Grenzfällen wichtig, Dr. Ammon zu einem Vortrag über die Differentialdiagnose von Schizophrenie und Borderline-Erkrankung zu einem Symposium einzuladen, das unter dem Thema: ‚Theoretical and Clinical Problems of Modern Psychiatry and Narcology‘ mit internationaler Beteiligung vom 17.–20. Mai 1984 in Baku stattfand.

Der Artikel wurde Dr. Ammon vom sowjetischen Gesundheitsministerium zur Verfügung gestellt und beim Besuch desselben von Prof. Babayan überreicht.

Wir möchten es dem westlichen Leser selbst überlassen, sich ein Urteil über die in der Diskussion stehende forensische Psychiatrie der UdSSR zu bilden und drucken deshalb das uns zur Verfügung stehende Quellenmaterial in unserer Zeitschrift vollständig ab.

Der Artikel stellt sehr genau die einzelnen Verfahrensweisen und mannigfaltigen Vernetzungen der Diskussionen der verschiedenen Fachleute dar, die erfolgen, bis eine Bestimmung, wie zum Beispiel die Auferlegung einer Zwangstherapie, ergangen ist. Wobei der Autor betont, daß sich die nachfolgenden Methoden und Mittel der Behandlung nicht von denen unterscheiden, mit denen ‚Geisteskranken‘ mit rein medizinischer Indikation behandelt werden.

Der Autor beschreibt das Ziel der Maßnahmen und Verfahrensweisen darin, die maximalen Rechte der Persönlichkeit der ‚Geisteskranken‘ zu gewährleisten.

Zur Organisation der psychiatrischen Betreuung gehören in jedem Land die Fragen der Rechtsstellung der Geisteskranken.

Die Gesetzgebung der UdSSR zu Fragen der Psychiatrie macht sich in erster Linie zur Aufgabe, einerseits die Interessen der Geisteskranken maximal zu wahren und andererseits für den Arzt optimale Bedingungen zu schaffen, um die vor ihm stehenden humanen Aufgaben, den Geisteskranken psychiatrische Hilfe zu leisten sowie die Gesellschaft vor den gesellschaftsgefährdenden Handlungen der Geisteskranken zu schützen, erfüllen zu können.

In Anbetracht des einheitlichen Charakters dieser Ziele ist es selbstverständlich, daß die Gesetzgebung auf allen Ebenen Bestimmungen

* Prof. Dr. med., Abteilungsleiter im Gesundheitsministerium der UdSSR, Präsident des Ständigen Rates für Psychiatrische Probleme

** Diese Abhandlung wurde Dr. Ammon bei seinem Besuch des Gesundheitsministeriums in Moskau von Prof. Babayan überreicht

enthält, die sowohl den Geisteskranken selbst, als auch den Arzt und den psychiatrischen Dienst als Ganzes betreffen.

Bereits die erste Begegnung des Arztes mit dem Patienten, in unserem Fall mit einem Geisteskranken und seinen Verwandten, erfordert gegenseitiges Vertrauen und Verständnis, und daraus ergibt sich eine scheinbare Teilfrage – das Arztgeheimnis. Artikel 16 der Grundlagen der Gesetzgebung der UdSSR und der Unionsrepubliken über das Gesundheitswesen, die vom Obersten Sowjet der UdSSR bestätigt wurden, beinhaltet die Pflicht, das Arztgeheimnis zu wahren: „Ärzte und anderes medizinisches Personal sind nicht berechtigt, die ihnen bei der beruflichen Pflichterfüllung bekannt gewordenen Angaben über die Krankheit, das intime und familiäre Leben des Patienten preiszugeben“ (Erlaß vom 19. 12. 69 Nr. 4589-VII.).

„... immer bereit sein, medizinische Hilfe zu leisten, dem Patienten gegenüber aufmerksam und fürsorglich sein, *das Arztgeheimnis wahren*“, lautet der Eid des Arztes in der Sowjetunion.

Nicht weniger wesentlich ist das Recht, Methoden und Mittel der Diagnostik und Therapie, darunter auch Arzneimittel anzuwenden. In Artikel 34 der Grundlagen der Gesetzgebung der UdSSR und der Unionsrepubliken über das Gesundheitswesen zu Fragen der Anwendung der diagnostischen und therapeutischen Methoden sowie der Arzneimittel steht klar und deutlich: „In der medizinischen Praxis wenden die Ärzte Methoden der Diagnostik, Prophylaxe und Therapie sowie Arzneimittel an, die vom Ministerium für Gesundheitswesen der UdSSR zugelassen sind.“

Das Ministerium für Gesundheitswesen der UdSSR ist also die einzige Institution, die befugt ist, die Anwendung neuer Methoden und Mittel der Diagnostik und Therapie zu genehmigen. Zu diesem Zweck verfügt das Ministerium für Gesundheitswesen der UdSSR über spezielle wissenschaftliche Institute und Gutachterkomitees, denen hochqualifizierte Spezialisten und Wissenschaftler angehören.

Das Ministerium für Gesundheitswesen überprüft periodisch alle Methoden und Mittel und limitiert oder verbietet diejenigen, die sich nicht bewährt haben. So untersuchte es in den Jahren 1949–50 die Erfahrungen bei der Anwendung der Leukotomie und Lobektomie zur Behandlung der Geisteskranken im In- und Ausland. Nach Auswertung der wissenschaftlichen Daten und der praktischen Erfahrungen verbot das Ministerium bereits im Dezember 1950 die Anwendung dieser Methoden als brutal, die Patienten beeinträchtigend, wissenschaftlich unbegründet und nicht effektiv. Dies war ein außerordentlich wichtiger und humaner Schritt.

Unter Berücksichtigung der großen Erfahrungen änderte das Ministerium für Gesundheitswesen der UdSSR mehrmals die Anweisung zur Anwendung der Elektroschocktherapie und beschränkte die Schock-

zahl und die Indikationen für die Elektroschocktherapie streng. Heute wird der Elektroschock äußerst selten angewandt. Die Ärztekommision der entsprechenden Institutionen entscheidet über die Zweckmäßigkeit der Elektroschocktherapie beim betreffenden Patienten im Rahmen der vom Ministerium für Gesundheitswesen der UdSSR bestätigten Indikationen. Dabei werden die wissenschaftlichen Angaben darüber berücksichtigt, daß der Elektroschock bei wiederholten Anwendungen Mikrozirkulationsstörungen im zentralen Nervensystem, Punktblutergüsse, Veränderungen im Gliagewebe des zentralen Nervensystems u. a. m. hervorrufen kann.

Es muß auch darauf hingewiesen werden, daß das Ministerium für Gesundheitswesen der UdSSR bereits im März 1976 die Anwendung von Lysergin und Diathylamid der Lyserginsäure (LSD-25, LSD) bei Menschen zu jeglichen Zwecken auf dem gesamten Territorium der Sowjetunion kategorisch verboten hat.

Angesichts der spezifischen Besonderheiten der Geisteskrankheiten nehmen Fragen der Unterbringung des Patienten in der psychiatrischen Klinik einen wichtigen Platz in der Gesetzgebung ein. Die juristischen Aspekte der Hospitalisierung lenken die Aufmerksamkeit nicht nur der Psychiater, sondern auch der Juristen, Soziologen und Persönlichkeiten des öffentlichen Lebens auf sich.

Bekanntlich werden in unserem Lande Fragen der Einweisung und Entlassung von Geisteskranken aus der psychiatrischen Klinik, im Gegensatz zu einigen anderen Ländern, nur vom medizinischen Standpunkt aus gelöst. Nachdem vom Psychiater eines Dispensaires oder einer Poliklinik die Tatsache einer psychischen Erkrankung festgestellt wurde und Indikationen für eine stationäre Behandlung bestehen, wird der Patient in eine psychiatrische Klinik überwiesen. Der diensthabende Arzt des Krankenhauses untersucht den Patienten persönlich und hospitalisiert ihn. Zweifelt er an der Zweckmäßigkeit der Hospitalisierung, so kann er den Chefarzt, seinen Stellvertreter für Therapiefragen oder einen der Stationsleiter zu Rate ziehen. In der Station wird der Patient vom behandelnden Arzt, falls notwendig auch vom Stationsleiter untersucht. Auf diese Weise wird der Patient *von mindestens 3 Psychiatern* untersucht, bevor er endgültig in die psychiatrische Klinik untergebracht wird, um so Fehlentscheidungen zu verhindern. Der Patient wird vom behandelnden Arzt und vom Stationsleiter der Klinik persönlich entlassen.

Die beschriebene Ordnung bei der Stationierung von Geisteskranken bewährt sich durchaus. In der russischen Psychiatrie ist sie traditionell.

Etwas anders gelagert ist das Problem der dringlichen Hospitalisierung der Geisteskranken, d. h. ohne die Genehmigung des Patienten und seiner Verwandten. Diese Frage wird aktuell im Falle, wenn der Patient für sich selbst oder für die Umgebung gefährlich wird (delirante

Suizidversuche, Mordversuche und andere gefährliche Handlungsweisen).

Artikel 36 der Grundlagen der Gesetzgebung der UdSSR und der Unionsrepubliken über das Gesundheitswesen lautet:

„Zwecks Gesundheitsschutz der Bevölkerung sind die Organe des Gesundheitswesens verpflichtet, spezielle vorbeugende und therapeutische Maßnahmen gegen die die Umgebung gefährdenden Erkrankungen (Tuberkulose, *psychische* Erkrankungen, Geschlechtskrankheiten, Lepra, chronischer Alkoholismus, Rauschgiftsucht sowie Quarantäneerkrankungen) zu treffen.“

Weiter heißt es:

„Die Gesetzgebung der UdSSR und der Unionsrepubliken kann Fälle und Ordnung der zwangsweisen Heilbehandlung und zwangsweisen Hospitalisierung von Personen festlegen, die an den erwähnten Erkrankungen leiden.“

Entsprechend der heutigen Rechtslage werden die Fragen der dringlichen Hospitalisierung in der UdSSR ausnahmslos von der medizinischen Psychiaterkommission entschieden. Falls notwendig, unterstützen die öffentlichen Verwaltungsorgane auf Bitte der Psychiater die Hospitalisierung des Patienten. Der Psychiater ist verpflichtet, die Einheit der medizinischen und sozialen Indikationen für eine dringliche Überweisung dieser Patienten in die psychiatrische Klinik klar und detailliert zu begründen. In der psychiatrischen Klinik wird der Patient vom Psychiater vor der Aufnahme untersucht, und dann muß er innerhalb von 24 Stunden von einer Kommission aus 3 Psychiatern untersucht werden, um über die Gesetzlichkeit der Hospitalisierung und des Aufenthalts in der Klinik zu entscheiden. Danach wird ihre Entscheidung in der Krankheitsgeschichte mit entsprechenden Unterschriften fixiert. Sollte ein Mitglied dieser Kommission anderer Meinung sein, so kann es sie schriftlich niederlegen. Die Klinik informiert die Familienangehörigen des Patienten sofort über die Hospitalisierung. Je nach psychischem und somatischem Zustand wird der Patient in die seinem Zustand entsprechende Station aufgenommen. Hier, auf der Station, wird er vom behandelnden Arzt und, falls dieser es für notwendig hält, vom Stationsleiter untersucht.

Ich möchte betonen, daß bei dringlicher Hospitalisierung der Patient von 6–7 Psychiatern eingehend untersucht wird, bevor er, bildhaft gesagt, ins Krankenbett kommt. Dieser „ärztliche Filter“ kann Fehler erfolgreich aufdecken (falls es solche gab). Einmal monatlich wird der Patient außer vom behandelnden Arzt, der ihn regelmäßig behandelt und eingehend untersucht, auch von einer Ärztekommision aus 3 Psychiatern untersucht, die dann die Ergebnisse der Behandlung analysiert und über die Zweckmäßigkeit der Fortsetzung der Behandlung oder die Entlassung des Patienten abhängig vom Zustand und den Ergebnissen entscheidet. Bei positiven Ergebnissen der Behandlung wird der Patient ebenso wie alle anderen Geisteskranken aus der Klinik entlassen.

Es sei hier betont, daß Affektreaktionen und asoziale Verhaltensfor-

men bei Personen, *die an keiner Geisteserkrankung leiden, sondern psychische Anomalien wie psychopathische Charakterzüge, neurotische Reaktionen, unscharf ausgeprägte Schädelverletzungsfolgen usw. aufweisen, keine Indikationen für dringliche Hospitalisierung sind.* In Fällen, in denen das gesellschaftsgefährdende Verhalten einer Person eine psychische Störung vermuten läßt, die jedoch *nicht augenscheinlich* ist, darf diese Person nicht dringlich hospitalisiert werden. Die erwähnten Personen, die wegen gesellschaftsgefährdenden Verhaltens festgenommen werden, sind von den Rechtsschutzorganen entsprechend der Strafprozeßgesetzgebung zur gerichtspsychiatrischen Expertise zu überweisen.

Ich halte es für wichtig, daß weder der Aufenthalt in der psychiatrischen Klinik während der stationären Behandlung noch die Tatsache der Registrierung im psychoneurologischen Dispensaire wegen einer psychischen Erkrankung den Patienten geschäftsunfähig macht, falls die spezielle Psychiaterkommission zu dieser Frage kein Gutachten abgegeben hat und kein Gerichtsentscheid vorliegt.

Artikel 15 des Zivilgesetzbuches der RSFSR lautet:

„Der Bürger, der wegen geistiger Erkrankung oder Schwachsinn die Bedeutung seiner Handlungen nicht verstehen oder sie nicht steuern kann, darf vom Gericht entsprechend der vom Zivilprozeßgesetzbuch der RSFSR festgelegten Ordnung als geschäftsunfähig anerkannt werden.“

Die Voraussetzungen für die Anerkennung eines Bürgers als geschäftsunfähig sind vom Artikel 258 des Zivilprozeßgesetzbuches der RSFSR festgelegt, der lautet:

„Ein Prozeß über die Anerkennung eines Bürgers als geschäftsunfähig wegen geistiger Erkrankung oder Schwachsinn kann auf Antrag seiner Familienmitglieder, der Gewerkschaft und anderer gesellschaftlicher Organisationen, des Staatsanwalts, des Vormund- und Pflegschaftsorgans oder der psychiatrischen Heilanstalt eingeleitet werden.“

In oben erwähnten Fällen werden dem Geisteskranken das Recht nicht entzogen an Wahlen teilzunehmen, falls die ärztliche Kommission ihn laut der Verfassung der UdSSR nicht als „geistesgestört“ erklärt.

Von grundlegender Bedeutung sind die Fragen der Rechte von Geisteskranken in der Gesellschaft.

Die Geisteskranken, wie auch die anderen Bürger unseres Landes, haben laut Gesetzgebung das Recht auf materielle Altersfürsorge sowie Unterstützung im Falle von Erkrankung und Verlust der Arbeitsfähigkeit.

Geisteskranke haben auch das Recht auf Ausbildung. Psychische Erkrankungen sind keine Kontraindikation bei der Immatrikulation in viele Hoch- und Mittelschulen. Die Ärztekommision berücksichtigt in diesen Fällen nicht so sehr die Erkrankungsdiagnose, als vielmehr den Zustand des Patienten zum Zeitpunkt der Untersuchung und die Zukunftsprognose.

Eine Ehe, die im Zustand einer psychischen Erkrankung geschlossen wurde, kann für ungültig erklärt werden. Entsprechend dem Gesetz-

buch über Ehe, Familie und Vormundschaft sind Ehen zwischen Personen, von denen mindestens eine gesetzlich als schwachsinnig oder geisteskrank erklärt wurde, nicht zu registrieren. Die Ehe kann auf Antrag eines Gatten bei Nachweis einer chronischen geistigen Erkrankung des anderen Ehepartners durch die entsprechende psychiatrische Kommission geschieden werden. Der kranke Ehepartner hat aber das Recht auf materielle Unterstützung seitens des anderen Ehepartners auch nach der Scheidung, falls der andere laut Gerichtsentschluß fähig ist, ihn materiell zu unterstützen. Das Sorgerecht für die Kinder erhält der gesunde Elternteil.

Da Geisteskranke in vielen Fällen über ihr Vermögen nicht richtig verfügen sowie ihre Pflicht als Mitglied der Gesellschaft nicht erfüllen können, ist in unserer Gesetzgebung speziell vorgesehen, in welcher Beziehung die Rechte der Geisteskranken einzuschränken sind.

Laut den entsprechenden Artikeln der Zivilgesetzbücher der Unionsrepubliken dürfen volljährige Personen vom Gericht für geschäftsunfähig erklärt werden, falls sie infolge ihrer geistigen Erkrankung oder Schwachsinn ihre Angelegenheiten nicht führen können. Diese Kategorie von Patienten kann unter Vormundschaft gestellt werden.

Vormundschaft bedeutet, daß die bevormundete Person als absolut geschäftsunfähig erklärt wurde, d. h., nicht berechtigt ist, nach eigenem Ermessen ihre Bürgerrechte und -pflichten zu erfüllen. Die Vormundschaft zielt darauf ab, die Persönlichkeit des Geschäftsunfähigen, seine gesetzlichen Rechte und Interessen sowie auch sein Vermögen in den vom Gesetz vorgesehenen Fällen zu schützen.

Die Geschäftsunfähigkeit der Bürger, die an geistiger Erkrankung oder an Schwachsinn leiden, wird nur vom Gericht festgelegt. Die Entscheidung über den Geschäftsfähigkeitsentzug und die Auferlegung der Vormundschaft wird unter Berücksichtigung des faktischen Gesundheitszustandes des Patienten gefällt.

Die sowjetische Gesetzgebung erteilt der Aktivität der gerichtspsychiatrischen Expertise die breitesten Möglichkeiten, da eine der wichtigsten Prozeßgarantien, die die Möglichkeit einer unbegründeten Verurteilung ausschließen, das gerichtspsychiatrische Sachverständigengutachten ist.

Die Expertise untersteht in der Sowjetunion dem Gesundheitswesen und wird nicht von der interessierten Seite bezahlt, was ein Faktor für ein maximal objektives Gutachten ist.

In den Grundlagen der Gesetzgebung der Sowjetunion und der Unionsrepubliken über das Gesundheitswesen, die vom Gesetz der UdSSR vom 19. 12. 1969 bestätigt wurden (Beschluß des Obersten Sowjets der UdSSR), heißt es in Artikel 51 (gerichtsmedizinisches und gerichtspsychiatrisches Gutachten):

„Die gerichtsmedizinische und gerichtspsychiatrische Expertise erfolgt entsprechend der Gesetzgebung der UdSSR und der Unionsrepubliken auf Anordnung der Person, die die Ermittlung durchführt, des Untersuchungsrichters, des Staatsanwalts sowie auf Gerichtsbeschuß. Das Vorgehen bei der Organisation und Durchführung der gerichtsmedizinischen und gerichtspsychiatrischen Expertise wird vom Ministerium für Gesundheitswesen der UdSSR nach Übereinkunft mit dem Obersten Sowjet der UdSSR, der Staatsanwaltschaft der UdSSR, dem Ministerium des Innern der UdSSR und anderen Institutionen festgelegt.“

Obwohl das Recht, die Expertise anzuordnen, die Ermittlungs- und Gerichtsorgane haben, hat auch der Angeklagte ebenso wie seine Verwandten, sein Rechtsanwalt und Ärzte das Recht, sie bei diesen Institutionen zu beantragen.

Die gerichtspsychiatrische Expertise kann auch während der Voruntersuchung sowie während der Gerichtsverhandlung und der Strafverbüßung angeordnet werden. Die Organisation der gerichtspsychiatrischen Expertise in der UdSSR gibt also die Möglichkeit, geisteskranke Personen bereits während der Untersuchung zu ermitteln und sie zu behandeln.

Die der gerichtspsychiatrischen Expertise zukommenden Aufgaben sind mannigfaltig. Sie können folgendes beinhalten: Bestimmung des psychischen Zustands und Schlußfolgerung über die Zurechnungsfähigkeit der festgenommenen oder strafrechtlich verantwortlichen Personen, an deren psychischer Gesundheit die Ermittlungsorgane und das Gericht zweifeln, sowie Bestimmung ihres psychischen Zustands während der Untersuchung und Schlußfolgerung über die erforderlichen medizinischen Maßnahmen in bezug auf Personen, die als unzurechnungsfähig erklärt werden oder nach dem Verbrechen psychisch erkrankten, sowie Bestimmung des psychischen Zustands der Personen, bei denen Zeichen einer psychischen Störung während der Strafverbüßung nachgewiesen wurden, und Schlußfolgerung über die erforderlichen medizinischen Maßnahmen in bezug auf diese Personen.

In einer Reihe von Fällen handelt es sich um die Bestimmung des psychischen Zustands von Klägern und Zeugen, um die Notwendigkeit einer Schlußfolgerung über die Geschäftsfähigkeit der Personen, an deren psychischer Gesundheit das Gericht zweifelt.

Die gerichtspsychiatrische Expertise wird stationär, ambulant, beim Gericht, beim Untersuchungsrichter oder – in Sonderfällen – in Abwesenheit des Probanden anhand der Sachdokumente durchgeführt.

Für die Durchführung der gerichtspsychiatrischen Expertise sind von den Gesundheitsorganen spezielle gerichtspsychiatrische Stationen bei psychiatrischen Krankenhäusern organisiert worden, die auf derselben Basis wie alle anderen Stationen dieser Krankenhäuser funktionieren (stationäre Expertise) und gerichtspsychiatrische Kommissionen bei Dispensaires (ambulante Expertise).

Das gerichtspsychiatrische Gutachten über die psychische Gesundheit, über die Zurechnungsfähigkeit oder Geschäftsfähigkeit wird auf

Grund einer eingehenden psychiatrischen Untersuchung des Probanden, Analyse der Dokumente zum Strafverfahren, die den Sachverständigen vorbehaltlos zur Verfügung gestellt werden, und der Angaben über das vergangene Leben des Probanden, der Dokumente und Bescheinigungen über die in der Vergangenheit überstandenen Erkrankungen verfaßt.

Das gerichtspsychiatrische Gutachten wird in Form eines Protokolls aktenkundig gemacht, das von allen Mitgliedern der Kommission unterzeichnet wird, die für seinen Inhalt gleich verantwortlich sind. Falls einer der Sachverständigen mit dem Gutachten der Kommission nicht einverstanden ist, hat er das Recht, das Protokoll nicht zu unterzeichnen und seine eigene Meinung zum Ausdruck zu bringen, die der Akte beigefügt wird.

Falls das Gutachten als ungenügend klar oder unvollständig erklärt wird oder es zu Meinungsverschiedenheiten zwischen den Sachverständigen kommt, sowie im Falle des Nichteinverständnisses des Gerichts mit dem Gutachten, wenden sich die Ermittlungsorgane an die Organe des Gesundheitswesens mit der Bitte, eine nochmalige Expertise anzuordnen, indem sie die Gründe ihres Nichteinverständnisses mit dem Gutachten obligatorisch begründen. Die Gesundheitsorgane stellen eine neue Kommission zusammen.

Ich möchte extra betonen, daß laut Gesetzgebung und Praxis die gerichtspsychiatrische Expertise in der Sowjetunion keinen Instanzcharakter hat. Sämtliche gerichtspsychiatrischen Expertisen und alle Gerichtspsychiater sowie sämtliche Psychiater, die zur gerichtspsychiatrischen Expertise herangezogen werden, genießen absolut gleiche juristische Rechte. Sämtliche Gutachten haben völlig gleiche juristische Kraft unabhängig davon, ob es eine Kommission ist, die aus den hervorragendsten Wissenschaftlern der Forschungsinstitute oder aus Spezialisten eines beliebigen Bezirksdispensaires einer Republik zusammengesetzt wird, oder ob das Gutachten aus dem Zentralen Serbski-Forschungsinstitut für Gerichtspsychiatrie kommt. Diese Kommissionen und ihre Gutachten sind absolut gleichberechtigt, und es gibt keine Einschränkungen bei der Einreichung des Gesuchs von seiten des Untersuchungsrichters, der Verwandten, Institutionen, des Rechtsanwalts (der Verteidigung) im vorgeschriebenen Verfahren, eine nochmalige gerichtspsychiatrische Expertise in beliebiger Zusammensetzung anzuordnen.

Dies ist sehr wichtig, denn für das Gericht spielt es dann keine Rolle, ob die Expertise von einer Institution durchgeführt wurde, die dem Ministerium für Gesundheitswesen, der Akademie oder einer beliebigen Stadt-, Bezirks- oder Republiksheilanstalt untersteht. Daraus resultiert auch noch – und das ist sehr wichtig zu betonen –, daß die neue Expertise, die von beliebigen Sachverständigen aus beliebigen Institutionen durchgeführt wurde, das vorher verfaßte Gutachten nicht aufhebt, son-

dern für das Gericht gleich wichtig und einer der Beweise ist. Wie ich bereits erwähnt habe, braucht das Gericht mit dem Gutachten beliebiger Institutionen oder Sachverständigenkommissionen nicht einverstanden zu sein, falls es ihm ungenügend begründet scheint, und darf eine neue Expertise anordnen, muß dabei jedoch sein Nichteinverständnis begründen.

Gerichtspsychiatrischer Sachverständiger kann nur eine Person sein, die den Titel eines Arztes hat und als Fachgebiet die Psychiatrie. Der gerichtspsychiatrische Sachverständige hat das Recht, die Umstände der Strafsache kennenzulernen, die für die Durchführung der Expertise notwendig sind. Die sowjetischen Sachverständigen genießen das Recht, während der Gerichtsverhandlung anwesend zu sein, andere Sachverständige zu Rate zu ziehen, Fragen an die Kläger, Angeklagten oder Zeugen zu stellen, was bei der Entscheidung der Frage über eine zeitweilige krankhafte psychische Störung besonders wichtig ist.

In Fällen, in denen das dem Sachverständigen vorgelegte Material für das Gutachten nicht ausreicht, hat er das Recht zu melden, daß das Gutachten nicht verfaßt werden kann, und anzugeben, welches Material und welche Dokumente, zusätzliche Untersuchungen oder Ermittlungen, Verhöre von diesen oder jenen Personen (Angeklagte, Kläger, Zeugen) er für die Durchführung der Expertise braucht. Falls dem Sachverständigen die von ihm erbetenen Angaben nicht zur Verfügung gestellt werden, hat er das Recht, die Expertise nicht durchzuführen und die Verfassung des Gutachtens abzulehnen.

Artikel 11 „Unzurechnungsfähigkeit“ der Grundlagen der Strafgesetzgebung der UdSSR und der Unionsrepubliken lautet:

„Strafrechtlich nicht verantwortlich ist die Person, die während einer gesellschaftsgefährdenden Handlung im unzurechnungsfähigen Zustand war, d. h. sich keine Rechenschaft über ihre Handlungen ablegen oder sie wegen einer chronischen geistigen Krankheit, zeitweiliger psychischer Störung, Schwachsinn oder eines anderen krankhaften Zustandes nicht leiten konnte. In bezug auf diese Person können auf Gerichtsveranlassung medizinische Zwangsmaßnahmen angewandt werden, die von der Gesetzgebung der Unionsrepubliken festgelegt werden. Nicht strafbar ist auch eine Person, die ein Verbrechen im zurechnungsfähigen Zustand begangen hat, jedoch vor der Urteilverkündung geistig erkrankte und nicht fähig war, sich über ihre Handlungen Rechenschaft abzulegen oder sie zu leiten. In bezug auf diese Person können auf Gerichtsveranlassung medizinische Zwangsmaßnahmen angewandt werden, und nach der Genesung kann diese Person bestraft werden.“

Artikel 12 der gleichen Grundlagen „Verantwortlichkeit für Verbrechen im betrunkenen Zustand“ lautet:

„Die Person, die im betrunkenen Zustand ein Verbrechen verübt hat, wird nicht von der strafrechtlichen Verantwortung befreit.“

Dementsprechend beinhalten die Strafgesetzbücher der Unionsrepubliken Artikel, die sämtliche Bestimmungen bezüglich Unzurechnungsfähigkeit widerspiegeln. In Artikel 11 des strafrechtlichen Gesetzbuches der RSFSR heißt es z. B.:

„Soziale gerichtliche Erziehungsmaßnahmen dürfen nicht in bezug auf Personen angewandt werden, die ein Verbrechen im Zustand einer chronischen geistigen Krankheit oder zeitweiliger Geistesstörung oder in einem anderen krankhaften Zustand begangen haben, falls diese Personen sich über ihre Handlungen keine Rechenschaft ablegen konnten oder sie nicht leiten konnten, wie auch in bezug auf solche Personen, die zwar im geistigen Gleichgewicht gehandelt haben, vor der Urteilsverkündung jedoch geistig erkrankten.

In bezug auf diese Personen können nur soziale Schutzmaßnahmen medizinischen Charakters angewandt werden . . .“

Die oben erwähnten Artikel sehen vor, daß Personen, die gegen das Recht im unzurechnungsfähigen Zustand verstoßen haben, und Personen, die das Recht im zurechnungsfähigen Zustand verletzt haben, jedoch vor der Urteilsverkündung psychisch erkrankten, von der strafrechtlichen Verantwortung befreit werden, und in bezug auf sie Maßnahmen medizinischen Charakters angewandt werden.

Die Definition der Unzurechnungsfähigkeit beruht in der sowjetischen Gesetzgebung auf der Verbindung von zwei Kriterien: des medizinischen und des juristischen (psychologischen).

Die medizinischen Kriterien umfassen Hinweise auf:

- a) zeitweilige Geistesstörung (außerordentlicher Zustand, reaktiver Zustand u. a.);
- b) chronische geistige Krankheit (z. B. Schizophrenie u. a.);
- c) andere krankhafte Zustände (z. B. einige Fälle angeborener geistiger Insuffizienz, einige besonders ausgeprägte schwere Formen von Psychopathie u. a.).

Die Feststellung einer medizinischen Diagnose allein löst noch nicht die Frage der Unzurechnungsfähigkeit.

Eine wichtige Bedeutung für die Lösung der Frage der Unzurechnungsfähigkeit hat zweifellos das juristische (psychologische) Kriterium, das von der Fähigkeit der zur Verantwortung herangezogenen Person, über eigene Handlungen Rechenschaft abzulegen und sie zu leiten, spricht. So kann zum Beispiel bei Epilepsie, bei der keine tiefen psychischen Veränderungen vorliegen und epileptische Anfälle äußerst selten auftreten, in einigen Fällen nicht von Unzurechnungsfähigkeit gesprochen werden.

Nur die Übereinstimmung der medizinischen und juristischen Kriterien gibt das Recht, eine Person für unzurechnungsfähig zu erklären, die eine gesellschaftsgefährdende Handlung verübt hat.

Ich möchte auch betonen, daß das juristische Kriterium aus zwei Merkmalen besteht: dem intellektuellen (über eigene Handlungen Rechenschaft abzulegen) und dem Willen (eigene Handlungen leiten).

Eine solche Position der sowjetischen Gesetzgebung, der sowjetischen Gerichtspsychiatrie, resultiert daraus, daß bei einigen Geisteskrankheiten die Patienten sich in bestimmtem Maße Rechenschaft über die sie umgebende Situation und über ihre Persönlichkeit ablegen können, jedoch ihre Handlungen nicht leiten können.

Entsprechend der sowjetischen Gesetzgebung wird die Frage der Un-

zurechnungsfähigkeit *nicht auf Grund der gestellten Diagnose der psychischen Erkrankung allein*, sondern auf Grund der Angaben über den Zustand des betreffenden Patienten zum Zeitpunkt der Verübung einer gesellschaftsgefährdenden Handlung entschieden. Konnte er sich zu diesem Zeitpunkt über seine Handlungen Rechenschaft ablegen oder seine Handlungen leiten? Diese außerordentlich wichtige Forderung der Einheit medizinischer und juristischer Kriterien gewährleistet eine minimale Zahl von Differenzen in der Einschätzung des Zustandes des Patienten und seiner Zurechnungsfähigkeit.

Falls also verschiedenen Spezialisten bestimmte Symptome und Syndrome in verschiedene nosologische Formen gruppieren, so können sie doch bei der Einschätzung des Zustands des Patienten zum Zeitpunkt der Verübung einer gesellschaftsgefährdenden Handlung unter Anwendung des juristischen (psychologischen) Kriteriums zu einer einheitlichen Meinung über die Zurechnungsfähigkeit des Patienten kommen. (Falls bei der Expertise der eine Facharzt die Erkrankung des Probanden als zirkuläre Form der Schizophrenie und der andere als manisch-depressive Psychose mit besonderem Verlauf deutet, so können sie doch bei einer verschiedenen nosologischen Diagnostik der Erkrankung zur einheitlichen Meinung kommen, daß die betreffende Person eine gesellschaftsgefährdende Handlung verübt hat, ohne sich über ihre Handlungen Rechenschaft abzulegen und sie zu leiten, d. h., sie halten diesen Patienten für unzurechnungsfähig.)

Abschließend möchte ich zu dieser Frage extra betonen, daß ein solches System der Entscheidung über die Zurechnungsfähigkeit es den Gerichtspsychiatern erlaubt, in der Einschätzung des Problems der Zurechnungsfähigkeit in der Regel einer Meinung zu sein, auch wenn sie verschiedenen (wenn man es so nennen darf) klinischen Schulen angehören. Die Verschiedenheit der klinischen Schulen beeinflußt also die Entscheidung über die Frage der Zurechnungsfähigkeit nicht erheblich.

Neben der Frage der Zurechnungsfähigkeit haben die Gerichtspsychiatern auch Gutachten über den möglichen Aufenthalt der nach Rechtsverletzung geistig Erkrankten in Haftanstalten zu verfassen.

Ähnlich wie bei der Frage der Zurechnungsfähigkeit berücksichtigen die Gerichtspsychiatern bei der Einschätzung der psychischen Erkrankung, die nach der Rechtsverletzung, vor oder nach der Verurteilung auftrat, den Charakter der Erkrankung: chronisch oder zeitweilig. Bei einer zeitweiligen Störung der psychischen Funktion handelt es sich um eine zeitweilig unmögliche Beteiligung am Ermittlungs- und Gerichtsverfahren oder an der Strafverbüßung. Bei chronischer Geisteskrankheit handelt es sich um die Unmöglichkeit, vor dem Gericht zu erscheinen und sich für das im zurechnungsfähigen Zustand verübte Verbrechen zu verantworten, sowie um die Unmöglichkeit einer Strafverbüßung wegen chronischer Erkrankung, die nach der Verurteilung auftrat.

Nicht geringere Bedeutung hat die mit den Problemen der gerichtspsychiatrischen Expertise eng verbundene Frage der medizinischen Behandlung der für unzurechnungsfähig erklärten Personen.

Die medizinischen Maßnahmen in bezug auf Personen, die für unzurechnungsfähig erklärt werden, sind in den entsprechenden Artikeln des Strafprozeßgesetzbuches vorgesehen und werden durch eine spezielle Anweisung des Ministeriums für Gesundheitswesen gemeinsam mit der Staatsanwaltschaft und anderen Institutionen reglementiert. Die Durchführung der Zwangstherapie wird den Organen des Gesundheitswesens auferlegt.

In bezug auf Geistesgestörte, die eine gesellschaftsgefährdende Handlung begangen haben (Verbrechen), werden folgende medizinische Maßnahmen angewandt: Zwangstherapie in den psychiatrischen Kliniken der Gesundheitsorgane oder Zwangstherapie in den speziellen Krankenhäusern des Ministeriums des Innern oder Behandlung in den allgemeinen psychiatrischen Heilanstalten. Dabei ist zu betonen, daß in allen Fällen und in allen diesen Institutionen diese Kranken ähnlich wie andere, gewöhnliche Geisteskranke behandelt werden. Ich habe bereits erwähnt, daß sämtliche Methoden und Mittel, darunter auch Arzneimittel, nach medizinischen Indikationen angewandt werden. Zur Verwendung gelangen nur die Arzneimittel, die vom Ministerium für Gesundheitswesen der UdSSR zugelassen sind. Darüber hinaus kann die Frage der familiären Pflege- und Vormundschaft und der ständigen ärztlichen Kontrolle im psychoneurologischen Dispensaire, in der Ambulanz usw., in Abhängigkeit vom psychischen Zustand, von den Besonderheiten des psychischen Krankheitsverlaufs oder vom Grad der sozialen Gefährlichkeit gelöst werden.

Die Zwangstherapie ist keineswegs eine Bestrafung und unterscheidet sich grundsätzlich davon. Dieser Unterschied kommt vor allem darin zum Ausdruck, daß, obwohl die Zwangstherapie in der UdSSR vom Gericht veranlaßt wird, das Gericht nicht die Dauer der Zwangstherapie bestimmt. Es ist hervorzuheben, daß das System der Zwangstherapie, die durch Gerichtsbestimmung veranlaßt wird, sich vom System des unbestimmten Urteils prinzipiell unterscheidet. Im Falle der Genesung oder Eliminierung sämtlicher Anzeichen sozialer Gefährlichkeit als Folge der Veränderung des psychischen Zustands wird die Zwangstherapie sogar kurze Zeit nach deren Festlegung auf Beschluß der Ärztekommision des Krankenhauses abgebrochen.

Die Dauer der Zwangstherapie hängt also voll und ganz von der Effektivität der Behandlung und vom psychischen Zustand des Patienten ab. Zwecks detaillierter Kontrolle über die Veränderung des Zustands des Patienten sollen die Chefärzte der Krankenhäuser den sich in Zwangsbehandlung befindenden Patienten nicht seltener als einmal in 6 Monaten nochmals untersuchen, um über die zweckmäßige Fortsetzung

oder Unterbrechung der Zwangstherapie (Überführung des Patienten auf allgemeine Behandlung, Dispensairebetreuung, Übergabe in Familienerziehung usw.) zu entscheiden.

Da die Zwangstherapie keine Bestrafung ist, wird vom Gericht zwar ein Beschluß verkündet, jedoch ist dieser Beschluß kein Urteil, sondern eine Bestimmung. Diese Bestimmung wird nicht in der Vorverhandlung, sondern in der Gerichtsverhandlung verkündet, da das Gericht festzustellen hat, daß gerade diese Person die inkriminierende Handlung verübt hat, und um den Gefährlichkeitsgrad zu bestimmen ist eine Gerichtsermittlung notwendig.

Solche Maßnahmen gewährleisten die maximalen Rechte der Persönlichkeit des Geistesgestörten.

Die Zwangstherapie wird in den allgemeinen Stationen der psychiatrischen Krankenhäuser durchgeführt, deren Profil dem Gesundheitszustand des Patienten entspricht (Stationen für akute und chronische Patienten usw.). Alle sich in Zwangsbehandlung befindenden Patienten werden ebenso aktiv behandelt und mit denselben Methoden und Mitteln wie andere Geisteskranken, d. h. *nach rein medizinischen Indikationen*.

Das Vorhandensein eines großen Netzes von psychoneurologischen Institutionen außerhalb der Klinik im System der sowjetischen psychiatrischen Organisation (psychoneurologische Dispensaires, Tagesstationen, arbeitstherapeutische Werkstätten, psychiatrische Sprechzimmer in allgemeinen Polikliniken) hilft in bedeutendem Maße bei der Betreuung der für unzurechnungsfähig erklärten Geisteskranken, die daher von der Verantwortung für die verübten gesellschaftsgefährdenden Handlungen befreit sind. Das Vorhandensein dieser Institutionen gewährleistet eine rechtzeitige Behandlung des Geisteskranken, einen Nachweis von Veränderungen in seinem psychischen Zustand, eine rechtzeitige Hospitalisierung, hilft bei der rechtzeitigen Erfassung der Geisteskranken unter der Bevölkerung, und das verhütet in vielen Fällen die gesellschaftsgefährdenden Handlungen seitens des Geisteskranken.

Da wir von der Zwangstherapie sprechen, sollen auch einige Worte über die Zwangstherapie der an Alkoholismus und Rauschgiftsucht leidenden Patienten gesagt werden. Laut Gesetzgebung der UdSSR können die an Alkoholismus und Rauschgiftsucht Erkrankten, die die freiwillige Behandlung kategorisch ablehnen auf Empfehlung der Psychiaterkommission und Gerichtsentscheid in spezielle therapeutische Institutionen im Rahmen des Ministeriums des Inneren zur Zwangstherapie überwiesen werden.

Die Organe des Gesundheitswesens wachen in diesen Institutionen über die richtige Gestaltung der Behandlung.

Es soll an diesem Ort gesagt werden, daß die gesamte medizinische

Betreuung in den Heilanstalten unabhängig davon, welcher Institution sie zugeordnet sind, mit Methoden und Mitteln durchgeführt wird, die vom Ministerium für Gesundheitswesen der UdSSR zugelassen sind und von ihm kontrolliert werden.

Die Geisteskranken werden von der Wehrdienstpflicht befreit. Diese Frage wird von speziellen Ärztekommisionen unter Beteiligung von Psychiatern anhand einer Liste von Erkrankungen, die in einem entsprechenden Erlaß an die Sowjetarmee niedergelegt sind, entschieden.

Unsere Gesetzgebung sieht auch eine Reihe von zusätzlichen Vorzugsrechten für Geisteskranke vor.

Wie bekannt, ist eine der aktiven Methoden der Rehabilitationstherapie der Geisteskranken die Arbeitstherapie. Während einer solchen Therapie schafft der Patient materielle Werte oder erfüllt eine gesellschaftlich nützliche Arbeit. Neben der kostenlosen Therapie und Verpflegung erhält der Patient auch ein Entgelt für seine Arbeit (unabhängig von seiner Rente). Wichtig ist die Tatsache, daß der Patient für Materialbeschädigung und Produktionsausschuß keine Verantwortung trägt. Weder er noch seine Verwandten haben den Schaden zu begleichen.

Für die Geisteskranken steht eine kostenlose, hochqualifizierte stationäre und ambulante Therapie zur Verfügung. Die notwendigen Medikamente erhält der Geisteskranke, der die Therapie zu Hause fortsetzt, ebenso gratis.

Unter den bedeutenden Rechtsakten nehmen diejenigen, die sich auf Fragen der arbeitsärztlichen Expertise beziehen, einen besonderen Platz ein.

Zur Bestimmung der Arbeitsfähigkeit der Personen, die diese oder jene Erkrankungen überstanden haben, und ihres Invaliditätsgrades werden bei psychiatrischen Kliniken und psychoneurologischen Dispensaires spezialisierte arbeitsärztliche Expertenkommissionen (russ. WTEK) gebildet.

Die arbeitsärztliche Expertenkommission studiert eingehend die medizinischen Angaben über den Kranken, Berichte über seine Arbeitstätigkeit, sein Verhalten in Gesellschaft und Familie, unterzieht ihn einer nochmaligen ärztlichen Untersuchung und verfaßt ein Gutachten über den Grad der Einbuße der Arbeitsfähigkeit. Das äußert sich in der Versetzung in die Invaliditätsstufe I., II. und III. (Stufe I. entspricht der schwersten und Stufe III. der leichtesten Form der Arbeitsfähigkeitseinbuße). Darüber hinaus bestimmt die arbeitsärztliche Expertenkommission Indikationen für einzelne Arbeitsarten und erteilt alle notwendigen Empfehlungen in dieser Hinsicht.

Die sozialistische Wirtschaft, die fehlende Arbeitslosigkeit gewährleisten in der UdSSR breite Möglichkeiten für eine rationelle Eingliederung der Invaliden, darunter auch der Geisteskranken, in den Arbeits-

prozeß entsprechend den medizinischen Vorschriften. Dazu gibt es auch einen Sondergesetzgebungsakt, der entsprechende Institutionen und Betriebe verpflichtet, Geistesranke (Invalide der Stufe III.) ungehindert aufzuehmen.

Jeder Abschnitt meines Vortrages könnte Thema eines selbständigen Vortrags sein, jedoch hoffe ich, daß die kurze Übersicht es erlaubt, sich die humane Tendenz der sowjetischen Gesetzgebungsakte zu Fragen der Psychiatrie zu veranschaulichen, und deutlich demonstriert, daß sie die Interessen des geisteskranken Menschen wahren.

Legal Aspects of Psychiatry in the Soviet Legislation

The organization of psychiatric help in any country cannot manage without a solution to practically important questions of the legal status of mental patients.

Soviet legislation on psychiatry aims primarily at maximal protection of the interests of mental patients; on the other hand, it has to create optimal conditions for the fulfillment by the physician of humane tasks of psychiatric care, and it must protect society from socially dangerous actions of mental patients.

In connection with these goals, it is selfevident that legislative acts at all levels contain decisions related to mental patients, to physicians, and to the system of psychiatric care as a whole.

Psychiatry in the Soviet Union has always paid great attention to these problems. Legislation concerning mental patients has been discussed in articles and reflected in the practical work of such psychiatrists as *S. S. Korsakov*, *P. B. Gannushkin*, and many others. These problems remain in the focus of attention of present-day psychiatrists.

The most outstanding Soviet psychiatrists, *S. S. Korsakov* and *V. A. Giliarovsky*, have always indicated that the correct organization of psychiatric care requires the solution not only of clinical and organizational but also of legal problems. Academician *A. V. Snezhnevsky* attaches great importance to the problems of legislation for psychiatry.

Soviet legislation is punctilious in protecting the rights of mental patients. Development and improvement of corresponding legislative acts are being carried out by the Ministry of Health of the U.S.S.R. – together with other competent agencies, such as the Procurator's Office. Legislation concerning mental patients is being studied in research institutes of psychiatry.

Even the first contact of the physician with the patient – in our case, with the mental patient and his relatives – requires mutual trust and understanding, and this is directly related to the important problem of medical secrecy. I refer to Article 16 of the Law about Health Care – passed by the Supreme Soviet of the U.S.S.R., the highest legislative body of the country – which concerns the duty of a physician to observe medical secrecy and is formulated in the following way: "Physicians and other medical personnel have no right to disclose information about the disease, intimate aspects, and family life of a patient that became available to them in the course of their professional work" (Decree of December 19, 1969, N. 4589-VII). "The physician must always be ready to provide medical aid, to be attentive and careful with a patient . . ."

This is formulated in the oath of the Soviet physician, approved by the Decree of the Presidium of the Supreme Soviet of the U.S.S.R. (N. 1364-VIII, March 26, 1971).

The special order, issued by the Minister of Health, strongly limits the number of organizations and individuals having the right to require or obtain information from the psychiatric and psychoneurologic institutions about the mental disease of a person, or about the type of mental disease of a patient who is on the register or is being treated on an inpatient basis. This measure also adds to the necessary medical secrecy with regard to mental patient.

The Soviet psychiatrist, observing medical secrecy, uses in his work a psychotherapeutic approach to the patient and to his relatives that is based on medical deontology. In doing so, the physician uses the dispensary approach of stepwise psychiatric care; he successfully provides psychiatric care to the population, and – what is most important – he is able to conduct the early detection of mental diseases and organize their timely treatment.

Even during this phase, several medical and legal problems arise that are regulated by corresponding legislative Acts. No less important is the right to apply methods and techniques of diagnosis and treatment, including the use of drugs. Article 34 of the Basis of Legislation of the U.S.S.R. and the Union Republics Relating to Health Care specifies very clearly that “in medical practice physicians use methods of diagnostics, prophylaxis, and treatment, as well as drug preparations, authorized by the Ministry of Health of the U.S.S.R.”

More detailed regulations concerning the applications of methods and techniques of treatment, including drugs, are determined by order of the Minister of Health.

The Ministry of Health, using boards of experts, regularly verifies the efficacy and harmlessness of the methods techniques, and drugs that are used for the treatment of patients, including mental patients; the Ministry approves instructions about the order of their application and about the permissible doses, indications, and contraindications. Periodically evaluating the experience gained in the course of practical work, the Ministry refines the indications and sometimes prohibits and excludes from the State Register of Drugs preparations that are regarded as obsolete.

Thus, a psychiatrist working in any curative institution be it under the Ministry of Health, the Ministry of the Ways of Communication, trade union organizations, the Ministry of the Interior, or any other ministries or agencies – may apply only those methods and techniques of diagnosis and treatment instruments, and drugs that are authorized by the Ministry of Health and may apply them only in accordance with the instructions issued by the Ministry of Health.

I would like in this connection to present an example of the controlling function of the Ministry of Health, which, periodically evaluating methods permitted earlier, limits or prohibits those of them that have proved to be unjustified. Thus, in 1949–50 the Ministry of Health thoroughly studied the experience gained during the use of leukotomy and lobectomy for the treatment of mental patients in the Soviet Union and abroad. As early as December, 1950, summarizing the scientific data and practical experience, the Ministry of Health prohibited these methods, which were regarded as brutal, harmful to the patient, scientifically unjustified, and ineffective. This was an extremely important and humane measure.

It is noteworthy that our scientists, in evaluating the place of leukotomy and lobectomy in the treatment of mental diseases, indicated that they were looking forward to the future synthesis of effective new drugs for the treatment of mental patients and that leukotomy and lobectomy would have closed the way to use of effective drugs. The experience of the past 25 years has shown the correctness and farsightedness of this opinion of Soviet scientists.

As I have already indicated, the Ministry of Health approved the conclusions made by scientists, and in the U.S.S.R. the use of leukotomy or lobectomy is prohibited.

My second example refers to electric-shock therapy. Summarizing the vast experience obtained, the Ministry of Health has already modified several times instructions for the application of this method; in particular, it has strictly limited the number of electric shocks and the indications for the use of this method. This has been done after taking into account the scientific data about changes of microcirculation in the central nervous system resulting from shock therapy, about point hemorrhages, about changes in the glial tissue of the CNS, etc.

It must also be pointed out that as early as March, 1967, the Ministry of Health unconditionally prohibited the use of lysergic acid and lysergic acid diethylamide (LSD-25) on human beings for any purposes in the whole of the U.S.S.R.

Thus, the system provided by Soviet legislation for the selection and permission for use of drugs, methods, instruments, and medical equipment allows prevention of the implementation of ineffective and dangerous techniques, thus protecting the interests of patients in general and of mental patients in particular.

In connection with several specific features characteristic of mental diseases, of importance in the legislation are problems of the admission of patients to mental hospitals. Legal aspects of hospitalization attract wide attention among psychiatrists, as well as among lawyers, sociologists, and social workers.

The questions of admission and discharge of mental patients are an-

swered in the U.S.S.R. from a purely medical point of view, in contrast to the practices in effect in several other countries. A psychiatrist of a dispensary or of an outpatient clinic, after establishing the fact of mental disorder or the presence of indications for stationary treatment, sends the patient to a psychiatric hospital. In the hospital the patient is examined by the psychiatrist on duty and is transferred to an appropriate department. In doubtful cases the psychiatrist may consult the medical director of the hospital, his assistant, or the head of the department as to the necessity for hospitalization. In the department the patient is examined by the doctor in charge and, if necessary, by the head of the department. Thus, before the patient is finally hospitalized in the department, he is examined by no fewer than three – and more frequently by five – psychiatrists; this provides an additional guarantee against medical error.

The discharge of a patient is accomplished by the physician in charge and by the head of the department.

This procedure for the admission of mental patients into hospital has proved valid, and it is traditional for Russian psychiatry. In his works on the care of mental patients, *S. S. Korsakov* emphasized:

In many countries the law establishes special regulations for hospital admission. This is done mainly to guarantee that no person shall be put into a mental hospital for any other reason than the necessity of treatment. We have great faith in the physician, and we have not had a single case when this faith was not justified. In order to place a mental patient in a hospital, it is necessary that the psychiatrist of the institution diagnoses a mental disease and the need to treat it. Discharge from the hospital is also carried out without any problems.

I am convinced that these words of *S. S. Korsakov* are fully valid today for the characterization of the practice of Soviet psychiatrists as regards the hospitalization of mental patients.

Somewhat different is the problem of urgent hospitalization – that is, of hospitalization without the consent of either the patient or his relatives. Such necessities may arise when the patient is dangerous to himself and to others – for instance, in cases of the delusional drive to commit suicide or murder or some other dangerous act.

Article 36 of the Basis of Legislation of the U.S.S.R. and Union Republics states:

In order to protect the health of the population of the country, the public health bodies must undertake special measures for the prophylaxis and treatment of diseases dangerous to others (tuberculosis, alcoholism, drug addiction, mental diseases, venereal diseases, leprosy) as well as of quarantine diseases.

Legislation of the U.S.S.R. and Union Republics may establish cases and procedure for the compulsory treatment and compulsory hospitalization of individuals suffering from the above-mentioned diseases.

According to the present regulations effective in the Soviet Union, the question whether a patient must be hospitalized in an urgent manner is decided by a board of psychiatrists. When this is necessary, social ad-

ministrative bodies may provide aid in the hospitalization of patients if asked to do so by psychiatrists.

When such patients are subjected to urgent hospitalization, the psychiatrist in charge must precisely specify medical and social indications for their admission. When delivered to the hospital, the patient is examined by the physician of the admission department and thereafter must be examined within 24 hours by the board, consisting of at least three psychiatrists, for a decision about the legitimacy of his hospitalization. The conclusion of the board is included in the case history, and it must be signed by all members of the board. Any member may submit his special opinion if he finds it necessary.

The hospital immediately informs the relatives of the patient about the fact of hospitalization. Depending on his mental and somatic state, the patient is transferred to an appropriate department. In the department he is examined by the doctor in charge and, if necessary, by the head of the department.

I would like to emphasize that in cases of urgent hospitalization, the patient, before he arrives in the department, has to be examined within 24 hours by at least six or seven psychiatrists. This "medical filter", as we call it, may effectively uncover errors, if any are made.

Furthermore, at least once a month the patient, besides undergoing examination by the physician in charge, is examined by the board of three psychiatrists. This board makes decisions about the results of treatment, about the necessity of its continuation, or about the necessity of the patient's discharge. If the results of treatment are good, the patient is discharged from the hospital on common grounds, just as all other mental patients are.

Here I would like to stress that effective reactions and antisocial patterns of behavior in persons who are not mentally sick but who display such anomalies as psychopathic features of personality, neurotic reactions, or mild consequences of brain trauma may not serve as indications for urgent hospitalization. When socially dangerous behavior permits one to suspect a mental disease but this is not obvious, the person in question may be subjected to urgent hospitalization.

The above-mentioned persons, detained in connection with their socially dangerous (delinquent) behavior, must be sent by the bodies responsible for the protection of order to forensic-psychiatric experts, in agreement with the criminal procedural legislation. Neither the act of staying in a mental hospital on an inpatient basis nor the fact of registration in a psychoneurologic dispensary in connection with a mental disease automatically renders the patient legally incompetent unless a special board of psychiatrists has made a proper conclusion on this point in the order established by the law and a decision has been made by the court.

Thus, Article 15 of the Civil Procedural Code of RSFSR reads:

A citizen who, as a result of a mental disease or of feeble-mindedness, cannot understand the significance of his actions and govern these actions can be declared legally incompetent by the court, which acts as prescribed by the Civil Procedural Code of RSFSR.

Conditions for declaring a person legally incompetent are provided in Article 258 of the Civil Procedural Code of RSFSR, which reads:

The case about declaring a citizen incompetent in connection with mental disease or feeble-mindedness can be initiated by the application to the court of his family, trade unions, other public organizations, a procurator, a body responsible for guardianship, or a psychiatric institution.

A mental patient is not deprived of his right to vote unless the medical board recognizes him as "insane" as defined by the Soviet Constitution.

Such an approach to these important problems provides guarantees for the protection of patients' interests.

The problems of the rights of mental patients in society are important and fundamental.

Mental patients, just like all citizens of the Soviet Union, have in accordance with the law the right to material security in old age, as well as in case of disease or a loss of working capacity.

Mental patients also have the right to receive an education. The Ministry of Health, together with corresponding agencies, endorses special lists of diseases. These lists provide specific contraindications for enrollment according to certain diseases, including mental ailments. However, mental diseases are not contraindications to enrollment at many higher and secondary-school establishments or colleges. The medical board must take into account not only the diagnosis of the disease but also the present state of the patient and probable outcome of the illness.

Owing to the particular features of mental diseases, patients are restricted in exercising certain rights and duties. This restriction, however, may take place only when mental disease is established by psychiatrists according to the procedure envisaged by the law (declaring "insane").

In accordance with Article 135 of the Soviet Constitution, "insane" persons do not have the right to vote. Here we are dealing with severe mental disorders, when the patient cannot understand the significance of elections. Before elections, psychoneurologic outpatient clinics and psychoneurologic consulting rooms draw up a list of such patients. In doubtful cases, permission to vote may be granted by a special psychiatric board.

A very important question is that of the legal rights of the mental patient within the family. Marriages contracted in the course of mental illness may be declared invalid. The Code on Marriage, Family, and Guardianship prescribes that people with serious illnesses may not enter into a marriage contract if one of them is certified as feeble-minded or men-

tally ill according to the order established by the law. Should a marriage be contracted by a patient suffering from chronic mental illness, an annulment may be granted if proper proof is presented. In case of marriage annulment, the patient has a right to claim maintenance from the normal spouse if the court rules that he or she can grant it. The normal parent also supports any children of the marriage.

Since mental patients often cannot dispose of their property intelligently or carry out their social responsibilities in an adequate manner, the legislation also specifies the restriction of rights of such patients.

As I have already mentioned, according to existing articles of Civil Codes of the Union Republics, adults can be declared legally incompetent by the court if, as a result of their mental disease or feeble-mindedness, they cannot conduct their own affairs. In such cases, guardianship of these patients can be established. The establishment of a guardianship means that the person under care is recognized as being legally incompetent – that is, he is unable to exercise his own civil rights and duties according to his own considerations. The guardianship is established in order to protect the personality, legal rights, and interests of the patient, as well as to protect his property in cases envisaged by the law.

Deprivation of legal capacity and transfer to guardianships may be effected by the court, however, only with consideration of the patient's actual condition. The establishment of guardianship in case of mental patients or the feeble-minded is accomplished by the executive committees of the Soviets of Working People or by Village Soviets in rural communities.

Health departments of the executive committees are charged with the right of establishing guardianships. The bodies responsible for guardianships operate in accordance with corresponding articles of the Code on Marriage, Family, and Guardianship; the regulations pertaining to the agencies responsible for the guardianship; and instructions and orders issued by higher executive bodies and ministries. Special boards authorized to place mental patients and feeble-minded persons under guardianships are set up within the health departments of the executive committees. These boards are frequently organized at psychoneurologic and psychiatric institutions. The board is chaired by the head of the health department of the executive committee or by a person authorized by him. The board consists of a psychiatrist (if possible, the physician in charge of the patient) employed at the same institution and an medical nurse from the patronage or guardianship service or a social welfare nurse.

The term of guardianship is set by an executive committee or by a Village Soviet on the basis of the certificate issued by the commission. The time limit is two years. When this term expires, the patient is re-examined. Depending on the results of re-examination, the guardianship

may be discontinued or prolonged. In certain cases, the re-examination may be conducted before the appointed time.

The court considering applications by the guardian, the relatives of the patient, trade unions or other social organizations, the procurator, the guardianship board, or the psychiatric institution may – on the basis of appropriate examination by the forensic-psychiatry board, in cases of improvement or complete recovery of the patient in question – pass a decision declaring the person competent. On the basis of such a decision, the guardianship is discontinued.

A humane attitude toward mental patients represents one of the most prominent features of Soviet psychiatry.

I would like to mention the practice of relieving mental patients of responsibility for offenses committed in the course of their illness.

Archive documents of 1690 on the medical examination of a pretender read that three physicians examined the patient and certified his insanity. It is mentioned in particular that the patient "is melancholic by his nature, and his case belongs to the disease of hypochondria". As a result of this examination, the man was relieved from punishment and sent to a monastery.

The Synod's resolution of 1787 points out that the insane should be sent to doctors for medical examination. If we look through documents of a later period of Russian history, we find a special decree of the Senate (of April 23, 1801) about not putting on trial an insane person who committed manslaughter while in this condition. This decree distinctly illustrates the attitude in Russia towards the insane who commit a socially dangerous action (a crime).

Forensic psychiatry, as a special branch of general psychiatry, has developed in the main since the Great October Socialist Revolution. Soviet legislation provides the widest opportunities for forensic-psychiatric examination, since one of the most important procedural guarantees for misdemeanor lies in the possibility of calling in expert psychiatric advice.

First of all, it must be emphasized that psychiatric expertise in the Soviet Union belongs completely to the jurisdiction of public health bodies and is not paid for by the interested party. This is an important factor providing for its objective character.

The Basis of Legislation of the U.S.S.R. and the Union Republics Relating to Health Care (passed as a law on December 19, 1969) states in Article 51:

Forensic-medical and forensic-psychiatric expertise is accomplished in accordance with U.S.S.R. legislation by the order of the investigating official procurator or by the decision of the court.

The procedure of organization and conduct of forensic-medical and forensic-psychiatric expertise is established by the Ministry of Health

jointly with the Supreme Court of the U.S.S.R., the Procurator's Office, the Ministry of the Interior, and other agencies.

The manner in which psychiatric examinations are carried out is laid down in a series of articles of the criminal, criminal procedural, and civil procedural codes. Detailed administrative regulations governing forensic-psychiatric expertise are set in a special interdepartmental instruction issued jointly by the Ministry of Health, the Procurator's Office, and other agencies.

Although the right to appoint experts is in the hands of the investigating legal authorities, the defendant and his relatives, the counsel for the defense, and doctors have the right to petition these authorities for the expertise.

In the Soviet Union a psychiatric examination may also be performed at the time of preliminary investigation of the case, as well as during court procedures and while the sentence is being served. Thus, forensic-psychiatric expertise is organized in such a way as to facilitate the detection of persons with mental disorders during the investigation of the case and to subject them to treatment.

The functions of forensic-psychiatric expertise are varied. They may include the determination of the mental state and the responsibility versus irresponsibility of persons detained by the authorities or charged with criminal offenses who arouse doubts in the investigating body or in the court as to their mental health and responsibility; they may have to define a person's mental condition at the time of examination and make recommendations concerning the medical treatment required by the person if he is recognized as irresponsible or as having become mentally ill after committing an offense; and they may have to define the mental conditions of persons with signs of mental disorder while under sentence and provide recommendations about the medical treatment required.

In a number of cases, the mental condition of plaintiffs or witnesses is involved, and an opinion must be given as to the legal competence of persons in regard to whose mental health there is doubt in civil court proceedings.

Forensic-psychiatric expertise may be conducted in a hospital, in outpatient centers, in court, on the premises of the investigating authority, or – in exceptional circumstances – in the absence of the subject concerned (that is, on the basis of the case documents).

In order to provide the psychiatric expertise, public health bodies organize special forensic-psychiatric departments affiliated with mental hospitals; these departments exist on the same basis as other departments of these hospitals (inpatient expertise) or dispensaries (outpatient expertise).

It has already been mentioned that psychiatric expertise is provided

by persons appointed by the investigative bodies or by the court; insofar as convicts are concerned, decisions are made by the authorities of the place of confinement.

The psychiatric conclusion about the status of mental health and about responsibility or irresponsibility is made on the basis of a detailed psychiatric examination of the documents of the case, which are unconditionally provided to the experts, as well as on the basis of information from the life of the subject in documents and certificates about past diseases.

All medical institutions (hospitals, clinics dispensaries, outpatient clinics, etc.), without exception, must provide all materials and information about the subject that may be required by the forensic expertise (medical case histories, certificates, data of analyses, etc.).

The psychiatric conclusion is written as a certificate and is signed by all members of the board of experts, who bear equal responsibility for its content. If one of the experts disagrees with the opinion of the board, he has the right not to sign the certificate and to submit his separate opinion, which is attached to the certificate issued by the board.

If the certificate issued by the board is insufficiently clear or is incomplete, if the experts did not arrive at a common opinion, or if the court does not agree with the opinion of the experts, investigating authorities or the court petitions public health bodies with a request that new expertise be provided; the points of disagreement with the expertise already supplied are explained. Then public health bodies summon a new board of experts.

In accordance with the legislation and practice effective in the Soviet Union, the rights and the authority of all forensic-psychiatric boards are equal. All boards of experts and all forensic psychiatrists, as well as all psychiatrists drawn for the provision of expertise, possess absolutely equal legal rights. The certificate issued by a board consisting of eminent scientists from research institutes has the same validity as the certificate issued by specialists of any district dispensary or as expertise provided by the Serbsky Central Research Institute of Forensic psychiatry. I repeat: Certificates of these expert boards have absolutely identical legal validity. These boards and their certificates have absolutely equal rights, and there are no restrictions whatsoever with regard to the participation of other experts if the investigating legal authorities, relatives, or counsel for the defense applies for repeated psychiatric expertise.

Thus the psychiatric expertise conducted by the board of forensic psychiatrists from leading research institutions and the second expertise, conducted by the board of physicians of any forensic-psychiatric institution, have absolutely identical force for the court. This is very important, since the court is then not impressed by the fact that the expertise was conducted by an institution affiliated with the Ministry of

Health, with the Academy, or with any other city, district, or republican medical institution. Another very important consequence of this practice is that any new expertise provided by experts from any institution does not dismiss any previous expertise but has equal validity before the court, providing additional evidence. I have already remarked that the court may disagree with certificates issued by any institution or board of experts if they appear insufficiently motivated, and the court may appoint new experts; but it must substantiate its disagreement with the result of previous findings.

A forensic-psychiatric expert must be a doctor of medicine and must be a psychiatrist. Such an expert has the right to study the materials of the criminal case that are necessary for the conduct of the expertise. Psychiatric experts in the Soviet Union have the right to attend the session of the court, to consult with other experts, and to present questions to plaintiffs, defendants, and witnesses; this may be particularly important in cases of temporary disorders of mental activity.

When the materials supplied to the expert are insufficient for expertise, he may make a statement about the impossibility of conducting expertise, and he must specify which materials, documents, additional studies, investigations, or interrogations (of the plaintiffs, defendant, or witnesses) may be necessary for the conduct of expertise. If the requested data are not supplied to the expert, he has the right to resign from the conduct of any expertise and from providing a certificate.

To summarize, in the Soviet Union expertise represents a scientific study, involving the examination of all aspects of the problem; it does not represent a scene of competing experts that might be devoid of realistic content, as is the case when the expertise is conducted in an unreal, hypothetical manner.

Of importance also is the fact that the expert has to make a judgement not only about the status of the patient at the moment of examination but also about the history of the patient's disease and about his state during previous periods of hospitalization as evidenced by the documents supplied by the hospitals. In other words, in order to provide a scientific motivation of a diagnosis, the expert must take into account not only the status of the patient but also the dynamics of the disease.

The Basis of Criminal Legislation of the U.S.S.R. and of the Union Republics specifies in Article II that:

A person who was in a state of irresponsibility when committing a criminal offense – that is, when he could not be aware about his actions or could not govern them as a result of chronic mental disease, temporary disorder of mental activity, feeble-mindedness, or some other malady – is relieved from legal responsibility. To such a person, compulsory medical treatment, envisaged by the legislation of the Union Republics, may be applied if the court so rules.

Also relieved from responsibility for his actions is the person who committed an offense while responsible but who subsequently, before

the court passed sentence, fell ill from a mental disease that precluded him from being aware of his actions and from exercising a proper control over these actions. To such a person compulsory medical measures may be applied, and after recovery he may be liable to punishment.

Article 12 of the same code states: "A person who has committed an offense in the state of drunkenness is not relieved of responsibility before the criminal law".

The criminal codes of the Union Republics have corresponding articles, in particular those dealing with the problem of irresponsibility.

Article 11 of the Criminal Code of RSFSR states:

Measures for social protection of a forensic-corrective nature may not be applied to persons who have committed an offense in the state of a chronic mental disease, during temporary disturbance of mental activity, or during some other malady if these persons could not be aware of their actions and could not govern them; the same refers to persons who were mentally healthy when committing an offense but later fell ill from disease. To such persons only measures of social protection of a medical character can be applied.

The validity of this article does not extend to persons who committed a crime in the state of drunkenness. The exclusion of this category of delinquents is due to the fact the state of drunkenness does not represent a psychotic state; rather, the subject consciously and purposefully puts himself in a state of drunkenness, being aware beforehand about possible consequences.

This question is resolved in a different way when the intake of alcohol leads to the state of pathologic drunkenness, which represents a particular, exceptional psychotic state. Such pathologic drunkenness is regarded as a state of temporary disturbance of mental activity, which qualitatively differs from conventional drunkenness and therefore precludes responsibility.

Therefore, further improvement of criteria for the differentiation between conventional and pathologic drunkenness is very important.

Subjects are also declared irresponsible in cases of acute alcoholic psychoses, resulting from prolonged alcohol abuse. Such states are regarded as temporary pathologic disturbances of mental activity. They include delirium tremens, alcoholic hallucinations, etc.

The definition of irresponsibility in Soviet legislation is based on the combination of two criteria – medical and legal (psychologic). The medical criterion includes the following indications:

1. Temporary disturbances of mental activity (exceptional state, reactive state, etc.).
2. Chronic mental diseases (e. g., schizophrenia).
3. Other possible pathologic states (e. g., some cases of inborn mental insufficiency, particularly severe types of psychopathy).

The medical diagnosis alone, however, does not solve the question of a subject's responsibility.

The legal or psychologic criterion is very important for the resolution of the problem of responsibility. This criterion deals with the ability versus inability of a person charged with a criminal offense to be aware of his actions and to govern them. In regard to patients with epilepsy, for example, when no deep changes are present in the mental sphere and when epileptic fits are extremely rare, there is usually no reason to talk about irresponsibility.

Thus the person who has committed a delinquent act may be declared irresponsible only when legal and medical criteria coincide with each other.

I also want to emphasize that the legal criterion consists of two parts – intellectual (being aware of the actions) and related to will (control or guidance of the actions).

This position of Soviet legislation and of Soviet forensic psychiatry follows from the fact that in the case of certain mental diseases the patient may be aware in the situation but cannot govern his actions.

In his paper dealing with the problem of responsibility, Prof. G. V. *Morozov* writes:

The presence of two parts in the legal criterion makes it possible to give the widest consideration to all peculiar features of the personality of a mental patient. It must be clear, however, that the division of the legal criterion into two parts is to some extent arbitrary, since heavy disturbances of voluntary activity are usually accompanied by cognitive disturbances. This reflects the principle of unity of the mental processes.

It is particularly important to note that in Soviet legislation the question of responsibility is solved not only on the basis of the mental disease diagnosed but also on the basis of information about the state of a subject at the moment when an offense has been committed. Of critical importance is the question whether a patient was aware of his actions and was able to control them. This very important requirement of the concordance between the medical and legal criteria guarantees minimal discrepancies in the evaluation of the state of a patient in the solution to questions about his responsibility.

Thus, even if different specialists classify different combinations of symptoms and syndromes into different nosologic forms, to characterize the status of the patient at the moment when an offense was committed, using the legal criterion, they would probably arrive at a common opinion about his responsibility. For example, if one of the experts diagnosed the disease as circular schizophrenia and another as manic-depressive psychosis with a peculiar course, they would still be able to arrive at the conclusion that a certain person committed the delinquent act without being aware of his actions and while exercising no control over these actions; in other words, this patient would be regarded as irresponsible.

To conclude my discussion of this question, I would like to stress that such an approach to the problem of responsibility permits the experts to formulate a common opinion about a problem even if they belong to different clinical schools. Differences in the clinical school to which experts belong would not significantly affect resolution of the question of responsibility.

Discussing the problems of responsibility, I cannot avoid making some comments concerning the questions of limited responsibility and partial responsibility. I believe you are aware that we do not share the viewpoint of those who use these concepts. This problem emerges with the "intermediate" cases, when it is difficult to distinguish the normal and the abnormal state. This is often the case with a typical state of drunkenness in a psychopathologic subject.

In this connection, I would like to quote an opinion expressed by Prof. G. V. Morozov in his paper dealing with responsibility:

In the practice of expertise, the concept of limited responsibility also leads to a departure from thorough clinical forensic-psychiatric evaluation of complicated pathologic states. Accepting the [concept of] limited (decreased) responsibility would relieve one from the necessity of deep and scientific examination of the dynamics of pathologic phenomena. The concept of decreased responsibility inevitably requires the organization of special institutions, which would be of a mixed semi-medical, semi-disciplinary type and would serve for the placement of subjects certified as possessing limited responsibility. Practical experience, however, has shown that the concentration of such subjects in one institution has a deteriorating effect on them. The orientation on exemption from punishment harmfully affects the psychopathologic personality. For the responsible psychopathologic personality, there is only one way of treatment – a life of labor, participation in collective labor, and reconstruction of the personality using new social stimuli. Soviet labor-corrective camps serve just this goal.

If one agrees with the concept of limited responsibility, one has also to admit that an individual with pathologic symptoms may make decisions relating to some questions using the healthy part of his mind, while as concerns other [questions] the sick part of the mind is involved.

However, all aspects of mental activity are most intimately interrelated, and one can hardly imagine that some pathologic symptoms found in a patient would not affect other aspects of his mental activity.

Besides the question of responsibility, forensic psychiatrists must reach a conclusion about the feasibility of confining subjects who become mentally ill after committing an offense or after sentencing.

Just as in cases of defining the subject's responsibility, the experts in these cases take into account whether the disease is chronic or transient. In cases of transient disturbances, the subject may be temporarily relieved from participating in the investigation or the court procedure or from serving his sentence. In the case of a chronic disease, a subject may be relieved from the court and from responsibility for the offense committed; he may also be relieved from serving his term if the chronic disease is one that started after his conviction.

Another important problem connected with the function of expertise is that of the treatment of subjects recognized as irresponsible.

Medical measures with regard to irresponsible subjects are envisaged by corresponding articles of the Criminal Procedural Code and are de-

tailed in the special instruction issued jointly by the Ministry of Health, the Procurator's Office, and other agencies. The conduct of compulsory medical treatment is entrusted to medical institutions.

Types of medical treatment given to mental patients who have committed antisocial acts (offenses) include compulsory treatment in psychiatric institutions of public health bodies, compulsory treatment in special hospitals under the Ministry of the Interior, or such treatment as is given to other mental patients in psychiatric institutions. It must be emphasized that in all cases and in all these institutions, the treatment of a patient is performed only according to medical indications, just as treatment is given to conventional mental patients. I have already mentioned that all methods of treatment and techniques, including drugs, are used only according to medical indications and that these techniques and drugs are approved by the Ministry of Health.

Sometimes patients may be placed in the care of relatives or guardians. When this is done, the patients are at the same time under observation in a mental outpatient clinic or other institution. Placement with relatives or guardians depends on the mental condition of the patient, on the peculiarities of his disease and its course, and on the degree to which the patient represents a danger to society.

Compulsory treatment does not in any way represent a punishment but fundamentally differs from it. The difference lies mainly in the fact that although in the Soviet Union such treatment is imposed by the court, does not determine its term. It must be emphasized further that the system of compulsory treatment imposed by the court differs fundamentally from an indefinite sentence. When a cure has taken place or the signs of antisocial behavior disappear following a change in the subject's mental condition, the patient is relieved from compulsory treatment by the decision of the hospital medical board.

Thus, the duration of compulsory treatment depends entirely on the effectiveness of the treatment and on the state of the patient. The medical directors of hospitals are bound, in the interests of careful observation, to subject patients under compulsory treatment to a reexamination at least every six months in order to decide whether prolongation or shortening of the period of compulsory treatment is advisable or whether transfer of the patient to an ordinary mental hospital, to outpatient treatment, or to placement under the observation of his relatives would be indicated.

Compulsory treatment is not a penal measure: the decision, although given by a court, is not a sentence but a ruling. This ruling, however, is given not in a preparatory session but in open court – that is, the court must establish the identity of a person who has committed an offense and determine to what extent he constitutes a danger to others. To this end, the court procedure is essential.

These measures provide the fullest guarantee of the legal right of mental patients.

Usually patients are sent for compulsory treatment or for ordinary treatment to hospitals located nearest to their place of residence, so that their relatives may visit them.

Compulsory treatment of patients is conducted in departments of mental hospitals that are most appropriate to this purpose; these may be departments for the acutely or chronically ill, for those who are quiet, for those who are restless, etc. All patients under compulsory treatment are given active therapy on the same basis as other mental patients – that is, according to purely medical indications.

The existence in the system of Soviet psychiatric care of a network of outpatient psychoneurologic institutions – such as dispensaries, day-time stationaries, sheltered workshops, and the psychiatric consulting rooms of outpatient clinics – contributes to better observation of mental patients declared irresponsible and therefore relieved from responsibility for socially dangerous (delinquent) actions. In addition, these institutions provide for the appropriate treatment of mental patients, for detecting changes in their mental state, for timely hospitalization, for finding mental patients in the general population – all measures that in many cases will prevent socially dangerous actions.

In discussing compulsory treatment, I want to say a few words about such treatment of patients with alcoholism and drug addiction. In accordance with Soviet legislation, alcoholics and drug addicts may, if they unconditionally refuse the usual treatment, be sent for compulsory treatment as the result of a court decision, based on the medical recommendations issued by a board of psychiatrists; they are sent to special curative institutions belonging to the Ministry of the Interior. The medical board, in its certificate, must recommend the duration of such treatment; the court, in its ruling regarding the compulsory treatment, specifies the term of treatment. It is important to point out that if the treatment is successful and the attitude of the patient to the treatment is correct, the medical board may conclude that the patient with alcoholism or drug addiction should be discharged much earlier than was specified in the decision of the court. The court as a rule agrees with such recommendations and approves the early discharge.

In the curative institutions, the control of appropriate organization of treatment is performed by public health bodies in accordance with Soviet legislation; only those methods of diagnosis and treatment, including drugs, are applied that are authorized by the Ministry of Health.

This practice refers to all Soviet agencies that have affiliated medical institutions. All medical care in these institutions is dispensed using methods and techniques approved by the Ministry of Health and controlled by the Ministry of Health.

Mental patients are exempt from liability to be called up for service in the army. Cases are considered by special medical boards including psychiatrists, who follow a classification of diseases approved by an order of the Soviet Army.

In addition, our legislation provides for other privileges for mental patients.

Occupational therapy is known to represent one of the active means of rehabilitating mental patients. The patient produces material goods or performs socially useful work. In these cases, besides free medical treatment and meals, the patient receives financial compensation for his work (in addition to his pension). Of importance is the fact that in cases of spoiled work or materials, the patient carries no responsibility and neither he nor his relatives have to compensate for the material damage.

Sheltered workshops affiliated with psychoneurologic institutions where occupational therapy is conducted are not taxed by the State, and all income goes for the improvement of patients' care and for the coverage of the mental institution's expenses.

Mental patients are provided free inpatient and outpatient treatment by highly qualified personnel. A mental patient who continues treatment at home receives all the necessary medication free of charge.

Among legal acts of particular importance are those relating to the medical examinations made to determine the degree of the patient's disability.

In accordance with existing legislation, it is foreseen that these problems can be settled by medical examination boards affiliated with mental hospitals and psychoneurologic dispensaries.

Usually such a board consists of two experienced psychiatrists practicing in the clinic and one general physician. The board is chaired by an experienced psychiatrist.

In accordance with existing legislation, psychiatric examination boards perform expertise upon the request of medical boards of mental hospitals and outpatient institutions or upon the request of general medical boards of curative institutions, which include a psychiatrist or a neurologist.

The medical examination board thoroughly examines the medical information available about the patient, including his working activity and his behavior in society and in the family. It examines the patient and then issues a certificate indicating the degree to which working capacity has been lost and defining the degree of disability. Disability is designated by three degrees, the first being the most severe and the third the lightest. In addition, the medical examination board defines indications for one type of work or another and provides all the necessary recommendations regarding the work.

Recommendations regarding the work a patient can do are formu-

lated in the most legible way. They specify the working conditions under which the disabled person can continue to work, as well as the main indications and counterindications for the continuation of work. Recommendations are also provided as to the types of professions or other work the patient could best perform, based on the opinions of those who are most familiar with the disabled workers in various occupations.

The certificate issued by the medical examination board, specifying types of work indicated for a disabled person, has a legal force and is binding for the bodies responsible for the vocational arrangements.

Socialist economy and the absence of unemployed in the Soviet Union provide wide opportunities for rational vocational placement of disabled persons – including mentally disabled ones – in accordance with medical indications. This is supported by a special legislative act that binds appropriate enterprises to hire mentally disabled persons (degree III of disability).

In this report I am unable to dwell on all the legislative acts concerning problems of psychiatry, but I hope that this brief survey provides a possibility to visualize the humane nature of Soviet legislation dealing with psychiatric problems and clearly demonstrates that it is aimed at the protection of the interests of the mentally ill person.

Literatur beim Verfasser

Adresse des Autors:

Prof. Dr. med. E. A. Babayan
Gesundheitsministerium der UdSSR
Rahkmanovski Bustreet 3
Moskau/UdSSR

Systemtheoretische Aspekte der Behandlung in der Dynamischen Psychiatrie**

Béla Buda (Budapest)*

Anliegen des Autors ist es, implizite systemtheoretische Aspekte in der Behandlungswissenschaft der Dynamischen Psychiatrie herauszuarbeiten und ihren Stellenwert für Forschung und therapeutische Praxis zu bestimmen. Buda gibt zunächst einen historischen Abriss über den Einfluß von Systemtheorie und Kybernetik auf Psychiatrie und Psychotherapie, um dann in einer ausführlichen Würdigung der Therapie-Theorie Günter Ammons darzulegen, daß diese das Systemdenken nicht nur implizit assimiliert und benutzt, sondern ihm auch neue Impulse gegeben hat. Die Kybernetik lenkte die Aufmerksamkeit auf das interpersonelle Feedback als einen gemeinsamen Wirkungsmechanismus der Psychotherapie. Auf dem Boden von Kybernetik und Systemtheorie entwickelten sich einerseits die Theorie der interpersonellen Kommunikation, die eine integrative Betrachtungsweise unterschiedlicher psychotherapeutischer Methoden anregte und aus der sich Familien- und Paartherapie entwickelten. Andererseits wurde das Systemkonzept auf die Persönlichkeit angewandt, die aufgrund ihrer Wachstumsdynamik als ‚offenes System‘ verstanden wurde mit den ihr eigenen Steuerungs- und Regelungsprozessen. In seiner Darstellung der Humanstrukturologie Günter Ammons, in der er schwerpunktmäßig die Konzepte der Archaischen Ich-Krankheiten, der nachholenden Ich-Entwicklung und der Sozialenergie hervorhebt, wird deutlich, daß Ammon die Integration kommunikationstheoretischer, interpersoneller und auf die Persönlichkeit bezogener Systemkonzepte geleistet hat.

Systemtheorie und Systemforschung haben in den letzten Jahrzehnten einen großen Einfluß auf die Entwicklung der Psychiatrie und Psychotherapie ausgeübt. Zuerst hat die Kybernetik – eine spezifische Betrachtungs- und Formulierungsweise der Systemproblematik – die Psychiatrie befruchtet. Sie hat die Aufmerksamkeit auf die Kommunikationsprozesse gelenkt und hat auf einen gemeinsamen Wirkungsmechanismus der Psychotherapie, das interpersonelle Feedback, hingewiesen, der durch die therapeutische Beziehung oder durch die therapeutische Gruppe vermittelt wird.

Wissenschaftshistorisch ist es wohlbekannt, daß sich unter den ersten Schülern von *Norbert Wiener*, der die noch damals neue und nicht anerkannte Lehre der Kybernetik unmittelbar nach dem Weltkrieg Fachleuten verschiedener Berufe weiterzugeben begonnen hatte, Psychiater befanden, die später die Begründer der modernen psychiatrischen Kommunikationstheorie geworden sind, wie z. B. *Bateson*, *Ruesch*, *Jackson*, *Spiegel* und andere. Schon die Kybernetik hat das einfachste Krankheitsmodell, die Vorstellung des krankhaften Verhaltens als Regelungsstörung, hervorgehoben.

* Dr. med., Psychoanalytiker, Leiter der Psychotherapeutischen Abteilung des National Institute of Nervous and Mental Diseases, Budapest, 1. Vizepräsident der World Association for Dynamic Psychiatry WADP, Chairman des ungarischen Zweiges der WADP

** Vortrag gehalten auf dem 2. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP/XV. Internat. Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 11. – 16. 12. 1983 in München

Die weltweite Anerkennung der Kybernetik hat logischerweise zur Neuentdeckung und Neubetonung des Systemkonzeptes geführt. Dieses Konzept war schon in der Biologie – und in der Soziologie im Rahmen des Organismus, d. h. in der Auffassung der Gesellschaft als ein sozialer Organismus – verwendet worden, wie es durch *Bertalanffy* formuliert wurde (*Bertalanffy*, 1968). Das Systemdenken hat sich später in den Sozialwissenschaften durch *Talcott Parsons* verbreitet, der seine Gesellschaftstheorie auf systemtheoretischen Prinzipien aufgebaut hatte. *Parsons* sah ganz klar, daß eine Theorie des sozialen Systems und darin die Theorie sozialen Handelns (*Parsons*, 1951) nicht ohne eine Persönlichkeitstheorie entwickelt werden kann, die auch ihrerseits einem Systemmodell entsprechen muß. Diese Persönlichkeitstheorie hatte *Parsons* auf der Basis der Psychoanalyse entwickelt. Er hatte in der Lehre von *Freud* eine sehr geeignete konzeptuelle Struktur für seine Systeminterpretation der Persönlichkeit gefunden (*Parsons*, 1964). Für ihn war besonders die freudianische Auffassung der Persönlichkeitsentwicklung, der Sozialisation, wichtig gewesen, da er durch den Sozialisationsprozeß die Eingliederung des Individuums ins Sozialsystem darstellen konnte. In vielerlei Hinsicht verstand *Parsons* den heuristischen, systemtheoretischen Charakter der psychoanalytischen Persönlichkeitslehre besser als die meisten zeitgenössischen Psychoanalytiker. *Parsons* Gedanken haben daher die amerikanische Psychiatrie nachhaltig beeinflusst.

Kybernetik und Systemtheorie haben dann in der Psychiatrie und Psychoanalyse zu verschiedenen Entwicklungen geführt: Einerseits hat sich durch ihren Einfluß die Theorie der interpersonellen Kommunikation entfaltet, die ebenso neue psychopathologische Konzepte wie auch die integrative Betrachtungsweise und die strategische Kombination bisher durch Schulgrenzen getrennter psychotherapeutischer Methoden und Techniken angeregt hat. Aus dieser Entwicklungslinie sind z. B. *Haleys* und *Watzlawicks* Theorien und Methoden hervorgegangen, um nur die bedeutendsten Namen zu nennen, und sind die familienpathologischen Forschungsrichtungen und die Methoden der Familien- und Paartherapie entstanden.

Andererseits haben die Systemdarstellungen der Persönlichkeit nicht nur die Steuerungs- und Regelungsprozesse, sondern auch die Wachstumsdynamik der Persönlichkeit in den Mittelpunkt gestellt und dadurch das Modell des offenen Systems betont. Damit kam dieses Konzept der heutigen Dynamischen Psychiatrie der Berliner Schule *Günter Ammons* sehr nahe: *Karl Menninger*, einer der Begründer der amerikanischen dynamischen Psychiatrie, versuchte, eine psychiatrische Nosologie in psychoanalytischem Sinne auf systemtheoretischer Basis zu schaffen. *Menninger* hat die psychiatrischen Krankheitsbilder nach dem Schwierigkeitsgrad der in ihnen sich manifestierenden Systempatholo-

gie typisiert. Seiner Auffassung nach gestatten diese Krankheiten der Persönlichkeit, ihre Integrität, ihr emotionelles Gleichgewicht und ihre begrenzte Funktionsfähigkeit irgendwie zu bewahren. Das emotionelle Gleichgewicht und die dadurch entstandene Angstfreiheit bedeutet aber, daß die Persönlichkeit einigen Bereichen der zwischenmenschlichen Wirklichkeit nicht gerecht werden kann. Die Psychose bedeutet bei *Menninger*, daß das Persönlichkeitssystem nur in einer Wahnwelt existieren kann, und daß die erstarrte Regelungsdynamik nur ein einziges psychologisches Ziel erreicht, nämlich die Bewahrung der Persönlichkeit vor dem Zerfall. *Menningers* Theorie impliziert schon die spätere Ichpsychologie der Dynamischen Psychiatrie und ist auch wegweisend für die dynamisch-psychiatrische Therapie gewesen (*Menninger*, 1957; *Menninger, Mayman, Pruyser*, 1963).

Im weiteren Entwicklungsverlauf der Psychiatrie hat man das Systemkonzept sehr häufig benutzt, meist aber in metaphorischem Sinne, als Analogie oder Gleichnis, um die Interdependenz der verschiedenen Strukturen und Vorgänge des psychischen Apparates, die sinnvolle Organisation der Persönlichkeit oder die Regelungsaspekte des Verhaltens zum Ausdruck zu bringen (*Gray, Duhl, Rizzo*, 1969). Eine tiefergehende systemtheoretische Analyse des menschlichen Verhaltens hätte eine ausführliche Kenntnis der mathematischen und technischen Systemmodelle erfordert, die aber den Psychiatern üblicherweise nicht zur Verfügung steht, und würde eine Menge von gut formulierbaren Erkenntnissen auf dem Gebiete von Emotions-, Kognitions- und Motivationsforschung voraussetzen, die bis heute entweder nicht vorhanden ist oder durch die unterschiedlichen Begriffskategorien verschiedener psychologischer Schulrichtungen verschlüsselt bleibt. Die Verwendung des Systemdenkens bezüglich der zwischenmenschlichen Kommunikation ist viel leichter gewesen, da man hier den Systemcharakter der Persönlichkeit als "black box" behandelte und die Aufmerksamkeit ausschließlich auf "input" und "output" von Kommunikationssignalen konzentrieren konnte. Man faßt in diesem Bereich die Persönlichkeit als ein Subsystem innerhalb eines Zwei- oder Mehrpersonensystems – wie z. B. die therapeutische Beziehung, die Familie oder die Gruppe – auf, und ist dadurch imstande, Regelungsprozesse durch negative und positive Feedbackwirkungen (*Milsum*, 1967; *Laszlo*, 1972) zu beschreiben. Dieses Herangehen hat sehr zur Entwicklung verschiedener therapeutischer Techniken, besonders zum spektakulären Aufschwung der Familientherapie (*Gurman, Kiskern*, 1981), beigetragen.

Die Psychiater und Psychotherapeuten haben erkannt, daß das Systemkonzept dadurch besonders heuristisch nützlich ist, daß die Systembezüge immer allgemeine Gesetzmäßigkeiten widerspiegeln und die Entdeckung des Vorhandenseins von Systemzuständen schon Möglichkeiten des Erkennens und des Verständnisses komplizierter Zusam-

menhänge in sich birgt. Es scheint auch wichtig und heuristisch fruchtbar, daß man Systemmodelle auf verschiedenen Größenordnungen anwenden kann; dabei kann man mit Sicherheit damit rechnen, daß es – gemäß dem Gesetz der Isomorphie – zwischen gleichen Elementen und Prozessen auf verschiedenen Systemniveaus hinsichtlich eines Erscheinungsgebietes Ähnlichkeiten und Zusammenhänge gibt. So z. B. hängt die zwischenmenschliche Kommunikation innerhalb von Mehrpersonsystemen mit der intrapersonellen Kommunikation innerhalb des Persönlichkeitssystems zusammen, soziale Verhaltensregelung hat Verwandtschaften mit intrapsychischer Verhaltensregelung, usw. Das Systemdenken führt darum zu einer Betrachtungsweise, die sowohl in Forschung und Theoriebildung wie auch in psychiatrischer Praxis sehr fruchtbar werden kann.

Wie auch andere Theoriesysteme, hat die durch *Günter Ammon* und seine Berliner Schule geschaffene Dynamische Psychiatrie das Systemdenken implizit assimiliert und benutzt. Diese psychiatrische Richtung aber hat die Perspektive der Systembetrachtung zusätzlich besonders weit vorangetrieben, hauptsächlich durch ihre neuartigen Konzepte und Methoden der komplexen Therapie. Heutzutage sind wir schon in der Lage, die systemtheoretischen Aspekte der Dynamischen Psychiatrie klar und explizit formulieren zu können. Durch die zwei Bände des Handbuches der Dynamischen Psychiatrie (*Ammon*, 1979, 1982) liegt uns die ganze Lehre dieser Richtung in einer reifen und elaborierten Form vor, obwohl sie sich ständig verändert und weiterentwickelt. Es ist interessant, daß *Ammon* und seine Mitarbeiter – wahrscheinlich ohne bewußte Absicht, aber keineswegs zufällig – die Theorien der Dynamischen Psychiatrie stufen- und schrittweise so herausgearbeitet haben, daß ihr Systemcharakter immer deutlicher und ausgeprägter geworden ist. Das ist eine Konsequenz der Tatsache, wie *Ammon* immer wieder betont und hervorgehoben hat, daß die Dynamische Psychiatrie eine Behandlungswissenschaft ist, das heißt, daß Fragen der Therapie im Mittelpunkt stehen und auch der Aufbau der Theorie im Dienste der Therapie geschehen soll. Auch historisch ist es aus der Reihenfolge von *Ammons* Arbeiten nachweisbar, daß er das Bedürfnis nach der Weiterentwicklung der Psychoanalyse eben infolge der therapeutischen Erfahrungen mit schwierigen psychiatrischen Fällen, wie z. B. schizophren Reagierenden, Depressiven oder psychosomatisch Kranken empfunden hatte, indem er beobachtete, daß diese Kranken allein mit der psychoanalytischen Standardmethode nicht heilbar waren. Er hatte gute Erfahrungen mit Milieu- und Gruppentherapie gemacht, diese Erfahrungen noch in seiner Studienzeit unter *Menninger* in Topeka beschrieben, und fand die Nützlichkeit, sogar Notwendigkeit seiner Methodenkombinationen während seiner ersten Praxisjahre in Berlin bewiesen und bestätigt. Von diesem Zeitpunkt an ist für ihn immer die therapeutische Er-

fahrung die vorantreibende Kraft für die Theorienbildung gewesen und diese Erfahrungen haben ihn immer wieder auf die Notwendigkeit verwiesen, systemartige therapeutische Interventionen und Systemstufen entsprechender therapeutischer Algorithmen zu verwenden.

Auch die Tradition der *Menninger*-Schule hat schon früh seine Aufmerksamkeit auf das Ich und auf die regulativen Funktionen innerhalb der Persönlichkeit gelenkt. Er hat sich jahrelang mit den Ich-Funktionen beschäftigt und seine Thesen bezüglich dieser Funktionen sind auch heute erste Bestandteile seiner Lehre geblieben. Er faßt die Persönlichkeit als ein offenes System auf, das sich nur unter der Kontrolle eines kräftigen Ichs unabhängig und erwachsen verhalten kann. Die Ich-Funktionen können teilweise den *Hartmanns*chen konfliktfreien Ich-sphären zugeschrieben werden, sind aber zum Teil entwicklungs-geschichtliche Produkte, die unterentwickelt, defizitär oder geschädigt und darum destruktiv gestaltet sein können. Die Ich-Funktionen regeln die Beziehung der Persönlichkeit zur zwischenmenschlichen Umwelt – so die Funktionen der Aggression, der Sexualität und Kreativität – und die Beziehung des Ichs zu den unbewußten Strukturen und Prozessen des Selbstes. Diese Regelung nach innen geschieht durch die Funktion der Ich-Abgrenzung, das ist die Funktion, die bei Psychosen defizitär ausgebildet und deshalb nicht wirksam ist.

Ein sehr wichtiger Schritt im Ausbau der Dynamisch-Psychiatrischen Theorie *Günter Ammons* ist die Schaffung der Lehre der archaischen Ich-Krankheiten und der Humanstrukturologie gewesen. Durch das Konzept der archaischen Ich-Krankheiten ist eine neue systemtheoretische Nosologie für schwere Ich-Störungen zustande gekommen, die alle vorteilhaften Seiten von *Menningers* Theorie aufweist, aber auch die Genese dieser Erkrankungen und ihr Wesen erklärt, und zwar vom Gesichtspunkt der Therapie. Die Genese dieser Krankheiten wird auf die gestörte Dynamik der Primärgruppe und der mangelhaften und gestörten Sozialisation des Kindes zurückgeführt. Es ist bemerkenswert, daß *Ammon* hier die ätiologischen Zusammenhänge aufgrund der klassischen Tradition der Psychoanalyse und ihrer neuen Richtungen, wie z. B. der Objektbeziehungstheorie und der kommunikationstheoretischen Psychopathologie, herstellen konnte, ohne auf das Endogenitätsprinzip Rekurs nehmen zu müssen. Auch darin manifestiert sich seine optimistische Einstellung zur Therapie, da er – aufgrund seiner therapeutischen Erfahrungen die organische Bestimmtheit und die Unveränderbarkeit der archaischen Ich-Krankheiten keineswegs akzeptieren kann. Indem er das Substrat der archaischen Ich-Krankheiten in mangelhaften und krankhaften Strukturbildungen des Ichs sieht, die die Verhaltensregelung unmöglich machen – das ist mit seiner Metapher „Loch im Ich“ ausgedrückt –, beschreibt er als Hauptaufgabe der Therapie die nachholende Ich-Entwicklung.

Dieses Konzept hat eine sehr große, noch nicht im nötigen Maße erkannte Bedeutung für die Dynamische Psychiatrie und darin liegt der Kern des in *Ammons* Theorie impliziten Systemansatzes: dieses Konzept bedeutet ja, daß die Therapie die nicht gelungenen, defizitären oder schief verlaufenen Sozialisationsprozesse nachholen, also in möglichen Formen wiederholen, neu in Gang setzten muß. Man muß zu diesem Zweck sozialisierende Systembezüge um den Patienten herum wiederherstellen. Um den schädlichen Einflüssen der krankmachenden Primärgruppe entgegenzuwirken, muß die Therapie gesunde und entwicklungsfördernde Gruppenstrukturen für die Patienten sichern.

Auch der Begriff der Primärgruppe enthält einen wichtigen Aspekt, der oft außer Acht gelassen wird. Man spricht bewußt von der Primärgruppe und nennt nicht einfach die Familie, da die Familie keineswegs unabhängig in der modernen Gesellschaft lebt und erzieht, sondern verschiedenen bestimmenden Einflüssen von anderen, größeren Gruppen ausgesetzt ist. In diesem Punkt setzt sich *Ammons* Auffassung mit der Betrachtungsweise der Familienpathologie und Familientherapie auseinander, da diese letzteren Schulen die Unabhängigkeit der Familie im Bereich der Sozialisierung höher einschätzen.

Ein therapeutisch hochwirksames System ist im Klinikkonzept von *Ammon* verwirklicht worden. Die Klinik soll als für nachholende Ich-Entwicklung geeignetes Milieu, als systemartiges Beziehungsgeflecht funktionieren. Patienten und Personal stützen einander, um die gesunden Milieuprozesse aufrechterhalten zu können. Das ist eine sehr große Aufgabe, und eben das Systemdenken läßt uns die Größe dieser Aufgabe erkennen, da es die Ordnung als Ergebnis der Regelung und Steuerung gegenüber störenden Einwirkungen darstellt. Die Ichgestörten Patienten manifestieren immer wieder Verhaltensweisen, die nicht nur pathologische Manifestationen in sich sind, sondern auch die gesunde Ordnung der Klinik stören würden, wenn diesen nicht durch geeignete therapeutische Subsysteme begegnet würde. Die zwischenmenschlichen Regelungssysteme werden durch die Patienten interiorisiert – dies ist einer der Mechanismen der nachholenden Ich-Entwicklung. In *Ammons* Klinikkonzept liegt das Schwergewicht nicht auf Einsicht, Durcharbeiten oder Übertragung, sondern auf Neulernen gesunder und kreativer zwischenmenschlicher Verhaltensmuster und deren Einübung in Gruppen. Man verzichtet dabei keineswegs auf die Wirkungselemente der klassischen Psychoanalyse, nur stehen sie nicht im Mittelpunkt in dem Umfang, wie in herkömmlichen psychoanalytischen Therapien üblich.

Dies wird verdeutlicht durch die Tatsache, daß die Hauptmodalität der Therapie immer die Gruppe ist. Der Patient gehört zu mehreren Gruppen, zu einer verbalen, interaktiven Gruppe und zu anderen kreativen, gestaltenden Gruppen oder einfachen Übungsgruppen, wie Reit-

gruppen oder Sportgruppen. Auch die Großgruppe spielt eine wichtige Rolle, man begegnet darin der institutionellen Wirklichkeit der Klinik, einer Art von Öffentlichkeit, wo man die schützenden Grenzen der Kleingruppen überschreiten kann und die neugelernten interpersonellen Fähigkeiten ausprobieren kann. Die Großgruppe als Vertretung der Organisationsstruktur ist ein bedeutendes Übungs- und Bewahrungsfeld der Realität, da das Organisationsmilieu ein Teil des Alltagslebens für jedermann ist.

Die Fähigkeit, durch die Teilnahme am Leben in der Klinik Anregungen zur nachholenden Ich-Entwicklung zu bekommen, hängt von dem Grad und der Schwere der Systemstörung der einzelnen Patienten ab. Je nach dem Grad der Störung können aber die therapeutischen Einwirkungen zu einem System zusammengestellt werden, das dem Ich-Zustand des Patienten entspricht, und ihm nicht nur die nötigen, sondern auch die jeweils möglichen, entwicklungsfördernden zwischenmenschlichen Einflüsse zukommen läßt. Psychotisch reagierende Patienten in tiefer Regression können oft nicht gruppenfähig sein, nur eine einzeltherapeutische Beziehung kann ihnen dann helfen, die Regression zu überwinden. Übungs- und Beschäftigungsgruppen können einen Patienten auf die Interaktionsgruppe vorbereiten. Das komplexe Therapiesystem der Klinik gestattet es, je nach individuellem Bedarf einen longitudinalen Therapiealgorhythmus zu gestalten, der den Patienten vor solche Aufgaben stellt, die ihm in seinem jeweils erreichten nachholenden Entwicklungsstand gerecht werden.

Aus systemtheoretischer Sicht hat das Konzept der Sozialenergie, das *Ammon* kürzlich herausgearbeitet hat, eine große Bedeutung, da die Forderung, der Patient müsse eine genügende Menge und die richtige Art von Sozialenergie bekommen, den nachholenden Ich-Entwicklungsprozeß einem gesunden und konstruktiven Sozialisationsvorgang noch ähnlicher macht. Der Begriff der Sozialenergie läßt die therapeutische Beziehung und die therapeutischen Systemeinwirkungen der Klinik in dynamischer und ökonomischer Hinsicht vorstellbar werden. Zwischenmenschliche Dynamik bekommt dadurch eine neue Erklärung.

Im allgemeinen kann man die Therapie der Dynamischen Psychiatrie so beschreiben, daß das unentwickelte oder geschädigte System der Persönlichkeit des Patienten und ihr in seinen Regelungsfunktionen gestörtes Ich sich durch die fortschreitende Eingliederung in ein umfassendes zwischenmenschliches System entwickelt und entfaltet und als eine immer differenziertere Systemeinheit bzw. ein Subsystem ein zunehmend bedeutender Faktor in der Therapie Anderer sein wird. Die gewonnene Sozialenergie und die neuerworbenen Systemfähigkeiten der Persönlichkeit werden so im gewissen Umfang weitergegeben.

Es gibt noch andere Konzepte in der Therapielehre der Dynamischen

Psychiatrie, die systemtheoretisch interpretiert und gewürdigt werden könnten (z. B. das Konzept des Holismus, der Identität, der Auseinandersetzung als Faktor in der Therapie usw.). Auch lohnte es sich, die neueren Forschungsansätze der Berliner Schule aus systemtheoretischer Sicht zu bewerten (z. B. die Forschungen bezüglich der Funktionen der Hirnhemisphären, der verschiedenen neurophysiologischen Vorgänge, die als biopsychologische Systemelemente dem Persönlichkeitssystem unterliegen und es als Substrat möglich machen), aber die wichtigsten Systemaspekte befinden sich im Bereich der Therapie. Diese Aspekte verdienen in der Zukunft eine genauere Systemanalyse aus mehreren Gründen: Erstens könnten die systemtheoretischen Modelle, die in den empirisch herausgearbeiteten Therapiemethoden und Behandlungstheorien der Berliner Schule enthalten sind, zur Weiterentwicklung und Intensivierung der Therapie beitragen. Zweitens könnten die systemtheoretischen Begriffe die Wirkung der Dynamischen Psychiatrie auf andere psychiatrische Schulrichtungen verstärken. Diese Begriffe sind auch dazu geeignet, zwischen der Berliner Schule und anderen Richtungen konzeptuelle Brücken zu schlagen. Das bedeutendste ist aber die Perspektive, welche durch die Modellierung und Stimulation der Therapievorgänge und der therapeutischen Veränderungen erschlossen werden kann. Sie kann die Programmierung der Kombinationen und Sequenzen therapeutischer Interventionen gezielter und ökonomischer machen, das Lernen und die Ausbildung in der Psychotherapie erleichtern und die aktuellen therapeutischen Eingriffe wirksamer gestalten.

Systems Theory and Treatment in Dynamic Psychiatry

Béla Buda (Budapest)

The author first describes the great influence of systems theory and cybernetics on psychiatry and psychotherapy. Cybernetics drew the attention to processes of communication and to interpersonal feedback as a common effective mechanism of psychotherapy. Among the first disciples of Norbert Wiener, who tried to introduce cybernetics to various professions, were psychiatrists as Bateson, Ruesch, Jackson and Spiegel. Later on they founded the modern psychiatric theory of communication.

Talcott Parsons is mentioned as a theorist of social systems, who worked out the systems-theoretical character of the psychoanalytical science of personality. Based on cybernetics and systems theory, on the one side, a theory of interpersonal communication developed which inspired an approach integrating different methods of psychotherapy (for

example Haley and Watzlawick, Milsum, Laszlo, Gurman and Kiskern). Family therapy and therapy of couples are due to this approach that conceives personality as a subsystem of a system of two or more persons. On the other hand the concept of system was applied to personality with its own processes of control and regulation which was seen as an open system because of the dynamics of growth.

The author emphasizes the heuristic value of systems theory for theory and practice of psychiatry. For example the application of the law of isomorphy – i. e. the similarity of equal elements and processes on different levels of systems – says that the interpersonal communication within a multipersonal system is connected to the intrapersonal communication within the subsystem of personality.

Then the author considers in detail some aspects of the Dynamic Psychiatry of Günter Ammon. He points out that he not only assimilated and utilised systems theory but gave important impulses to its development, too. The advancement of the theory of Dynamic Psychiatry made more and more clear its systemic aspects. This was a result of the fact that Dynamic Psychiatry is a science which focusses on questions of treatment. Ammons experiences with milieu- and group-psychotherapy during his time at the Menninger Foundation caused him to introduce systemic combinations of different therapeutic interventions. It was the tradition of the Menninger School which, too, drew Ammons attention to the Ego and its regulative functions.

Furtheron Buda describes Ammons theory of the archaic Ego-diseases and the therapeutic retrieval of Ego-development. These concepts form the core of the implicate systemical thinking in Ammons theory.

Buda describes the therapy of Dynamic Psychiatry as follows: personality is conceived as an open system. The undeveloped or disturbed system of personality of the patient and his Ego with its impaired regulative functions develops and displays itself by the progressive integration into a comprehensive interpersonal system. The more differentiated the subsystem of the patient's personality becomes, the more he contributes to the therapy of others. The acquired social energy and abilities of the personality system are thus transmitted to a certain extent. This process the author depicts describing the therapeutical system of the clinic with its network of groups as realized by Ammons concept of a Dynamic Psychiatric hospital. The approach of systems theory shows obviously the dimensions of the task to induce and maintain a healthy milieu: the healthy order of the clinic is seen as a result from regulation and control of disturbing factors arising from the pathology of the patients.

The author ends with the outlook on further concepts of Dynamic Psychiatry to be interpreted in terms of systems theory, for example the concepts of holism and identity. Furthermore he proposes to evaluate recent fields of research as for example the brain hemisphere re-

search in terms of systems theory. However, he is more interested in a more detailed systems analysis in the field of therapy. This could help to develop and intensify the methods of treatment as well as the training of therapists and to build bridges between Dynamic Psychiatry and other schools of psychotherapy.

Literatur

- Ackoff, R. L.; Emery, F. E. (1972): On Purposeful Systems (Tavistock)
- Amerikaner, M. J. (1981): Continuing Theoretical Convergence. A General Systems Theory Perspective on Personal Growth and Development. J. of Individual Psychology (37) 31–53
- Ashby, W. R. (1960): Design for a Brain. The Origin of Adaptive Behaviour (London: Chapman and Hall)
- Astrachan, B. M. (1970): Towards a Social Systems Model of Therapeutic Groups. Social Psychiatry (5) 11–119
- Boulding, K. E. (1956): The Image. Knowledge in Life and Society (Ann Harbour: Univ. of Michigan Press)
- Buckley, W. (1967): Sociology and Modern Systems Theory (Englewood Cliffs: Prentice-Hall International)
- Buckley, W., ed. (1968): Modern Systems Research for the Beh. Scientist. A Sourcebook (Al-dine)
- Busch, J. A. (1979): Cybernetics III. A System-Type Applicable to Human Beings. Cybernetics (2) 89–103
- Emery, F. E., ed. (1969): Systems Thinking. Selected Readings (Penguin)
- Gray, W.; Duhl, F. J.; Rizzo, N. D.; eds. (1969): General Systems Theory and Psychiatry (Little, Brown and Co.)
- Menninger, K. A. (1957): Psychological Aspects of the Organism Under Stress. General Systems. Yearbook of the Society for the Advancement of General System Theory, ed. by L. von Bertalanffy; A. Rappaport (2) 188–256. J. of Am. Ps. Assoc. 1954 (2) 67–106, 280–310
- Menninger, K.; Mayman, M.; Pruyser, P. (1963): The Vital Balance. The Life Process in Mental Health and Illness (New York: Viking Press)
- Miller, J. G. (1975): The Nature of Living Systems. In: Beh. Science (20) 343–365
- Miller, J. G. (1978): Living Systems (New York: McGraw-Hill)
- Milsum, H. H., ed. (1967): Positive Feedback. A Gen. Syst. Appr. to Positive/Negative Feedback and Mutual Causality (Oxford: Pergamon Press)
- Moser, Z.; Zeppelin, I.; Schneider, W. (1969): Computer Simulation of a Model of Neurotic Defense Processes. In: Int. J. of Psycho-Analysis (50) 53–64
- Peterfreund, E. (1973): Information, Systems and Psychoanalysis. An Evolutionary Biological Approach to Psychoanalytic Theory (New York: IUP)
- Sutherland, J. W. (1973): A General Systems Philosophy for the Social and Behavioral Sciences (New York: G. Braziller)
- Volkov, P. P., ed. (1976): Sziszteműj podhod i pszichiatría (Minszk: Vűszcaja skola)

Adresse des Autors:

Dr. med. Béla Buda

Frankel Leo 2–4

1027 Budapest

Ungarn

Bemerkungen zur Konzeption der Selbstorganisation des Universums von Erich Jantsch

Friedrich S. Rothschild (Jerusalem)*

Prof. Winniks psychiatrisches und psychoanalytisches Denken waren in seinen reichen klinischen Erfahrungen und in der klassischen Lehre *Freuds* verankert. Aber er hatte doch immer auch ein offenes Ohr für Grenzgebiete wie die Parapsychologie und Biosemiotik, über die ich mich mit ihm häufig unterhielt, und auch für die Dynamische Psychiatrie, wie sie *Günter Ammon* als Behandlungswissenschaft lehrt und organisiert hat. Prof. Winnik wurde in der von Dr. Ammon herausgegebenen Zeitschrift „Dynamische Psychiatrie“ unter den Mitarbeitern aufgeführt, und ich habe nach seinem Tode eine Gedenkrede auf ihn während einer Sitzung der Landes- und Gruppenvorsitzenden (WADP, Board of Governors) dieser Organisation gehalten.

Prof. Winnik hatte Interesse für die Methoden der Psychotherapie der Schizophrenie, die Dr. Ammon in dem Dynamisch-Psychiatrischen Hospital in Mengerschwinge und in den Instituten der Deutschen Akademie für Psychoanalyse anwenden ließ. Er hätte sicher auch besonderes Interesse für den Wechsel der Paradigmen des wissenschaftlichen Denkens gehabt, die von Dr. Ammon und seinen Schülern in den letzten Jahren vertreten wurden, und für die besonders ein Buch von *Erich Jantsch* „Die Selbstorganisation des Universums. Vom Urknall zum menschlichen Geist“ als eine Bestätigung angesehen wurde.

Dr. Ammon gab mir dieses Buch auf dem letzten Kongreß der World Association for Dynamic Psychiatry in München 1983 mit der Bemerkung, daß die leitenden Ideen in ihm denen ähnlich seien, die ich seit Jahren in der von mir entwickelten Biosemiotik vorgetragen hätte. An sich hat Prof. Winnik für diese biosemiotische Forschungsmethode und Theorie ebenfalls Interesse gehabt. Er hat drei Arbeiten von mir mit Anwendung des biosemiotischen Denkens in den von ihm herausgegebenen „Israel Annals for Psychiatry and Related Disciplines“ veröffentlicht, obwohl er seine Zurückhaltung den philosophischen Grundlagen der Biosemiotik gegenüber nie aufgab. Das Buch von *Jantsch* hätte ihm wohl auch neue Aspekte in bezug auf die Berechtigung dieser neuen Denkweise gezeigt.

* Prof. em. an der Hebrew University, Dr. med., Psychiater

Ich will hier einige wesentliche Gedanken aus diesem Buch referieren und dann auf die Ähnlichkeit mit der Biosemiotik hinweisen. *E. Jantsch* ist jung mit 51 Jahren gestorben. Er war Astrophysiker, OECD-Berater, Mitbegründer des "Club of Rome" sowie Gastprofessor an mehreren amerikanischen und europäischen Universitäten. Das oben genannte, zuerst 1979 erschienene, und dann 1982 von dem Deutschen Taschenbuchverlag neu herausgegebene Buch wird von dem Verleger mit folgenden Sätzen eingeleitet: „Dieses Buch stellt eine kühne, weitreichende These auf. Es behauptet, daß die neuesten Forschungsergebnisse in Chemie und Physik, Kosmologie, Ökologie, Biologie und anderen Disziplinen ein neues Verständnis nicht nur der Natur, sondern auch der Menschenwelt, ihrer Geschichte und ihres ‚Sinnes‘ erlauben. Selbstorganisation, wie sie von politischen Gruppen und existentiellen Bewegungen angestrebt, von Theoretikern der Gesellschaft gefordert und von Praktikern häufig genug als fremde Utopie verhöhnt wird, erfährt hier von unerwarteter Seite eine handfeste Bestätigung: ein Naturwissenschaftler präsentiert sie als experimentell nachweisbares Grundprinzip der Evolution des Universums, als die treibende Kraft der natürlichen und der geistigen Welt. Das ermöglicht ihm den Entwurf einer neuen Evolutionstheorie, deren Ergebnisse weit über den naturwissenschaftlichen Ansatz hinausgehen.“

Die entscheidende Anregung für den Aufbau dieser Theorie erhielt *Jantsch* durch den Chemiker (Nobelpreisträger) *Prigogine*, der mit der Theorie und nachfolgenden empirischen Bestätigung der sogenannten dissipativen Strukturen in chemischen Reaktionssystemen und mit der Entdeckung eines in diesen Strukturen wirkenden neuen Ordnungsprinzips, der Ordnung durch Fluktuation (*Nicolis und Prigogine 1977*), eine Revolution im Verhältnis zu den alten, in der klassischen Mechanik begründeten wissenschaftlichen Modellen einleitete. Solche dissipativen Strukturen werden von anorganischen Stoffen gebildet, die sich nicht in einem Gleichgewichtszustand befinden, sondern offen mit ihrer Umwelt in Kommunikation stehen. Trotzdem zeigen diese Strukturen eine Selbsterhaltung wie die Entropie der Stoffe bei dem absoluten Nullpunkt der Temperatur.

Dieser Begriff der „Ordnung durch Fluktuation“ macht es möglich, die Entwicklung von Strukturen verständlich zu machen, die von ursprünglich anorganischen Stoffen ausgehen und sich in einer Weise zusammensetzen, daß Eigenschaften organismischen Lebens auftreten. Gleichzeitig kann man ihnen Entropie zusprechen, weil sie ihre Struktur trotz ihres Stoffwechsels und ihrer gesteigerten Komplexität erhalten können. Der Physiker *Schrödinger* hat schon diese Fähigkeit von lebendigen Strukturen, trotz ihrer Offenheit im Stoffwechsel ihre Struktur zu bewahren, als eine Art von Entropie bezeichnet, und ich habe diese Auffassung in dem Buch „Das Ich und die Regulation des Erleb-

nisvorgangs“ (1950) übernommen. *Jantsch* spricht in diesem Zusammenhang von Selbstorganisation und von einer Selbsttranszendenz einfacherer anorganischer Strukturen zu komplexeren organismischen. Die Fähigkeit molekularer Strukturen zur Dissipation und zur Selbstorganisation in komplexeren Zusammensetzungen und zur weiteren Selbsttranszendenz zu noch höher organisierten Formen bildet das Schema der Prozesse, aus dem *Jantsch* die ganze Evolution der Organismen bis zum Menschen und auch die Formen sozialer und geistiger Ordnung verständlich zu machen sucht.

Unter dissipativen Strukturen versteht man also „jene physikalisch-chemischen Reaktionssysteme, die Energie- und Massedurchsatz im Austausch mit ihrer Umgebung ständig selbst in Gang halten und über längere Zeiträume global-stabile Strukturen bilden. ... Sie wurden so genannt, weil sie ständig Entropieproduktion aufrecht erhalten, also ständig ‚arbeiten‘ und Energie umsetzen. Man spricht in diesem Falle von dissipativer Selbstorganisation im Gegensatz zu konservativer Selbstorganisation, bei der nur die anziehenden und abstoßenden Kräfte im System selbst eine Rolle spielen.“ (S. 61)

Mit Hilfe dieses Energie- und Materieaustausches mit der Umgebung hält das System sein inneres Ungleichgewicht aufrecht, und dieses Ungleichgewicht hält seinerseits den Austausch aufrecht. Man mag etwa an das Bild eines Menschen denken, der stolpert, sein Gleichgewicht verliert und sich nur dadurch aufrecht erhalten kann, daß er immer weiter vorwärts stolpert. Der Ausgang von den dissipativen Strukturen ist daher besonders geeignet, den Zusammenhang zwischen der toten Materie des Anorganischen und der lebenden Materie der Organismen dem Verständnis näher zu bringen.

Jantsch führt seine Kritik der darwinistischen Theorie der Evolution mit einer in dieser Breite ungewöhnlichen Sachkenntnis durch. Er verläßt dabei das rein naturwissenschaftliche Denkschema, um seinen Gebrauch des Begriffes des Selbst in Selbstorganisation und Selbsttranszendenz zu begründen. Dazu dienen ihm zwei Begriffe „Geist“ und „Sinn“. „Geist“ wird schon bald in dem Text benutzt, um die naturwissenschaftlich unerklärbaren Leistungen in der Lebensentwicklung der Evolution verständlich zu machen, auf den Sinngehalt all dieser lebenserfüllten Strukturen wird am Schluß des Buches in einem Epilog mit dem Titel „Sinn“ hingewiesen.

Im Rahmen der Biosemiotik habe ich das Verhältnis des anorganischen zu organischem Leben ebenfalls behandelt und möchte zunächst auf die sogenannten psychokinetischen Phänomene der Parapsychologie hinweisen. Ich habe mehrfach eigene Erfahrungen auf diesem Gebiete gehabt, besonders in Experimenten mit medial begabten Personen, die ich zusammen mit Dr. *Behrendt* und oft auch mit anderen Anwesenden beobachtete, und habe darüber Prof. *Winnik* berichtet. Er hat

auch an einer Sitzung mit einem Medium bei mir zuhause teilgenommen, das, wie Uri Geller, den Gang von Uhren psychisch zu beeinflussen vermochte, und außerdem Löffel und Gabeln aus Metall auf diese Weise verbiegen, verdrehen und zerbrechen konnte. In der obengenannten von *Winnik* herausgegebenen Zeitschrift habe ich in einer Arbeit solche parapsychologischen Phänomene beschrieben und ihre Theorien vom Standpunkt der Biosemiotik diskutiert.

In dieser Biosemiotik habe ich mich an die Philosophie und Ausdruckswissenschaft von *Ludwig Klages* angelehnt. Mit *Klages* halte ich die Entwicklung des Kosmos und des Lebens auf der Erde für einen psychophysischen Prozeß. Aber ich weiche von der *Klages'schen* Philosophie des „Geistes als Widersacher der Seele“ ab, weil ich Geist und Seele des Menschen für unmittelbare Abkömmlinge der schöpferischen, göttlichen Potenz halte, die den Kosmos mit dem „Big Bang“ hat entstehen lassen. Die Materie des Kosmos und die ungeheuren Energien, die in ihr wirken, sind Ausdruck und Ergebnis einer schöpferischen Intention, die die Entwicklung individuierten Lebens in dieser Materie anstrebt und in der Verinnerlichung dieses Lebens die seelisch-geistige Erlebnis- und Willensfähigkeit des Menschen erreicht hat. Die Materie besitzt also von ihrem Ursprung her eine Offenheit für seelisch-geistige Intentionen, womit die Voraussetzung für parapsychologische Phänomene wie etwa das obengenannte psychokinetische Verbiegen, Zerbrechen und Verdrehen von Löffeln und Gabeln aus Metall grundsätzlich gegeben ist.

Auf Grund dieses Ursprungs besitzen alle Beziehungen in der Welt der Organismen und auch in der anorganischen Natur einen Aspekt, den man als Ausdruck von Kommunikation ansehen kann. Auf der dreißigsten Tagung der Nobelpreisträger in Biologie und Biochemie in Lindau vor einigen Jahren mußten sich diese Kenner der Materie, wie in der Frankfurter Allgemeinen Zeitung vom 11. 7. 1980 berichtet wird, mit der Idee eines evolutionären Universums und einer gleichsam kommunizierenden Materie anfreunden. Weiter heißt es dort: „*Prigogines* Arbeiten zur Thermodynamik von offenen Systemen in Zuständen des Nichtgleichgewichts haben die von ihm in Lindau so zusammengefaßte Erkenntnis gebracht, daß Evolution und Kommunikation der Materie als erkannte Eigenschaften in die Idee von einem ‚evolutionären Universum‘ schlüssig einzubeziehen sind.“ Ich habe diese heute auch bei *Jantsch* in den Vordergrund des wissenschaftlichen Denkens tretenden Ideen schon vor fünfzig Jahren in meinen Forschungen zur Struktur und Funktion des Zentralnervensystems zur Grundlage genommen.

Die spezifischen Kommunikationsformen des Menschen sind Sprache und Schrift. Ich benutze die grammatikalische Ordnung der Sprache und den Ausdrucks- und Sinngehalt ihrer Schriftzeichen als Modell, um die Ordnung und den Sinn der Kommunikationsprozesse, die die

Organismen konstituieren und die Strukturen der anorganischen Welt bestimmen, in ihrem Zusammenhang verständlich zu machen. In dem 1935 erschienen Buch „Symbolik des Hirnbaus. Erscheinungswissenschaftliche Untersuchungen über den Bau und die Funktion des Zentralnervensystems der Wirbeltiere und des Menschen“ habe ich Struktur und Funktion von Hirnteilen mit dieser Methode analysiert und kam dabei zu Ergebnissen, die mit später durchgeführten neurophysiologischen und klinischen Untersuchungen übereinstimmen.

In der Biosemiotik versuche ich den Zusammenhang zwischen dem mit naturwissenschaftlichen Methoden gewonnenen Tatsachen mit einer geisteswissenschaftlichen Methode verständlich zu machen. Zeichen als die elementaren Vermittler jeder Kommunikation und damit auch der Wissenschaft von den Zeichen, der Semiotik, bedürfen eines Subjektes, das Sinn oder Bedeutung der Zeichen zu verstehen und mitzuteilen vermag. Wie schon die Worte „Sinn“ und „Bedeutung“ besagen, beruht solches Verstehen auf einem Deutungsprozeß in der Innerlichkeit des Wesens, dem das Zeichen begegnet, und ist deshalb kein den Methoden der Naturwissenschaften und ihrer Forderung der Objektivierung ihrer Forschungsgegenstände zugänglicher Vorgang. Die Biosemiotik benutzt die verstehende Methode der Geisteswissenschaften, um sie auch auf die Kommunikationsprozesse im unbewußten organismischen Leben anzuwenden und sie sogar auf Bereiche des Anorganischen zu übertragen, die nur von Chemie und Physik behandelt zu werden pflegen. Nach dem erwähnten Gebrauch des Begriffs der Kommunikation auf der Lindauer Nobelpreisträgertagung und auch bei *Jantsch* ist das heute nicht mehr möglich.

Obwohl *Jantsch* als Physiker ganz andere Tatsachen zur Grundlage seiner Theorie nimmt, wie ich sie auf Grund der Untersuchungen der Evolution des Zentralnervensystems benutzt habe, ist man wohl zu der heute von verschiedenen Seiten geäußerten Ansicht berechtigt, daß in diesen Ergänzungen der *Darwinschen* Theorie ein neues Paradigma wissenschaftlichen Denkens zur Geltung kommt. In dem schon erwähnten Epilog, dessen Titel „Sinn“ lautet, schreibt *Jantsch*: „Naturgeschichte, unter Einschluß der Menschengeschichte, kann als Geschichte der Organisation der Materie und Energie verstanden werden. Sie kann aber auch als Organisation von Information in Komplexität aufgefaßt werden. Vor allem aber kann sie als Evolution von Bewußtsein – d. h. von Autonomie und Emanzipation – und von Geist aufgefaßt werden. Geist erscheint nun als Selbstorganisationsdynamik auf vielen Ebenen, als eine Dynamik, die selbst evolviert. In dieser Hinsicht ist Naturgeschichte immer auch Geistesgeschichte. Selbsttranszendenz, die Evolution evolutionärer Prozesse, ist geistige Evolution.“ *Jantsch* hätte wohl auch *Winnik* tiefer von der wissenschaftlichen Berechtigung des neuen Paradigmas überzeugt, weil es ihm gelungen ist, die Evolution als eine

geistgeleitete und sinnsuchende Selbstorganisation des Universums darzustellen.

Adresse des Autors:

Prof. em. Dr. med. Friedrich S. Rothschild
Physicians Home Mobile Post Harei Jehuda
91001 Moza-Illit
Israel



In Memoriam für unseren lieben Freund
Dr. Joshua Bierer gestorben am
22. November 1984 in Teneriffa

In seinem letzten Lebenszeichen zu uns im September 1984 schrieb er: "... on account of my health and as a prophylactic measure I have decided to transfer my activities to Tenerife for the winter. My plan is to concentrate on my writing. I shall be there from the middle of October until April 1985, unless I am compelled to change my plans. It would therefore not be possible for me to attend the 3. World congress of WADP in March. However, should circumstances allow that I have to be in Europe at that time I will do my utmost to be there."

Joshua Bierer war einer der großen Pioniere der Schizophreniepsychotherapie und der sozialen Bezüge psychiatrischer Arbeit.

1901 in Radautz geboren, studierte er in Wien. Psychotherapie studierte er bei Adler und Neuer. Von 1927–1933 lehrte er in Berlin Individualpsychologie, war dann bis 1936 in Wien tätig und emigrierte nach England, wo er in London psychiatrisch und psychotherapeutisch arbeitend sein Lebenswerk entwickelte. Von ihm stammt die Konzeption therapeutischer Selbsthilfeklubs, Day Hospitals, Night- und Weekend Hospitals, Therapeutic Communities, Selfgoverned Hostels, the total separation treatment in marriage guidance und a new and revolutionary method in education. Er war Mitbegründer des Kibbuz Mishmar Haemek in Israel. Er gründete die Internationale Gesellschaft für Sozialpsychiatrie und das internationale Journal of Social Psychiatry. Seine Hauptwerke sind "Innovation in Social Psychiatry" und "The Day-Hospital". Seine Forschungsrichtung war die soziale Psychotherapie, Gruppenpsychotherapie und Psychotherapie von psychotisch Kranken.

Eine über zehn Jahre lange Freundschaft verbindet mich mit dieser aus der Welt unseres Faches herausragenden großen Persönlichkeit mit seiner großen Wärme und Güte, die ihn oftmals Tränen der Berührtheit zeigen ließ, wenn er von den Behandlungen seiner Kranken zu uns sprach. Er war weit offen und genial in seinem Denken und seinen Plänen und war von tiefer Bescheidenheit und Toleranz dem Denken anderer gegenüber. In der letzten Phase seines Lebens baute er sich selbsttätig, zusammen mit seiner jungen iranischen Frau, ein neues Heim auf und zog eine Tochter auf. Er begründete den Britischen Zweig unserer Weltgesellschaft und nahm aktiv an einer Reihe von Kongressen teil, wie er auch weiterhin aktiv in der Bewegung der sozialen Psychiatrie war.

Auch jenseits der Schwelle des Todes wird er einer der unsrigen bleiben.

Günter Ammon

Liste der eingegangenen Bücher

- Autorenkollektiv*, Leitung *Kurt Höck* (1983): Psychotherapieberichte. (Institut für Psychotherapie und Neurosenforschung, Haus der Gesundheit Berlin)
- Bauer, E.; von Lucadou, W.*, Hrsg. (1984): Psi – was verbirgt sich dahinter? Wissenschaftler untersuchen parapsychologische Erscheinungen. (Freiburg im Breisgau: Herder, Herderbücherei Band 1150)
- Behrendt, H. C.* (1985): Sprung über die Zeit. Vorschau in parapsychologischer Sicht. (Freiburg im Breisgau: Herder)
- Berger, Renato* (1984): African Dance. Afrikanischer Tanz in Vergangenheit und Zukunft. (Wilhelmshaven: Heinrichshofen)
- Burdock, Eugene I.; Sudilovsky, Abraham; Gershon, Samuel*, Hrsg. (1982): The Behaviour of Psychiatric Patients. Quantitative Techniques for Evaluation. (New York and Basel: Marcel Dekker)
- Chessick, Richard D.* (1983): A Brief Introduction To The Genius of Nietzsche. (Boston: University Press of America)
- Cropley, Arthur J.* (1982): Kreativität und Erziehung. (München: Ernst Reinhardt)
- Damon, William* (1984): Die soziale Welt des Kindes. (Frankfurt a. M.: Suhrkamp)
- Deimel, Hubertus* (1983): Sporttherapie bei psychotischen Erkrankungen. Entwicklung, Methodik und Ergebnisse. (Berlin: Carl Mahrhold)
- Dobenbeck Regina von* (1983): Gebundenes Malen mit geistig behinderten Kindern. Arbeitsanleitung für die Schulpraxis. (München, Basel: Ernst Reinhardt)
- Eicke, Dieter*, Hrsg. (1982): Tiefenpsychologie Band II: Neue Wege der Psychoanalyse, Psychoanalyse der Gesellschaft, Die psychoanalytische Bewegung. (Weinheim und Basel: Beltz)
- Fried, Yehuda; Agassi, Joseph* (1983): Psychiatry as Medicine. (The Hague, Boston, Lancaster: Martinus Nijhoff)
- Genter, Ulfried* (1984): Die Professionalisierung der deutschen Psychologie im Nationalsozialismus. (Frankfurt am Main: Suhrkamp)
- Goetze, H.; Jaede, W.* (1984): Die nicht-direktive Spieltherapie. Eine wirksame Methode zur Behandlung kindlicher Verhaltensstörungen. (Frankfurt a. M.: Fischer Taschenbuch, Reihe Geist und Psyche)
- Heimann, H.; Foerster, K.* (1984): Psychogene Reaktionen und Entwicklungen. (Stuttgart, New York: Gustav Fischer)
- Horney, Karen* (1984): Die Psychologie der Frau. (Frankfurt a. M.: Fischer Taschenbuch)
- Jewett, Don L.; Rayner, Martin D.* (1984): Basic Concepts of Neuronal Function. A Multilevel Self-Teaching Textbook. (Boston, Toronto: Little, Brown and Company)
- Kutter, Peter* (1984): Psychoanalyse in der Bewährung. Methode, Theorie und Anwendung. (Frankfurt a. M.: Fischer Taschenbuch)
- Lukesch, Helmut* (1983): Geburts – Angst – Skala G – A – S. (Göttingen: Hogrefe)
- Moore, Michael S.* (1984): Law and Psychiatry. Rethinking the Relationship. (Cambridge: University Press)
- Nemeroff, Charles B.; Dunn, Adrian J.*, Hrsg. (1984): Peptides, Hormones and Behaviour. (Lancaster: MTP Press)
- Siedow, H.*, Hrsg. (1983): Standorte der Psychiatrie, Band III: Auflösung der psychiatrischen Großkrankenhäuser. (München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg)
- Thielen, Manfred* (1984): Sowjetische Psychologie und Marxismus. Geschichte und Kritik. (Frankfurt a. M.: Campus, Campus Forschung Band 411)

Nachrichten/News

Honorary Fellowship of the World Association for Dynamic Psychiatry WADP for Professor Dr. Shridhar S. Sharma and Professor Dr. L. P. Verma

The Executive Council of the World Association for Dynamic Psychiatry WADP has elected two outstanding Indian psychiatrists for Honorary Fellowship of the Association:

Professor Dr. Shridhar S. Sharma, Director of the Central Institute of Psychiatry in Kanke-Ranchi, India, was elected for Honorary Fellowship because of his outstanding psychiatric accomplishments and international cooperation.

Professor Dr. L. P. Verma, Ranchi, India, was elected for Honorary Fellowship because of his outstanding psychiatric contributions to India and the world.

Corresponding Fellowship of the Indian Psychiatric Association for Dr. Günter Ammon

On occasion of his scientific journey through India Dr. Günter Ammon was elected for Corresponding Fellowship of the Indian Psychiatric Association.

Goldene Medaille der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) für Professor Dr. med. Filip V. Bassin

Während des 3. Weltkongresses der World Association for Dynamic Psychiatry WADP/XVI. Internationales Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) wurde Professor Dr. med. Filip V. Bassin die Goldene Medaille der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) verliehen für seine Verdienste um die Erforschung ungenutzter Möglichkeiten des höheren Nervensystems und für die über 15jährige wissenschaftliche Zusammenarbeit mit der Akademie.

Ankündigungen von Kongressen

16th Epilepsy International Congress-Hamburg-September 6-9-85

- Topics: 1. Do antiepileptic drugs cure epilepsy?
 2. Neuropathology of epilepsy
 3. Biorhythmic and epilepsy
 4. Electrogenesis of seizures and epilepsy
 5. Natural history of epilepsy beginning in infancy
 6. Development of self-help-groups, self help organisations and their members

Weiter: Early morning seminars
 Audio-visual-festival
 Public education seminar
 Int. Self-help-group-meeting

Registration fees:

Early registr.: 360,- DM (until 15. June 1985). Late registr.: 430,- DM
 Junior part.: 100,- DM (before and after 15. 6. 1985).
 Accompanying persons: Early: 150,-/Late 180,-DM

Congress Secretary:

Thomas Wiese
 Spandauer Damm 46 – 1000 Berlin 19
 Phone 049-30-321-4080

2nd International Congress of Nursing in Child Health 17th–20th September 1985

The second International Congress of Nursing in Child Health will be held from 17th–20th September 1985 at the Imperial College South Kensington, London.

*Die Internationale Gesellschaft für Gruppenpsychotherapie
 kündigt den 9. internationalen Kongress für Gruppenpsychotherapie
 vom 24. bis 29. August 1986 in Zagreb, Jugoslawien, an.*

Thema: „Entwicklungen und Übergänge im Kontext schneller Wandlungen. Eine Herausforderung an die Gruppenpsychotherapie.“

Für dieses weit gefaßte Thema ist die I.A.G.P. offen gegenüber allen psychotherapeutischen Ansätzen und Methoden und gegenüber allen anderen Disziplinen, die sich mit der Entwicklung des Verständnisses für die Menschheit befassen.

Einzureichen sind: (a) Zusammenfassung des Referats (maximal 500 Worte), (b) Einzelheiten über Workshops, (c) Selbsterfahrungs- und Demonstrationsgruppen, (d) Videos, usw. an:

Claude *Pigott*, M. D.

Vorsitzender des Programm-Komitees

8, rue Edmond Gondinet

75 013 – Paris (France)

Bitte, schicken Sie Ihre Anmeldung an:

Eduard *Klain*, M. D.

Vorsitzender des Vorbereitungskomitees

Centar za mentalno zdravlje

Kišpatićeva 12

41 000 – Zagreb (Jugoslawien)

Anschrift des Herausgebers/editor's address:

Dr. med. Günter Ammon, Wielandstr. 27/28, 1000 Berlin 15

Manuskripte nehmen entgegen/manuscripts should be sent to:

Hauptschriftleitung Dr. med. Günter Ammon, Wielandstr. 27/28, 1000 Berlin 15

Weitere Mitglieder der Redaktion/Members of the editorial staff: Maria Berger, Dipl.-Psych. Ilse Burbiel, Dipl.-Psych. Gabriele von Bülow, Dipl.-Psych. Gisela Finke, Dipl.-Psych. Doris Hoffmann, Susanne Horst M.D., Angela Krapp, Dipl.-Psych. Heidi Mönnich, Margit Schmolke, Dipl.-Psych. Ulrich Stuck, Dipl.-Psych. Hans Wagner

Anzeigen: Petra Hieber

Anschrift der Redaktion/Address of the editorial staff:

Wielandstr. 27/28, 1000 Berlin 15

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

Die veröffentlichten Artikel geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder. Manuskripte werden in allen Sprachen in dreifacher Ausfertigung entgegengenommen, deren Umfang nach Möglichkeit 20 doppelzeilige Schreibmaschinenseiten nicht überschreiten soll. Das Manuskript soll eine Zusammenfassung von mindestens zwei doppelzeiligen Schreibmaschinenseiten in deutsch oder englisch enthalten. Die Literaturangaben müssen jenen in diesem Heft entsprechen. Arbeiten können nur ohne Zahlung von Honorar zur Veröffentlichung entgegengenommen werden. Bilder und graphische Darstellungen können nur auf Kosten des Autors mitgedruckt werden. Der Autor erhält kostenlos 50 Sonderdrucke seines Artikels. Weitere Sonderdrucke können auf eigene Rechnung beim Verlag bestellt werden.

In der Regel dürfen nur Arbeiten eingereicht werden, die vorher weder im In- noch im Ausland veröffentlicht worden sind. Der Autor verpflichtet sich, sie auch nachträglich nicht an anderer Stelle zu publizieren.

Mit der Annahme des Manuskripts und seiner Veröffentlichung geht das Verlagsrecht für alle Sprachen und Länder einschließlich des Rechts der photomechanischen Wiedergabe oder einer sonstigen Vervielfältigung an die Pinel Verlags-GmbH München über.

Die Dynamische Psychiatrie erscheint zweimonatlich. Jahresabonnement DM 92,- (incl. Porto), für alle Mitglieder der DAP, der DGG, der DGPM, der WADP und der DGDP, für Ärzte im Vorbereitungsdienst, Studenten und Mitarbeiter der Psychoanalytischen Kindergärten gegen Nachweis nur in Deutschland DM 75,- (incl. Porto). Einzelheft DM 18,-. Das Abonnement verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn es nicht vier Wochen vor Ablauf des Bezugsjahres gekündigt wird. Zahlung des Jahresabonnements bis zum 1. 4. d. J. auf eines der folgenden Konten: Münchener Commerzbank 225 295 500 oder Postscheckkonto der Bank PSA München 16 888-802.

The author's opinion does not necessarily reflect the opinions of the editorial staff. Manuscripts (three copies), each limited to 20 double-spaced typed pages, will be accepted in all languages. All manuscripts must have a summary in either German or English (minimum two double-spaced typed pages). Literary reference should be adapted to those in the journal. There can be no remuneration for contributions. Pictures and graphic illustrations are printed at the author's own expense. The author receives 50 reprints of his article free of charge. Further reprints can be obtained at the author's own expense.

Generally, only unpublished manuscripts will be accepted. Articles published in this journal may not appear in any other publication.

With the acceptance of the manuscript and its publication, the Pinel-Verlags GmbH München reserves the copyrights in all countries and languages. This journal, or parts thereof, may not be reproduced in any form, by photocopy or any other means without written permission from the publisher.

Dynamic Psychiatry is published bi-monthly. Annual subscription rate \$ 35,- per individual copy \$ 7,-. Air mail delivery with additional payment on special request. The subscription is prolonged for one year, if it has not been cancelled four weeks before the end of the year. The annual subscription rate should be paid by the 1st of April. The money should be remitted on the account of Pinel-Verlags GmbH Münchener Commerzbank 225 295 500 or Postscheck München 16 888-802.

Verlag, Sitz und Geschäftsstelle/Publishing House, seat and office:
Pinel-Verlags GmbH München, Mozartstraße 14, 8000 München 2, Tel. (089) 53 75 80.

Verlagsleitung/Publishing House, direction:
Wielandstraße 27/28, 1000 Berlin 15, Tel. (030) 8 81 80 50 und 8 81 80 59.

Abonnentenabteilung/subscription management:
Sabine Lindau, Mozartstraße 14, 8000 München 2.

Anzeigenannahme/advertising management:
Petra Hieber, Mozartstraße 14, 8000 München 2.

Druck/Print: Buch- und Offsetdruckerei Sommer, D-8805 Feuchtwangen.



DER MÖGLICHE MENSCH



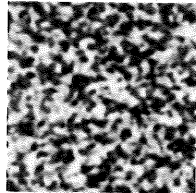
Handbuch zur Entwicklung
des menschlichen Potentials

Jean Houston

SPHINX MIT BEWUSSTSEIN

Larry Dossey

DIE MEDIZIN VON RAUM UND ZEIT Ein Gesundheitsmodell



Vorwort von Fritjof Capra

SPHINX MIT BEWUSSTSEIN

Roger Walsh

LEBEN!

Die Psychologie des
Menschlichen Überlebens

Vorwort von Dalai Lama
und Linus Pauling

SPHINX MIT BEWUSSTSEIN

331 Seiten, illustriert
broschiert, 38.–

350 Seiten
broschiert, 38.–

176 Seiten
broschiert, 19.80

John Lilly Antonietta Lilly

DER DYADISCHE ZYKLON

Innere und äussere Entwicklungen
zweier Zentren - eines Paares



SPHINX MIT BEWUSSTSEIN

Piero Ferrucci

WERDE WAS DU BIST

Selbstverwirklichung durch
Psychosynthese

mit einem Vorwort von Carl Gustav Jung



SPHINX MIT BEWUSSTSEIN

Peter Henningsen

WERKZEUGE DER ERKENNTNIS

Zur Transformation unseres Lebens

Die Erkenntnis befindet sich in einer Krise - ein globales
Geschehen, das von einem Entwicklungssprung bezeugt ist.
Zum ersten Mal in der Geschichte erleben wir, welche
Ungleichheiten sich dabei eröffnen, und können deshalb den
Wandel des Einzelnen und der Gesellschaft bewusst gestalten.



SPHINX MIT BEWUSSTSEIN

291 Seiten
broschiert, 34.–

316 Seiten
broschiert, 38.–

139 Seiten, illustriert
broschiert, 19.80

In Ihrer Buchhandlung.
Verlangen Sie unsere Prospekte.

Sphinx Verlag, Postfach, CH 4003 Basel

SPHINX VERLAG BASEL



KLETT-COTTA

Gerald Epstein

Wachtraum-therapie

Der Traumprozess als Imagination

Der New Yorker Psychiater und Psychoanalytiker Gerald Epstein berichtet über seine vielfährigen Erfahrungen im therapeutischen Umgang mit dem Traum. Seine Methode besteht darin, Traumphantasien als eigene Realität anzuerkennen, eine Realität, die in unserer rationalen, technologisierten Welt als angsterregendes Irrationales meist nicht ernstgenommen wird. Epstein dagegen will das Irrationale wieder in sein Recht einsetzen. Er betrachtet den Traum als innere, schöpferische Vorstellung, als Wunsch, das eigene Leben neu zu gestalten, und nutzt ihn in diesem Sinne als therapeutisches Medium.

Die von Epstein entwickelte Methode lißt sich sowohl als eigene, unabhängige Technik wie auch innerhalb fest etablierter Therapien, wie zum Beispiel der Psychoanalyse, anwenden.

Konzepte der Humanwissenschaften Angewandte Wissenschaft Klett-Cotta

Aus dem Amerikanischen übersetzt von Holger Fließbach
Konzepte der Humanwissenschaften/Angewandte Wissenschaft
1985. Ca. 250 Seiten, kart., 36,- DM
ISBN 3-608-95264-0

Der New Yorker Psychiater und Psychoanalytiker Gerald Epstein berichtet über seine vielfährigen Erfahrungen im therapeutischen Umgang mit dem Traum. Die detaillierte, anschauliche Beschreibung seines Vorgehens anhand klinischer Beispiele macht das Buch für Psychotherapeuten der verschiedensten Richtungen, aber auch für Psychologen und Studenten, die sich mit dem Thema erstmals vertraut machen wollen, besonders wertvoll.

Mihaly Csikszentmihalyi

Das flow-Erlebnis

Jenseits von Angst und Langeweile im Tun aufgehen

Was motiviert Menschen, strapazieren und mit Einsatz und Opfern verbundene Tätigkeiten um ihrer selbst willen auszuführen, eine äußere Anreize wie Geld, Status, Macht oder Prestige? Sie erleben dabei Tätigkeitsfreude, ein erhöhtes Lebensgefühl, Entspannung – in der Motivationspsychologie flow genannt. Der Autor untersucht das flow-Phänomen, das er zuerst beschrieben und so benannt hat, in vier völlig verschiedenen Bereichen menschlicher Tätigkeit: beim Schachspielen, beim Klettern im Fels, beim Rocktanzen und bei der Arbeit des Chirurgen. Auch flow-Erfahrungen im Alltagsleben werden erörtert. Die deutsche Ausgabe ist ein sehr aktueller Beitrag zur Diskussion der gegenwärtig sehr aktuellen Probleme der intrinsischen Motivation.

Konzepte der Humanwissenschaften Psychologie Klett-Cotta

Vorwort von Hans Aebli
Aus dem Amerikanischen übersetzt von Urs Aeschbacher
Konzepte der Humanwissenschaften/Psychologie
1985. Ca. 240 Seiten, kart., 38,- DM
ISBN 3-608-95338-8

Was ist flow? Das Verschmelzen von Tun und Bewußtsein bei einer Tätigkeit, in der der Mensch ganz aufgeht und ein erhöhtes Lebensgefühl erfährt. Das flow-Phänomen wird hier in vier völlig verschiedenen Bereichen untersucht: beim Schachspielen, beim Klettern im Fels, beim Rocktanzen und bei der Arbeit des Chirurgen. Mit seinen Beispielen ein sehr lebendig geschriebener Beitrag zur Motivationspsychologie.

Meine Stimme begleitet Sie überallhin

Ein Lehrseminar mit Milton H. Erickson

Bearbeitungen und Kommentare von Jeffrey K. Zeig

Der Kernstück des Buches bilden die wörtlichen Protokolle eines fünfägigen Lehrseminars, das Milton H. Erickson in seinem Haus in Phoenix/Arizona abhielt. Hier zeigt er sich als der Meister der Hypnotherapie, der wie kein anderer dazu beizug, dieses therapeutische Verfahren neu zu legitimieren und weiterzuentwickeln. Er zeigt sich als Therapeut, der in eigenwilliger Weise Geschichten und Anekdoten auswendigredet, die – nachdem sie zunächst Überraschung, ja, oft genug Verwirrung auslösen – den Patienten schließlich in einem ganz neuen Licht erscheinen lassen und der Therapie wirksame Impulse geben. Er zeigt sich als geschickter Lehrer, der andere Therapeuten zu motivieren, ja zu begeistern weiß. Und er zeigt sich schließlich als eine Persönlichkeit, die Wärme, Wärme und Menschlichkeit ausstrahlt.

Konzepte der Humanwissenschaften Modelle für die Praxis Klett-Cotta

Aus dem Amerikanischen übersetzt von Wolfgang Krege
Konzepte der Humanwissenschaften/Modelle für die Praxis
1985. Ca. 500 Seiten, kart., ca. 44,- DM
ISBN 3-608-95015-X

Das Buch bietet nicht nur Gelegenheit, etwas über Milton H. Erickson, den Meister der Hypnotherapie, zu erfahren, sondern, aufgrund wörtlicher Transkripte, direkt von ihm zu lernen. Das Kernstück dieses Buches bilden die wörtlichen Protokolle eines fünfägigen Lehrseminars, das Erickson wie gewöhnlich in seinem Haus in Phoenix abhielt. Jeffrey K. Zeig kommentiert Ericksons Vorgehen in einem einleitenden Kapitel.