ISSN 0012-740X

Dynamische Psychiatrie

Herausgegeben von Günter Ammon

Dynamic Psychiatry

Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse

Günter Ammon
Ganzheitliche Medizin und Psychosomatik

Günter Ammon
Die psychoanalytische Gruppentherapie als Instrument zur Behandlung und Erforschung psychosomatischer Erkrankungen

Béla Buda
Klage, Symptom, Erkrankung.
Prozesse der Gruppendynamik und der Identitätsbildung im Krankheitsgeschehen — Ein klinischer Beitrag zur ganzheitlichen Schau der psychischen Krankheit

M. Martini, C. Cossidente, S. Giorgini, M.C. Melli, M.G. Sarti, E. Panconesi
Haut, Kosmetik und Sexualität

Amnon Carmi
Judging — A Holistic View

Edward J. Dehné
Creating Health

János Szilárd, Beáta Temesváry, Ilona Dobranovica, Eva Katona
Selbstmord und Alkoholismus als Regressionsphänomene — Therapeutische Konsequenzen

Ferenc Süle
Interferences between Different Therapeutic Processes in the Psychiatric Ward

Marius Erdreich
Anorexia Nervosa: A Psychodynamic Holistic Approach

Buchbesprechungen

Vorschau auf den kommenden 6. Weltkongreß der WADP »Schizophrenie und Psychosomatik«

Nachrichten

20. Jahrgang
3./4. Heft 1987

104/105

»Pinel« Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie GmbH München

Dynamische Psychiatrie / *Dynamic Psychiatry*

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

20. Jahrgang 3./4. Heft 1987, Nr. 104/105

Herausgegeben von Günter Ammon

unter Mitarbeit von
F. Antonelli, Roma — F.V. Bassin, Moskau — L. Bellak, New York — B. Buda, Budapest — I. Burbiel, München — A. Carmi, Haifa — N. Destounis, Richmond — R. Ekstein, Los Angeles — Th. Freeman, Antrim — A. Garma, Buenos Aires — F. Hacker, Wien, — F. Hansen, Oslo — H. Illing, Los Angeles — I. Jakab, Pittsburgh — M. Knobel, Campinas — U. Mahlendorf, Santa Barbara — A. Mercurio, Rom — L. Miller de Paiva, Sao Paulo — H. Mönnich, Freiburg — 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.

Inhalt

Günter Ammon
Ganzheitliche Medizin und Psychosomatik 155
Holistic Medicine and Psychosomatics 172

Günter Ammon
Die psychoanalytische Gruppentherapie als Instrument zur Behandlung und Erforschung psychosomatischer Erkrankungen 178

Béla Buda
Klage, Symptom, Erkrankung.
Prozesse der Gruppendynamik und der Identitätsbildung im Krankheitsgeschehen — Ein klinischer Beitrag zur ganzheitlichen Schau der psychischen Krankheit 191
Complaint, Symptom, Disorder.
Group-Dynamic Processes and the Formation of Identity in the Course of Disorders — A Clinical Contribution to the Holistic View of Psychic Illness 197

M. Martini, C. Cossidente, S. Giorgini, M.C. Melli, M.G. Sarti, E. Panconesi
Haut, Kosmetik und Sexualität 201
Skin, Cosmetics and Sexuality 214

Amnon Carmi
Judging — A Holistic View 217
Rechtssprechung — ein holistische Anschauung 221

Edward J. Dehné
Creating Health 223
Gesundheit und Umwelt 232

János Szilárd, Beáta Temesváry, Ilona Dobranovica, Eva Katona
Selbstmord und Alkoholismus als Regressionsphänomene — Therapeutische Konsequenzen 235
Suicide and Alcoholism as Regression Phenomena — Therapeutic Consequences 244

Ferenc Süle
Interferences between Different Therapeutic Processes in the Psychiatric Ward 247
Wechselwirkungen zwischen den verschiedenen therapeutischen Prozessen in einer Psychiatrischen Station 255

Marius Erdreich
Anorexia Nervosa: A Psychodynamic Holistic Approach 257
Anorexia nervosa: ein ganzheitliches Krankheitsverständnis 266

Buchbesprechungen / Book Reviews 268

Vorschau auf den kommenden 6. Weltkongreß der WADP »Schizophrenie und Psychosomatik«, München, März 1988 286
Preview on the forthcoming 6th World Congress of the WADP »Schizophrenia and Psychosomatic Diseases«, Munich, March 1988

Ganzheitliche Medizin und Psychosomatik*

Günter Ammon (Berlin/München)

In Auseinandersetzung mit der zunehmenden kritischen Diskussion der Methoden und Ergebnisse der hochtechnisierten naturwissenschaftlich orientierten Medizin betont Ammon die Notwendigkeit, die Medizin als ganzheitliche, d.h. den Menschen in seinen körperlichen, geistigen und seelischen Dimensionen erfassende Heilkunst zu begreifen und zu praktizieren. Dabei plädiert er für eine Synthese der naturwissenschaftlichen Betrachtungsweise des Menschen auf der einen Seite und der sozialenergetischen, gruppendynamischen Perspektive auf der anderen Seite: Er sieht Leben und Entwicklung als einen Prozeß fließender Veränderbarkeit des Menschen bis in Hirnfunktionen, Drüsensysteme, Zell- und Immunitätsprozesse durch sozialenergetische, gruppendynamische Felder und Beziehungen konstruktiver oder destruktiver Art.
Indem der Autor die psychosomatische Erkrankung zu den archaischen Ich-Krankheiten zählt, deren strukturelle Wurzel eine emotionale Verlassenheit und Leere in der frühen Kindheit bildet, die ein Defizit im zentralen Kern der Persönlichkeit zur Folge hat — das Ammon als das »Loch im Ich« bezeichnet —, verweist er v.a. auf die enge Beziehung zwischen Psychosomatik und Depression. Mit dieser Beziehung hat sich Ammon 1978 auf dem gleichnamigen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse in Berlin beschäftigt.
Ebenso besteht eine enge strukturelle Beziehung zwischen der Psychosomatik und der Schizophrenie, z.B. bei körperlichen Erkrankungen oder Verletzungen verschwand für diese Zeit die psychotische Reaktion. Andererseits kann man heftige psychosomatische Reaktionen als psychotische Reaktionen auf der Körperebene, als sog. Organpsychosen, bezeichnen; d.h. daß die Persönlichkeitsstruktur des psychosomatisch Leidenden eng mit der des psychotisch reagierenden Patienten verwandt ist.
Als wesentliches Kennzeichen der Psychosomatik gilt das Weit-weg-Sein von Gefühlen, das Sifneos (1975) als Alexithymie bezeichnet hat. Diese Unfähigkeit, sich selbst zu fühlen und zu spüren, ist identisch mit der emotionalen Leere bei der Depression.
Die von ihm angeführten Fallbeispiele (Asthma bronchiale, Colitis, Hauterkrankungen) machen deutlich, daß häufig mit dem Verschwinden des Symptoms eine schwere Depression auftritt. Sie ist Ausdruck der tiefen Verlassenheitsangst des Psychosomatikers, der diese durch Anpassung und Abhängigkeitsverhalten abzuwehren sucht. Ammon bezeichnet die psychosomatische Reaktion deshalb auch als »Anpassungs-« oder »Unterwerfungskrankheit«. Sie ist zugleich eine »Trennungskrankheit«, da die psychosomatische Reaktion vor allem in Trennungssituationen verstärkt auftritt, in der sich die Primärgruppendynamik der Verlassenheit für den Patienten wiederholt.
Der archimedische Punkt in Ammons Verständnis der psychosomatischen Reaktion ist die Wendung der ursprünglich konstruktiven Aggression als destruktive Aggression nach innen gegen den eigenen Körper. Nach außen in die Umwelt gerichtet bleibt die Aggression defizitär. Ausdruck dieser Aggressionsdynamik ist die Hoffnungslosigkeit und Bedürfnislosigkeit des psychosomatisch Kranken.
Im Zuge der psychotherapeutischen Bearbeitung der destruktiven Aggression wird das psychosomatische Symptom entlastet und verschwindet in der Regel von selbst. Die Psychotherapie der psychosomatischen Reaktion sollte nach Ammon grundsätzlich eine Konzentration auf das Symptom vermeiden, sondern die gesamte Persönlichkeit zu erreichen suchen, unterstützt von einem bildhaften Denken und Sprechen des Therapeuten, innerhalb eines gleitenden Spektrums von verbalen und v.a. auch nonverbalen Therapieformen, die dem Patienten ermöglichen sollen, Schritt für Schritt Zugang zu ihrem Erleben, ihren Gefühlen und ihrem Körper zu finden.
Die vorliegende Arbeit macht deutlich, daß die einseitige organ-medizinische Behandlung dem Wesen der psychosomatischen Erkrankung nicht vollständig gerecht wird, sie kann nur unter Einbeziehung der Psychogenese und der aktuellen Gruppendynamik des Kranken behandelt werden, dessen tiefes psychisches Leid oft hinter der organischen Symptomatik übersehen wird.

* Vortrag gehalten am 27.3.1987 an der Technischen Universität Berlin und am 4. Juni 1987 an der Urania Berlin

1. *Einleitung*

Die vorliegende Arbeit wird ganz innerhalb der Bewegung einer ganzheitlichen Medizin und Wissenschaft stehen, die augenblicklich die Welt ergriffen hat und die von manchen als Richtungsänderung oder als Paradigmenwechsel nach *Kuhn* (1967) in der Medizin, aber auch Bewußtseinswandel oder besser gesagt Denk- und Einstellungswandel in der Medizin bezeichnet wird, wie er von *Schipperges* in Europa seit Jahrzehnten vertreten und gelehrt wird, und der erst kürzlich in seinem Werk »Homo patiens« verdeutlich hat, daß der rein naturwissenschaftliche und mechanistische Trend mit einer überwuchernden Technologie und Millionen verschlingenden Labor-Befunds-Ideologie keineswegs eine Verstärkung der therapeutischen Effizienz bei den Kranken erbracht hat, wie erhofft war.

Seit langem habe auch ich immer wieder darauf hingewiesen, daß die mechanisierte Befunds-Fabrik der fast vergötzten Krankenhausmedizin den Menschen als Ganzes ausklammert und ihn zum Befund-Träger entmenschlicht. Das will aber auf keinen Fall heißen, daß wir auf die große Tradition unserer medizinischen Wissenschaft verzichten und die Entdeckungen auch des letzten Jahrhunderts auf allen Gebieten der Medizin einschließlich der Psychiatrie vergessen.

Zu Recht fordert die WHO, »körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden« als Gesundheit anzusehen und hierin den Schwerpunkt von Prävention und Therapie zu sehen, nämlich eine Harmonisierung von Körper, Seele, Geist und Umwelt anzustreben.

Dieses Anstreben bedeutet für uns immer auch die Integration gegebener Mehrdimensionalität, worüber wir auf unseren letzten Kongressen in Berlin und München (*Ammon* 1985, 1986 a, b, 1987) gearbeitet haben, bedeutet aber auch Synergismus und Synthese als Verbindung zwischen hochtechnisierter Medizin und hochdifferenzierter Persönlichkeitsforschung und Psychotherapie, wie unsere Schule dies in den letzten zwei Jahrzehnten durch die Entwicklung der Humanstrukturologie und sozialenergetischer, gruppendynamischer Vorstellungen durch Behandlungsmethoden und experimentalwissenschaftliche Überprüfungen angestrebt hat, wie durch Hirnstrommessungen im Traum- und Schlaflabor, neuartige psychologische Testverfahren wie den Ich-Struktur-Test nach *Ammon* (ISTA) (*Ammon,* 1978, 1979; *Ammon* et al. 1982; *Burbiel* et al. 1983) den Androgynen Dimensions-Test nach *Ammon* (ADA) (*Ammon,* 1984 a) sowie den Autokinetischen Lichttest (*Ammon, Burbiel, Finke, Wagner,* 1982; *Ammon, Burbiel, Stuck,* 1983, *Burbiel, Stuck,* 1984), elektrographische Untersuchungen (*Igenbergs,* 1985) und Anwendung von Verfahren wie Autogenem Training, Meditation und averbalen, zur Verbalität hinführenden Therapien.

Zu Recht fordert das Deutsche Ärzteblatt im Januarheft dieses Jahres (1987): »Jeder behandelnde Arzt müßte sich um eine integrierende und integrale Medizin bemühen und sich kritisch mit den Argumenten und Methoden des 'geg-

nerischen' Lagers auseinandersetzen«. Leider wird hier auf allen Seiten gröblichst gesündigt, besonders aber von staatlichen Institutionen und staatlichen Universitäten, deren Arroganz und Machtgehabe oft nicht zu überbieten sind.

Milz von der WHO nannte es »einen Skandal, daß komplementäre Heilverfahren diskriminiert werden und der Erfahrungsaustausch zwischen Hochschule und praktizierenden Ärzten zur Weiterentwicklung der Therapieverfahren vernachlässigt wird«. *Milz* hat in seinem Werk »Ganzheitliche Medizin« zu Recht Krankheit nur als Teil eines erkrankten Menschen in dem Zusammenhang lebenslanger Prozesse und Lebensbedingungen beschrieben. Eigenverantwortlichkeit des Menschen wird hier in den Mittelpunkt gestellt.

Ganzheitliche Medizin und Heilkunde heißt, daß die psychosomatische Medizin — ganzheitlich gesehen — der andere Teil der naturwissenschaftlich-medizinischen Hälfte einer Kugel ist, wobei es uns hier um die Auffassung von Leben und Mensch-Sein als Prozeß in fließender Veränderbarkeit geht sowie um die Erkenntnis direkter Einflußveränderung der Körperlichkeit des Menschen bis hinein in Hirnfunktionen, Drüsensysteme, Zell- und Immunitätsprozesse durch sozialenergetische, gruppendynamische Felder und Beziehungen konstruktiver oder destruktiver Art.

In diese Richtung zielt auch die diagnostische Erforschung der Effizienz der Therapie, nämlich inwieweit Strukturveränderung (spektraltheroretische Diagnoseveränderung) bei Menschen erzielt werden konnte, statt nur Symptombeseitung. Hier ist der archimedische Punkt unseres komplementären Beitrages zu den organmedizinischen und organpsychiatrischen Ansätzen.

Wissenschaft vom Menschen, die von seiner Psychologie und Soziologie ausgeht, hatte immer eine ganzheitliche Tendenz und verstand sich oft auch kulturrevolutionär, eine Tatsache, auf die kürzlich erst der amerikanische Soziologe und Historiker *Jacoby* (1985) hingewiesen hat. Unsere Richtung versteht sich jedoch als evolutionär, da wir von dem Gedanken prozeßhaften Geschehens, das auch immer ein ganzheitliches Geschehen ist, überzeugt sind.

Der Begriff »Psychosomatik« hat sich allmählich in der Medizin, an den Universitäten und auch in der Öffentlichkeit durchgesetzt, und es entstand ein Verständnis dafür, daß die Psyche d.h. das Seelenleben und die Organkörperlichkeit des Menschen in einem Wechselprozeß stehen. In unserem Verständnis kommt der ganzkörperliche und der geistige Bereich des Menschen hinzu.

Ich erinnere in diesem Zusammenhang eine Patientin, die vor einigen Wochen zu mir in die Behandlung kam und über alle möglichen Beschwerden klagte. Sie sah die Ursache ihrer Beschwerden ausschließlich in äußerlichen Umständen wie z.B. Schwierigkeiten in ihrem Beruf als Lehrerin. Daraufhin sagte ich zu ihr: »Aber meine liebe, gnädige Frau, wie gehen Sie mit sich selber um? Sehen Sie sich doch mal an, Sie haben doch ein derartiges Übergewicht und einen roten Kopf, so daß man um Ihre Gesundheit und um Ihr Leben fürchten muß. Sie erzählen mir, wegen all Ihrer Schwierigkeiten konnten Sie seit Jahren kein Buch mehr lesen, andererseits wollen Sie aber Lehrerin sein. Wie gehen Sie denn geistig mit sich um? Ich habe in dem gesamten Gespräch

nichts gemerkt von irgendwelchen geistigen Interessen, die über Ihren Alltag hinaus gehen.« Diese Worte brachten die Wende in unserem Gespräch. Die Patientin hörte auf, alles abzuwehren und von diesem Punkt an konnte ich mit ihr sprechen.

2. *Literaturhinweise*

In der Literatur ist die Verwobenheit von psychosomatischen Erkrankungen und Depressionen immer wieder gesehen worden. Besonders *Dorfmann* (1974) weist darauf hin, daß Depression oft mit psychosomatischen Krankheiten verbunden ist und sowohl als Auslöser einer psychosomatischen Krankheit vorausgeht als auch als ihr Resultat angesehen werden kann. *Apolito* und *Montclair* (1972) kommen zu dem Ergebnis, daß das psychosomatische Symptom bei schwer depressiven Patienten als einzige Möglichkeit einer Kommunikation mit der Umwelt entwickelt wird. Die Untersuchungen *Forrests* und *Wolkinds* (1974) von 50 Patienten mit rheumatischen Erkrankungen weisen ebenfalls auf die Funktion des Symptoms als Äquivalent von Depression hin.

Andere Forschungsergebnisse zeigen den Zusammenhang von psychotischen Reaktionen und psychosomatischen Erkrankungen auf. Über diesen Zusammenhang berichten bereits *Jung* (1907) und *Dreyfuß* (1934) betont den psychoseähnlichen Charakter psychosomatischer Erkrankungen. *Meng,* der Patienten mit Anorexia nervosa behandelt hatte, prägte den Begriff der Organpsychose für psychogene organische Störungen, die auf eine primäre Störung des Körper-Ichs zurückgehen. In der Genese dieser durch frühere Schädigungen des Ichs eingeleiteten organischen Erkrankungen spielt nach *Meng* die Mutter eine führende Rolle.

Kerman (1946) berichtete von Patienten, die zunächst an Asthma bronchiale litten, dann nach pharmakologischer Symptombeseitigung eine manisch-depressive Psychose entwickelten und nach einer Elektroschockbehandlung erneut an Bronchialasthma erkrankten.

Der Zusammenhang zwischen Depression, Psychosomatik und Angst ist ebenfalls in der Literatur bearbeitet worden. So fanden *Keller et al.* (1972) bei einer Untersuchung von 312 neurotischen Patienten, daß körperliche Symptome häufiger bei Angstzuständen als bei Depression auftraten. Diese Untersuchung ergab auch, daß bei neurotisch depressiven Patienten psychische Symptome häufiger vorkamen als somatische Symptome. *Segers* und *Mertens* (1975) untersuchten die Beziehung zwischen Angst und Depression, dem Angstausdruck und Risikofaktoren der coronaren Herzerkrankungen. Dabei ist es ihr Anliegen, mehr als die psychologischen Faktoren, die besondere psychobioklinische Interdependenz zwischen Alter und Beruf aufzuzeigen. In der Untersuchung stellte sich heraus, daß Angst und Depression zu den Risikofaktoren der coronaren Herzerkrankung gehören. Dabei scheint auch die berufliche Stellung von besonderer Bedeutung zu sein.

Während *Freud* (1894) das psychosomatische Symptom als Konversionssymptom oder als Äquivalent von Angst verstand, versuchte *Alexander* (1950)

in seinem klassischen Werk mit dem Titel »Psychosomatische Medizin — Grundlagen und Anwendungsgebiete« die Theorie eines generellen, dynamischen und entwicklungsspezifischen Zusammenhangs zwischen Psyche und Soma zu leisten. Durch Einbeziehung endokrinologischer und physiologischer Überlegungen gibt er die isolierte »psychische Betrachtungsweise« auf und revidiert weitgehend das Instanzenmodell der klassischen Neurosenlehre.

Als Rückschritt müssen dementsprechend Ansätze wie z.B. von *Mitscherlich* (1954), *de Boor* (1973) u.a. gewertet werden, wenn sie an der Freudschen Nosologie festhalten und die psychosomatische Erkrankung als Ergebnis zweiphasiger Verdrängung verstehen.

3. *Humanstrukturologie*

Mein Anliegen ist es, die nosologische Forschung und die Erforschung therapeutischer Konzeptionen zu integrieren. Die Grundlage hierfür ist ein ganzheitliches Persönlichkeitsmodell, das den Menschen als gruppendynamisch, humanstrukturell, psychogenetisch und sozialenergetisch bestimmtes Wesen betrachtet.

Unter Human-Struktur (*Ammon* 1976, 1979) verstehen wir das Geflecht

1. der primären organischen Human-Funktionen wie Sinnesorgane, ZNS, endokrine Systeme etc.;
2. der zentralen psychischen Human-Funktionen, die im nichtbewußten Kern der Persönlichkeit lokalisiert sind, wie Ich-Abgrenzung, Aggression, Angst, Narzißmus, Sexualität, Kontakt- und Beziehungsfähigkeit, Traumfähigkeit, Kreativität, konzeptionelles Denken und Identität, um die wichtigsten zu nennen;
3. der sekundären Human-Funktionen, die das bewußte Verhalten betreffen und unmittelbar den Kontakt zur Umwelt herstellen. Dazu gehören u.a. Denken, Gedächtnis, Intelligenz, Sprache, Affekte und Fertigkeiten.

Diese Human-Funktionen bilden eine Einheit von sich wechselseitig synergistisch beeinflussenden Lebensprozessen und befinden sich in einem kontinuierlich fließenden Zusammenspiel. Haben sich Human-Funktionen lebensgeschichtlich nur ungünstig oder gering entwickeln können oder sind übergeordnete dynamische Funktionen der Integration, Koordination, der Regulation oder des Synergismus besonders zwischen den biologischen, psychischen und Verhaltensstrukturen gestört oder abgeblockt, so kommt es zu schweren psychischen, geistigen und körperlichen Erkrankungen. Bei psychosomatischen Erkrankungen, zu denen auch immer Depressionen bis hin zur Psychosenähe vorkommen können, ergibt sich folgendes Geschehen: Der synergistische Fluß ist unterbrochen durch Blockierungen, d.h. die Welt der Phantasien, der Träume, des Nichtbewußten ist abgemauert. Der Zugang zu den Gefühlen ist abgeschnitten, der Mensch ist innerlich verarmt, ist nach außen hin angepaßt und funktioniert in seinem Routine-Alltag.

Wir zählen die psychosomatischen Krankheiten zu den sog. archaischen Ich-

Krankheiten (*Ammon* 1973), die lebensgeschichtlich in früher Kindheit entstanden sind. Archaisch Ich-kranke Patienten leiden an einem schweren Aggressionsdefizit, das heißt, 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 nicht bewußt gegen sich und andere Menschen zerstörerisch sind; beispielsweise brechen sie den Kontakt ab, wenn er gerade entstanden ist, oder sie verletzen sich selbst oder quälen sich durch Grübeleien und Zwangsgedanken (*Ammon* 1970).

Angst können diese Patienten überwiegend nur in ihrer destruktiven Ausprägung erleben, daß heißt 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 archaisch Ich-kranken Patienten können sich weder nach außen, also anderen Menschen, Gefühlen und Anforderungen gegenüber abgrenzen, noch ihrer eigenen inneren Welt und ihrer Pathologie gegenüber.

Die defizitäre Aggression nach außen und die destruktive Aggression nach innen zu bearbeiten, ist das Kernstück aller Behandlung bei der Psychosomatik: die große ihm selbst nichtbewußte Wut, die der psychosomatisch erkrankte Patient in sich hat und die er oft überdeckt durch eine totale Anpassung an die Umwelt; ihm fehlt ein eigener Standpunkt und eigene Identität. Denn die Psychosomatik macht eben seine Identität aus.

Die Identität des psychosomatisch Kranken wird ersetzt und ausgefüllt durch die körperlichen Symptome, was ich als das »Loch im Ich« (*Ammon* 1970, 1971, 1972a, 1972b, 1973, 1974) bezeichnet habe. Dieses »Loch im Ich« spiegelt ganzheitlich die Dynamik der emotionalen Leere wider, in der das Kind aufgewachsen ist. Es hat nie die Zuwendung bekommen, die es eigentlich gebraucht hätte. Diese Leere in der frühen Lebensgruppe des Kindes ist es, die das Kind dazu brachte, über das Signal einer körperlich erscheinenden psychosomatischen Erkrankung Liebe und Zuwendung zu erhalten.

Von hier ab besteht eine stringente Brücke zu dem Leere- und Verlassenheitsgefühl des Depressiven. Gerade an diesem Punkt, nämlich der Konzeption des »Loch im Ich« wird deutlich, daß es nicht auf die Frage ankommt »Was habe ich«, nämlich in Form von Symptomen, sondern »Was bin ich«, d.h. an die hinter den Symptomen liegende große Verlassenheit und abgeblockte Aggression in der psychotherapeutischen Arbeit heranzukommen.

Alle psychosomatisch Kranken sind innerlich Verlassene, ebenso wie alle depressiv Leidenden. Es herrscht eine ständige Angst vor, verlassen zu werden; in aktuellen Trennungssituationen versuchen diese Patienten alles zu tun, um eine Trennung zu verhindern. Sie reagieren mit körperlichen Symptomen, die manchmal sehr schwer manchmal lebensbedrohlich sich manifestieren. Man könnte psychosomatische Erkrankungen deshalb auch als »Trennungs-

krankheiten« bezeichnen. Dies dokumentierte sich eindrucksvoll in einer psychotherapeutischen Gruppe mit vorwiegend psychosomatisch reagierenden Patienten, in der der Großteil der Patienten vor allem mit funktionellen Symptomen reagierte, als sich die Gruppenpsychotherapeutin aus der Gruppe trennte, um in einer anderen Stadt therapeutisch weiterzuarbeiten.

Bei diesen Patienten herrscht ein ständiger Versuch vor, die große Verlassenheitsangst abzuwehren durch ein symbiotisches Anklammern an andere Menschen sowie durch eine starke Anpassung und Unterwerfung. Und letzten Endes begeben sich diese Menschen mit ihrer Krankheit in eine Hilflosigkeit, um dann von anderen betreut zu werden. Ich habe in diesem Zusammenhang auch die Psychosomatik als eine »Unterwerfungskrankheit« (*Ammon* 1974) bezeichnet.

3.1. *Sozialenergie*

In unserer Lehre der Humanstrukturologie betrachten wir den Menschen als ein sozialenergetisch bestimmtes Wesen. D.h. die soziale Energie, die Menschen einander geben, die sich mit Interesse Zeit geben und ernst nehmen, die Sozialenergie, die mit Fürsorge, Anregung, Schutz, aber auch mit Forderung und Auseinandersetzung zusammenhängt, was jeder Mensch zum Leben braucht, ist ganz entscheidend wichtig für den körperlichen, geistigen und seelischen Wachstumsprozeß des Menschen.

Wer keine Sozialenergie bekommt, wird entweder schwer krank oder aber er stirbt in extremen Fällen bereits in der Kindheit. Diese Tatsache wurde bereits belegt durch Versuche, die Friedrich II. von Hohenstauffen an Neugeborenen durchgeführt hat, als er die Ursprache des Menschen erforschen wollte. Er hatte dazu 100 Müttern ihre Kinder weggenommen, die dann Pflegepersonen zur Verfügung gestellt bekamen, welche mit ihnen nicht sprechen, sondern sie nur routinemäßig nähren durften. Der größte Teil der Kinder starb im ersten Lebensjahr, nur wenige blieben mit körperlichen und seelischen Schäden am Leben. Dies ist erhalten in alten Dokumenten aus der mittelalterlichen Zeit und wird in diesem Zusammenhang von vielen Forschern angeführt.

Den zweiten Beweis für fehlende Sozialenergie und das Fehlen von emotionaler Wärme und Geborgenheit liefern die Hospitalismus-Forschungen von *Spitz* (1945) an Heimkindern, die wegen Personalknappheit von Kinderschwestern nur routinemäßig ernährt und versorgt wurden, jedoch keine Wärme und Körperkontakt, Güte und Aufmerksamkeit erhielten, so daß die Kinder zum großen Teil sehr schwer psychisch wie körperlich geschädigt waren und einige auch starben.

Den dritten Beweis in dieser Richtung geben die bekannten Untersuchungen von *Harlow* und *Harlow* (1966) an Rhesusaffen. In der ersten Versuchsreihe bekamen die Jungen die Mutterbrust, in der zweiten ein Drahtgestell mit einem Fell, an dem eine warme Milchflasche befestigt war, und die dritte Gruppe bekam nur ein Drahtgestell mit einer Milchflasche. Die Schädigungen

gingen den Versuchsreihen entsprechend von schwerer Krankheit bis zum Tod.

3.2. *Psychosomatik und Depression*

In unserem Verständnis ist beides — die Psychosomatik und die Depression — gleichzeitig vorhanden; einmal tritt mehr die rein psychische Seite in den Vordergrund in Form der Depression, der depressiven oder chronisch depressiven Verstimmung, ein anderes Mal treten vorwiegend flamboyante psychosomatische Symptome auf wie Ohnmacht, Herzangst, Herzrasen, chronische Verkrampfungen und Verspannungen, Atembeschwerden bis hin zum Asthma bronchiale. Beide Erscheinungen entspringen strukturell und lebensgeschichtlich gesehen einer Quelle: nämlich einer emotionalen Leere in der frühen Familiengruppe und ihrer umgebenden Gruppe, wo Angenommensein, Wärme, Körperkontakt und Güte dem Kind nicht gegeben werden konnten.

Ich denke dabei an eine Mutter, die nach der Geburt ihr Kind, als es ihr gereicht wurde, auf die andere Seite des Bettes warf, nur weil das Kind nicht der erhoffte Sohn für den Ehemann war, sondern ein Mädchen. Dieses Kind bekam bereits vor Beendigung des 1. Lebensjahres eine schwere Neurodermitis und im 3. Lebensjahr zusätzlich ein schweres Asthma bronchiale; beide Symptome wechselten sich schwerpunktmäßig im weiteren Leben ab. Das Mädchen kam als junge Frau zu mir in Behandlung, sie war hochintelligent, befand sich jedoch in einem Zustand von Depression und gefühlsmäßiger Leere. Sie konnte keinerlei Kontakt aufnehmen, kein warmes Interesse an anderen Menschen haben und ebenso keine freundliche Zuwendung annehmen. Sie verhielt sich ihrem eigenen Kind gegenüber ähnlich, wie sie es selbst von ihrer Mutter erfahren hatte. Diese Dynamik wurde weitergetragen, bis schließlich die analytische Behandlung dem Teufelskreis ein Ende setzte.

Ich beschreibe diese Dynamik so eindringlich, weil sie sehr ernst genommen werden muß. Denn gerade das psychische Leid des psychosomatisch Kranken und das Leid seiner Umgebung mit ihm sind oftmals schwerwiegender als die psychosomatischen Symptome.

Ich möchte eine weitere Fallgeschichte anführen, bei der die destruktive Beziehungsdynamik sowie der für psychosomatische Erkrankungen charakteristische Symptomwechsel (*Ammon* 1974) deutlich wird.

Ich behandelte einen jungen Mann, der in seiner Kindheit an einer schweren Anorexia nervosa erkrankte. Seine chronisch depressive Mutter zwang ihn mit Schlägen zu essen. Auf Kindheitsfotografien sah man ihn extrem bis auf die Knochen abgemagert. Der rettende Vater brachte ihn schließlich zu einem angesehenen jüdischen Arzt, der verordnete, den Jungen für ein Jahr von der Schule zu beurlauben und ihm zu gestatten, alles essen zu dürfen, was er nur wollte. Das Kind wünschte sich dann immer Kakao und Schokolade, Windbeutel und Schlagsahne und bekam dies alles. Sein Vater — er war selbst Grundschullehrer — machte mit ihm Schularbeiten, die ein Schulfreund regelmäßig brachte. Nach einem Jahr hatte der Junge sich von der bedrohlichen

Abmagerung erholt und konnte wieder die Schule besuchen.

In seiner Pubertät erkrankte er an schweren nässenden Ekzemen an Händen, Beinen und Füßen sowie an einem Rhinophym, das ihn sehr entstellte. Diese Symptome wurden abgelöst von einem schweren Asthma bronchiale, an dem er dann 10 Jahre lang litt. Aus seinen unerträglichen nächtlichen Asthmaanfällen konnte er sich nur noch mit Asthmolysin retten.

Interessant dabei ist folgende Episode: Er fuhr nach seinem erfolgreich bestandenen juristischen Staatsexamen zu seinen Eltern, um ihnen dies mitzuteilen. Da der Vater sich gerade auf einer Reise befand, folgte er dem Vorschlag seiner Mutter, in dem Bett des Vaters zu schlafen, woraufhin er einen so schweren Asthmaanfall bekam, daß er zu ersticken drohte. Da er in der Freude seines bestandenen Examens das rettende Asthmolysin vergessen hatte, bat er die Mutter, schnell einen Arzt zu holen. Die Mutter war jedoch kaum zu bewegen, das Haus zu verlassen, es war ihr zu beschwerlich, mitten in der Nacht in die Kälte hinaus zu gehen. Als jedoch die Tür ins Schloß fiel und die Mutter aus dem Hause war, hörte der Asthmaanfall schlagartig auf und dem Sohn ging es gut ohne Asthmolysin und er konnte schlafen. Als die hilflose Mutter nach vergeblicher Mühe ohne Arzt wieder zurückkehrte, klingelte sie bei Nachbarn im Haus, die sie in die Wohnung begleiten sollten, da sie befürchtete, daß ihr Sohn tot sei. Sie fanden den jungen Mann schlafend und erholt im Bett vor.

In späteren Jahren besuchte der Mann interessehalber einen Kurs über Autogenes Training bei *Schultz* (1953) ohne dies in Verbindung zu sehen mit seinem Asthma. Bereits nach der dritten Übung verlor er spontan sein Leiden, das nicht wieder aufgetreten ist. Zu dieser Zeit kam er zu mir in Analyse, da er an einer schweren Depression litt. Oft sagte er: »Oh, hätte ich bloß mein Asthma behalten, als jetzt diese Depression zu haben; denn als ich mein Asthma hatte, habe ich arbeiten können, da habe ich viele Freundschaften gehabt und eine lebendige Sexualität.« Als sein Therapeut befürchtete ich, daß während der Analyse das Asthma wieder auftreten würde. Das war jedoch nicht der Fall. Während der Behandlung, in der er die Zusammenhänge überhaupt begriff, die zwischen seiner Psychosomatik und seinem psychischen, nichtbewußten Leben bestanden, hatte er oft schwere Angstanfälle, bei denen er sagte: »Das ist ja eine Art Asthma ohne Asthma.« Diese furchtbare Angst, die Todes- und Verlassenheitsangst, die hinter dem Asthma stand, wurde für ihn jetzt spürbar und konnte in der Analyse der Übertragung und des Widerstandes bearbeitet werden.

3.3. *Alexithymie und Hoffnungslosigkeit*

Ein wesentliches Kennzeichen der psychosomatischen Erkrankung ist das Weit-Weg-Sein von Gefühlen, das *Sifneos* (1975), ein amerikanisch-griechischer Forscher vor etwa 25 Jahren als die sog. Alexithymie bezeichnet hat. Die Welt der Gefühle, Emotionen, Empfindungen und Beziehungen zu Menschen und zu Dingen ist weit weg, selbst bei Menschen mit größter Bega-

bung und höchsten Fähigkeiten. Diese Unfähigkeit, sich selbst fühlen und spüren zu können, ist identisch mit der emotionalen Leere bei der Depression.

Im Unterschied zu *Sifneos* u. a. begreifen wir die Unfähigkeit zu fühlen nicht als einfach biologisch gegeben und daher unveränderbar, sondern verstehen Alexithymie als Resultat früher lebensgeschichtlicher Erfahrungen.

Als ich kürzlich in Leningrad auf einem Kongreß einen Vortrag hielt, wurde ich von zwei Forschungspsychologinnen gefragt, wie die Alexithymie im Zusammenhang mit der Psychosomatik zu verstehen sei. Ich erklärte ihnen, daß sie aus dem Kerngeschehen bei aller Psychosomatik zu verstehen sei, nämlich der destruktiven nach innen gerichteten Aggression, die mein wissenschaftlicher Freund *Rotenberg*, der mich in Leningrad besuchte und sich an diesem Gespräch beteiligte, beschrieben hat als das Aufgeben von »search activity«, d.h. der Suchaktivität, und was ich als konstruktive Aggression beschrieben habe, nämlich das Herangehen an Menschen, Dinge, das Sich-Entwerfen in die Welt.

Auf der Grundlage der *Rotenberg*schen Theorie der »search activity«, von *Rotenberg* (1979) definiert als somatische und psychische Aktivität, die darauf gerichtet ist, Situationen zu verändern (bei Tieren äußert sie sich als Kampf- oder Fluchtverhalten), und der »renunciation of search« — von ihm definiert als die Nicht-Aktivität, das Verharren bzw. Aufgeben von Aktivität — untersuchte *Rotenberg* zusammen mit *Alexeyev* (1981) Versuchspersonen mit beginnender essentieller Hypertonie, die emotionalem Streß ausgesetzt wurden. Messungen der Herzfrequenz, des Blutdrucks und des Herzminutenvolumens (*Alexeyev*) wurden durch Messungen der Dauer des REM-Schlafes (rapid eye movement), also der Traumphasen des Schlafes, ergänzt (*Rotenberg*).

Ergebnis dieser Untersuchung war, daß zwei unterschiedliche Gruppen des Bluthochdrucks unter emotionalem Streß bei den Versuchspersonen festgestellt werden konnten: Bei einer Gruppe, den hyperton reagierenden Versuchspersonen, kam es zum Anstieg des peripheren Widerstandes (Gefäßverengung) bei relativem Abfall des Herzminutenvolumens. Bei der Gruppe der Hypertonie-Kranken stieg das Herzvolumen an und der periphere Widerstand sank. Parallel hierzu ergaben die Schlafmessungen erhöhten Delta-Schlaf (REM-Phasen-freier Schlaf) bei der physiologischen Hypertonie-Reaktion, hingegen Verlängerung der REM-Phasen bei Hypertonie-Kranken.

Rotenberg und *Alexeyev* ziehen die Schlußfolgerung, daß die bisher empirischen Ergebnisse bezüglich der hypertonen Reaktion und der Hypertonie-Erkrankung zurückzuführen sind auf die Beobachtung, daß somatische Erkrankungen bei Tieren seltener sind, wenn sich ihre Suchaktivität ungehindert entfaltet, und häufiger, wenn die »renunciation of search« vorherrschend ist.

So kommen die Autoren zu der theoretischen Konzeption, daß psychosomatische Erkrankungen durch den psychologischen Faktor der »renunciation of search« als Mangel an Suchaktivität erklärbar werden können. Die Erhöhung des REM-Phasen-Anteils am Schlaf wird von ihnen verstanden als Kompensation der fehlenden »search activity«. Die Autoren beziehen sich in ihrer

Arbeit auf die Begriffe der »learned helplessness« (*Seligmann*1975) und des »state of giving up« (*Engel* und *Schmale* 1967), mit denen die psychosomatische Erkrankung eine psychologische Erklärung finden soll.

Eine Verbindung zu unserer Theorie und Forschung ergibt sich nach *Rotenberg* durch die Nähe zur psychogenetisch und gruppendynamisch gewachsenen Human-Funktion der Aggression und ihrer gesunden und pathologischen Formation. Die »search activity« entspräche in dieser Sicht der konstruktiven Aggression. Die »renunciation of search« entspräche der defizitären Aggression mit ihrer nach innen gegen den eigenen Körper gerichteten destruktiven Ausprägung, die nach meiner Auffassung als Ursache der psychosomatischen Krankheit zu verstehen ist, d.h. die nach außen gerichtete Aggression ist gehemmt, die Testwerte der Aggression sind defizitär. Die destruktive, nach innen gerichtete Aggression fehlt jedoch bei *Rotenberg,* der nur nach »search activity« und nach »renunciation of search« unterscheidet. Diese beiden Pole basieren nach ihm auf dem Kampf- und Fluchtverhalten bei Tieren, wie von *Dollard* und *Miller* (1976) Aggression theoretisch verstanden wird. Die Untersuchungsergebnisse der sowjetischen Forscher können als eine Unterstützung der Ergebnisse der psychologischen Untersuchungen der Aggression bei psychosomatisch Kranken in unserer Schule angesehen werden.

Alexander (1934, 1950) entwickelte das Konzept der Blockierungen der Abfuhr von Aggression oder aber der Blockade abhängiger hilfesuchender Bestrebungen als Grunddynamik bei der Psychosomatik.

Eine besondere Übereinstimmung besteht zwischen meiner Konzeption der defizitären Aggression, *Rotenbergs* Konzept der renunciation, d.h. des Aufgebens von search activity, und *Engel* und *Schmales* Konzept der Rochester Schule von *Alexander* vom »given up« (Hilflosigkeit) und »giving up« (Hoffnungslosigkeit) bei psychosomatischer Erkrankung.

Mit diesem von *Engel* und *Schmale* erforschten Komplex des »given up — giving up« aber stoßen wir meines Erachtens auch auf die psychogenetisch entscheidende Situation in der Ontogenese der Krankheitsdisposition. Denn der psychosomatisch Kranke hat das »given up — giving up«, die Situation der Hilflosigkeit und der Hoffnungslosigkeit, bereits in frühester Kindheit erlebt.

Die Hoffnungslosigkeit ist humanstrukturell gesehen ein extrem defizitäres psychisches Geschehen, d.h. wo keine Hoffnung mehr ist, da geht der Mensch psychisch und auch infolge dessen körperlich zugrunde. Diese Dynamik ist auch als Ursache für den psychogenen Tod zu verstehen.

Ich hatte vor einige Jahren Professor *Pruyser,* den Leiter unserer Ausbildungsabteilung der Menninger Foundation gebeten, in Berlin bei Professor *Hörmann,* dem damaligen Leiter der psychologischen Abteilung der Freien Universität, vorzutragen, und er wählte sich das Thema »Das Prinzip der Hoffnung«. Auch sein Kerngedanke lautete: Wo die Hoffnung nicht mehr ist, da ist der Tod.

Untersuchungen an Konzentrationslager-Überlebenden oder Überlebenden bei schweren Unfällen ergaben, daß diese immer noch bis zum letzten auf Ret-

tung gehofft haben und sich dadurch am Leben halten konnten. Deshalb ist es so wichtig, in schwierigen Notsituationen sich selbst in Aktivität zu halten. In diesem Zusammenhang denke ich an die indischen Philosophen und Meditationslehrer, die mit Chakren arbeiten und erklären, daß Menschen in Notsituationen unbewußt ihr Überlebens-Chakra aktivieren und oft dadurch überleben. Dabei können übermenschliche Kräfte aktiviert werden.

Das Prinzip des »giving-up« drückt sich besonders auch in der primären Human-Struktur des Menschen aus. Der gesunde Körper ist in der Lage, seine Bedürfnisse zu äußern und sie auch zur Erfüllung zu bringen— Bedürfnisse wie Hunger, Schlaf, Bewegung, Entspannung, Sexualität, Berührung, Körperpflege etc., wogegen der kranke Körper seine Bedürfnisse nicht äußern kann. Im Zustand des »giving-up« wirken solche Menschen oft verwahrlost, ungepflegt, mit Körpergeruch behaftet; sie verwahrlosen sozusagen psychisch, körperlich und geistig. Die Verwahrlosungsdynamik bei der Psychosomatik und bei der Depression sind dabei identisch.

Die Dynamik des Sich-Selber-Aufgebens stellt eine Dysregulation zwischen Bewußtem und Nichtbewußtem und zwischen den biologischen und nichtbewußten Arealen des Menschen dar, d.h. die destruktive Aggression und Wut wird nichtbewußt nach innen auf den Körper gerichtet. Dies kann man in der Therapie sehr gut beobachten: sobald die Aggression in die Umwelt agiert werden kann, wird das psychosomatische Symptom entlastet.

Ich habe über fünf Jahre einen hochbegabten und auch im Leben durchaus einflußreichen prominenten Mann analysiert, der zu mir in die Analyse geschickt wurde durch seinen Vater, mit dem ich in freundschaftlicher Beziehung stand. Der Patient litt unter Nierensteinen in beiden Nieren, die Ärzte lehnten es ab, ihn zu operieren. Der Vater, ein Beamter, hatte eine Art magische Hoffnung, ich würde mit dem Zaubermittel Psychoanalyse seinem Sohn helfen können. Der Patient verlor während der Analyse beide Nierensteine und entwickelte eine unglaubliche Wut gegen den Vater, die er auf mich übertrug. Er brach damit die Analyse ab. Seine Persönlichkeit als ganze war dadurch zwar nicht befreit, aber der erste Schritt war getan, die beiden Nierensteine waren weg. Er kam nicht mehr zu mir in die Behandlung, aber ich habe später erfahren, daß die Nierensteine nicht mehr aufgetreten sind.

Aus der Sicht der primären biologischen Human-Struktur ist zu bemerken, daß die biologische Regenerationskraft des Körpers gelähmt ist, im Sinne des Prinzips der »renunciation of search« nach *Rotenberg*. Der Mensch kann in Erschöpfungszuständen nicht mehr regenerieren, wie z.B. bei größerem Schlafdefizit aufgrund von innerem oder äußerem Streß, und kann sich keinen erholsamen ausgleichenden Tiefschlaf nehmen.

Diesen Aspekt berührt auch unsere diagnostische Forschung im Traum- und Schlaflabor, wo wir feststellen konnten, daß im psychisch-biologischen Zustand des Sich-Aufgebens in der Regel das 4. Tiefschlafstadium mit seinen integrierenden Delta-Wellen nicht erreicht werden kann (spektraltheoretisch gesehen in einem Zusammenhang mit Defiziten im 3. Schlafstadium).

Hierbei scheint uns eine gewisse Verwandschaft zwischen schizophrener und psychosomatischer Human-Struktur gegeben zu sein (vgl. *Ammon* 1979, 1987).

4. *Krankheitsbilder*

4.1. *Colitis ulcerosa*

Im folgenden möchte ich mich der Dynamik des Abhängigkeitsgeschehens bei psychosomatisch Leidenden zuwenden. Besonders deutlich wird die Abhängigkeitsdynamik bei dem Krankheitsbild der Colitis ulcerosa, das von meiner Schülerin und Mitarbeiterin *Heidi Mönnich* (1984) bearbeitet wurde. Bereits das Symptom als solches stellt eine kleinkindartige, am Enddarm fixierte Abhängigkeit dar: Das Tragen von Windeln und Gummihöschen und das ständige Einnässen, allerdings mit blutigem Stuhl, gehören zum Symptomgeschehen.

Die Zerstörung des eigenen Enddarms und das Bluten von der Körperöffnung des Anus her kann im Sinne von *Felix Deutsch* (1922) tiefenpsychologisch und symbolisch bewertet werden. Diese Erkrankung ist eine unspezifische chronische Darmerkrankung mit geschwürbildenden Entzündungen der Dickdarmschleimhaut im Bereich des Kolons und Rectums. Schleimige und blutige Durchfälle bis zu 40 mal pro Tag und Leibschmerzen gehören zum Erscheinungsbild.

Prädominant bei allen Colitis ulcerosa-Patienten ist

1. die Abhängigkeitsdynamik, die sich besonders auch in der therapeutischen Beziehung widerspiegelt,
2. die infantile Fixierung und der babyhafte Rückzug,
3. die damit verbundene Herstellung infantiler Beziehungen und die Isolation von der Realwelt der »Erwachsenen« und
4. das Unbeteiligtsein an intellektuellen Prozessen, obgleich die Intelligenz wie die übrigen sekundären Human-Funktionen hoch entwickelt sein können.

In diesem Zusammenhang weist *Mönnich* auf die Arbeit von *Angel Garma* (1950) hin, in der er die Stagnation eines gruppenpsychotherapeutischen Prozesses bei einer homogenen Gruppe von Ulcus ventriculi- und Ulcus duodeni-Patienten mit ihrer psychologischen Struktur von Ehrgeiz, Mißgunst und Querulation beschreibt. Durch das Hinzunehmen von zwei Colitis ulcerosa-Patienten mit der entgegengesetzten Abhängigkeitsdynamik kam der stagnierende analytische Gruppenprozeß wieder in Bewegung.

4.2. *Hauterkrankungen*

An dieser Stelle möchte ich auch auf die Psychodynamik der Hauterkrankungen eingehen und die Ergebnisse eines Forschungsprojektes in unserer Akademie im Jahre 1984 berichten. Hierbei wurde der Ich-Struktur-Test nach *Ammon* (ISTA) sowie eine Fragebogen-Aktion an einer klinischen, einer ambulanten sowie an einer Kontrollgruppe durchgeführt (*Ammon* 1984b, *Am-*

mon, Schibalski-Ammon, Herold, Finke, 1984, 1985).

Die Ergebnisse unserer Untersuchung haben gezeigt, daß durch Hauterkrankungen Körperkontakt und Sexualität gleichzeitig abgewertet 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 bevorstanden.

Die Bedeutung des Kontaktes für Hauterkrankungen 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 nichtbewußten leidvollen Ebene Kontakt aufgenommen wird, wo sich Wünsche und Ängste vereinen.

Besonders fällt bei der Durchsicht der Fragebögen 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).

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 oder von einem Gruppenmitglied, das eine Eiterwurst aus der Kniebeuge zieht. Andere träumen von Bissen und Stichen von Tieren; ein Teufel fährt aus der Toilette und schneidet das Hinterteil ab; der Darm schwillt an und eitert. Wieder andere träumen von Gespenstern 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 Hauterkrankungen 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 (mütterlicher 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.

Um unsere Hypothesen über die Human-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.

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 hautkranken 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 Human-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 des 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.

Bei Naturvölkern werden die Kinder bis zum zweiten und dritten Lebensjahr am Busen oder auf dem Rücken der Mutter 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 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 human-struktureller Gruppen-, Einzel- und Milieutherapie den Zusammenhang von Hauterkrankungen sowie auch anderen körperlichen Erkrankungen mit tiefsten Verlassenheitsängsten 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 Verlassenheitsangst.

Bei unseren Fragebogen-Untersuchungen zeigte sich bei einem Viertel der Patienten ein Symptomwechsel; bei 15 % traten andere körperliche Symptome auf, wie Magen- oder 12-Fingerdarm-Geschwüre, 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 unseren klinischen Erfahrungen spricht ein häufiger Symptomwechsel für eine Psychosenähe des Patienten. Wird bei dem Patienten durch Eingriffe von außen ein Symptom aufgehoben, so kann es zu akuten psychotischen Reaktionen kommen. Die auf der Körperebene sich abspielende Erkrankung darf deshalb nicht dazu verführen, diese ausschließlich oberflächlich zu behandeln, wie z.B. bei Hauterkrankungen durch kosmetisches Abschleifen von Komedonen oder voreiliges Geben von Cortison.

5. *Ganzheitliche Behandlungsmethodik*

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

Bei der vorwiegend verbalen Therapie ist es eine wichtige Aufgabe — nach soliden gewonnenen Kenntnissen über die Übertragungsdynamik des Leidenden — dem Patienten in bildhafter Sprache einen Zugang zu seinem nichtbewußten Persönlichkeitskern und dessen Dynamik zu vermitteln. Mit bildhaftem Denken und bildhaften Formulierungen zu arbeiten dient dazu, mit einer Art von Traumbildern dem Patienten Dinge über sich klarer verstehbar zu machen. Der Therapeut produziert sozusagen Träume für ihn, die der Patient zur Zeit noch nicht fähig ist, selbst zu produzieren. Gerade schwer psychosomatisch erkrankte Patienten haben oft lange Phasen, in denen sie nicht träumen — eine Tatsache, die, wie bekannt, auch bei Patienten anzutreffen ist, die mehr dem schizophrenen Formenkreis angehören. Bei diesen Patienten muß der Therapeut die Traumfunktion als eine Hilfs-Ich-Funktion für den Patienten übernehmen. Man könnte diese Methodik auch als eine Art direkte Psy-

choanalyse bezeichnen in Anlehnung an die »Direct Psychoanalysis« nach *Rosen* (1953).

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. Für die Therapie ist es wichtig, den Menschen, der an einer psychosomatischen Erkrankung leidet, als ganzen zu sehen und nicht die Aufmerksamkeit auf die Behandlung des Symptoms zu konzentrieren. Menschen mit psychosomatischen Symptomen muß der Psychoanalytiker uneingeschränkte Beachtung seiner ganzen Persönlichkeit schenken und darf sich nicht erlauben, sich durch das Symptom gefangennehmen zu lassen. Das therapeutische Behandlungsspektrum umfaßt kombinierte Einzel- und Gruppentherapie bis hin zur klinischen Behandlung in unserer Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige, die Tanztherapie, Theater- und Reittherapie, Sport, Massage, humanstrukturelle Milieutherapie u.a. miteinbezieht.

Die Erfahrung hat gezeigt, daß es für die Strukturierung einer Therapiegruppe sehr wichtig ist, daß nicht nur psychosomatisch Kranke die Gruppe bilden, sondern auch Patienten mit Borderline- und konversionshysterischer Struktur (*Ammon*1982). Die Patienten mit einem höheren Aggressionspotential stellen ihre Hilfs-Ich-Funktionen dem 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 — Ammon* 1977; *Schibalski — Ammon* 1978).

Die humanstrukturelle Therapie zielt nicht auf das Verschwinden des Symptoms ab, sondern auf eine Persönlichkeitsentwicklung durch Kontakt und sozialenergetische Auseinandersetzung. Das Symptom verschwindet im Laufe der Therapie meist von selbst.

Durch seine Gefühle und Erlebnisse, durch das Feedback seines Therapeuten und seiner Gruppenmitglieder lernt der Patient Schritt für Schritt sich selbst und seinen Körper kennen und sich auszudrücken. Patienten, die dazu neigen, alles zu intellektualisieren oder ihre Umgebung durch zwanghaftes Reden zu kontrollieren, können ebenfalls durch eine ganzheitliche, integrierte Therapie erreicht werden.

Eine methodenintegrative Therapie antwortet auf eine ganzheitliche Einheit von Sozialenergie, Humanstruktur, nichtbewußtem Persönlichkeitskern und bewußten Verhaltensweisen, Identität, Gruppe und auch besonders den menschlichen Körper, die jeweils nur als Felder einer ganzheitlichen Betrachtungsweise erscheinen. In Verbindung mit dem spektraltheoretisch spezifizierenden Krankheitsverständnis ergibt sich für jeden einzelnen Patienten eine individuelle Behandlungskonzeption. Hier sei auf die humanstrukturelle Tanztherapie hingewiesen mit ihren integrierenden Auswirkungen des Tan-

zes auf den Tänzer, der sich im Tanz ganzheitlich mit Körper, Geist und Psyche erlebt. Tanztherapie ist sowohl Körpertherapie als auch eine besondere Form von Gruppentherapie, die sich überwiegend auf den einzelnen Patienten konzentriert (vgl. *Ammon* 1986 c). Jedoch ist sie eingebettet und integriert mit verbalisierenden Methoden wie Einzel- und Gruppentherapie, in der Klinik in das gesamte therapeutische Feld der Milieutherapie mit ihren verschiedenen Dimensionen.

6. *Schluß*

Wir glauben, daß die einseitig organ-medizinische Behandlung das Wesen der psychosomatischen Erkrankungen nicht erfaßt. Wir können sie nur behandeln, wenn wir die aktuelle Gruppendynamik und die Psychogenese kennen und einbeziehen. Das Ausmaß an Leid, das für den Einzelnen mit der psychosomatischen Erkrankung verbunden ist, übersteigt bei weitem seine Möglichkeit, darüber zu sprechen. Wir wollen eine Brücke schlagen zwischen dem tiefen Leid des an einer psychosomatischen Erkrankung leidenden Menschen und der organischen Symptomatik.

Wir tun dies durch ein gruppendynamisches und humanstrukturelles Verständnis, das die psychosomatische Erkrankung als ein Geschehen begreift, das den ganzen Menschen betrifft.

Ich habe versucht, in meiner Arbeit die innige Bezogenheit der mehrdimensionalen verschiedenen Humanstrukturen und deren Störung darzulegen mit oft schillernder und wechselnder Symptomatik, besonders auch die von uns angewandten experimentellen Untersuchungen, die Vielfalt und Verwobenheit humanstruktureller Störungen und die strukturelle Verwandtschaft von Psychosomatik, Depression und schizophrener Reaktion, so daß ganzheitlich das gesund wie krank Reagierende eines Menschen deutlich wird. Die diagnostische Kategorie verliert daher weitgehend ihre Bedeutung und an ihre Stelle tritt die größere Bedeutung der Mehrdimensionalität von Behandlungsmethodik und Heilungsprozessen. Wenn es mir gelungen ist, den Leser von der Überbewertung von Symptomen hin zu einer höheren Bewertung der Vielfalt menschlicher Persönlichkeit zu führen, ist das Ziel dieses Beitrages erreicht.

Holistic Medicine and Psychosomatics

Günter Ammon (Berlin/Munich)

Günter Ammon understands the present paper as contribution to the movement of a holistic medicine and science which represents a change of paradigms and attitudes taking place all over the world at present.

The author criticizes the overestimation of laboratory medicine and its expensive apparatuses. Evidently their results have not increased the therapeutic efficiency, but have reduced the patient to a container of symptoms. The

WHO demands an understanding of health, that includes bodily, psychic and social wellbeing. In addition *Ammon's* understanding of health is the integration of body, soul and mind. Consequently he advocates a synergism and sythesis of technical medicine, differentiated personality research and psychotherapeutic treatment.

In this context the author agrees with the »Deutsche Ärzteblatt« which calls for an integrating and integrative medicine including the complete potential of therapeutic methods of the different schools.

The same perspective is put foreward by *Milz* who considers illness as only one part of man in connection with life-long processes and living conditions.

In *Ammon's* evolutionary concepts man is seen in a continual process of fluent changes. This means that his physical structures such as cell processes, brain functions and immunological reactions are directly influenced through social-energetic and groupdynamic fields and relations which can be constructive or destructive.

The term »psychosomatics« which has been gradually accepted in medicine, university and the public, emphasizes the relationship between psyche and soma, but the spiritual dimension of man should not be neglected which can be also a significant cause of illness.

The literature on psychosomatics has explored the close relationship between psychosomatic disease and depression (*Dorfmann, Apolito* and *Montclair* a.o.), and between psychotic and psychosomatic reaction (*C.G. Jung, Dreyfuß* and *Meng*). *Keller, Segers* and *Mertens* have examined the relation between anxiety, depression and psychosomatics, which was observed in coronary diseases.

Freud has considered the psychosomatic symptom as conversion symptom and as equivalent of anxiety. *Franz Alexander* has tried to integrate the physiological and psychological aspects of the psychosomatic process.

On the background of *Ammon's* concept of humanstructurology with the primary organic human-functions, the central psychological human-functions in the nonconscious core of personality, and the secondary human-functions of behaviour, the author understands disease as a dysregulation or blockade of the synergistic flow between these areas of personality.

The world of phantasies, of dreams and feelings of the psychosomatic patient is almost cut off, a state which has been called alexithymia by *Sifneos* (1975). In his inner world the psychosomatic patient is empty, his identity is severely deficitary, he suffers — as *Ammon* calls it — from a »hole in the ego«, originating from an emotional emptiness in the primary group of early childhood.

In order to overcome his deep abondonment anxiety, the psychosomatic patient tends to overadaption and to dependency on others. Particularly in separation situations he shows acute psychosomatic reactions such as asthma bronchiale, heart attacks or skin disease. In those situations he re-experiences the lack of social energy which he has suffered in his primary group in reality.

As the hospitalism research has proved (see *Harlow* and *Harlow* 1966,

Spitz 1945) this lack of social energy leads to severe deficits in the bodily, psychic and intellectual development of man. These social-energetic deficits are a common cause of the archaic ego-illnesses (*Ammon* 1973) such as depression, schizophrenia, psychosomatic reaction, psychotic reaction, Borderline-Syndrome, obsessive compulsion and addiction.

The psychosomatic patient suffers from depression as well as from the psychosomatic disturbance at the same time in his personality structure, on the level of symptomatology they dominate alternatingly. *Ammon* reports the case of a girl who was rejected directly after her birth by her mother, because she was not the desired son. She developed alternatingly asthma bronchiale and neurodermatitis. During her psychotherapy as young woman she suffered from a severe depression and emotional emptiness and she treated her own child in the same way her mother had treated her. The psychoanalysis succeeded in braking this viscious circle.

The case of a patient suffering from asthma bronchiale and skin disease emphasizes the close relation between anxiety and psychosomatic symptom: in the same moment when the patient lost his asthma through autogenic training he developed a tremendous anxiety, which he commented in his analysis: »This is a kind of asthma without asthma.«

For *Ammon* the archimedic point in the understanding of the psychosomatic reaction lies in the central human-function of aggression: the originally constructive aggression, the ad gredi, which *Rotenberg* (1979) calls the »search activity«, is deformed into destructive aggression and turned inward against the own body. In this way the aggression appears deficitary to the outside, which corresponds to *Rotenberg*'s concept of the »renunciation of search« and *Engel*'s and *Schmale*'s (1967) concept of »giving-up«.

The helplessness which is expressed by giving-up is psychogenetically the repetition of the learned helplessness and hopelessness in early childhood.

Ammon discusses the specific psychodynamics of ulcus and colitis patients as well as of patients with skin diseases. The colitis patients suffer from an extreme dependency which is repeated in the therapeutic relationship, from a babylike withdrawal and infantile fixations and needs. In contrast to these patients the ulcus patients are characterized by jealousy, envy and querulatory behaviour. A research project of *Ammon* and his coworkers in the Dynamic-Psychiatric Clinic Menterschwaige Munich examined the relationship between skin diseases, body contact and sexuality: The research showed that the patients had not received the necessary tender body contact in the mother-child-relationship. If this body contact is refused the symbiosis between mother and child is severely disturbed. The skin disease can be understood as an expression of this torn body contact. The deep injuries which are inflicted to the patients are demonstrated by the skin symptoms as well as by the dream pictures which are full of wounds, burns and bites.

The treatment method of the psychosomatic reaction should correspond to the psychodynamic understanding of the disease: the focus should not be laid

on the symptoms, but on the personality of the patient including his constructive possibilities and his needs. In the course of therapy the symptomes will often disappear if the destructive aggression has been worked through in therapy. That means the symptom has lost its function. The therapist should use a picturesque way of communication with the patient, a kind of dream language.

As the psychosomatic patient has no or only little access to his unconscious, the nonverbal forms of therapy are of particular importance in his treatment within the gliding spectrum of therapeutic methods, above all the Human-structural Dance Therapy. Through his body language and the experiences which he has during his dance as well as through the feedback of the therapist and the members of the dance group the patient gets step by step a new understanding of his body and inner world and learns to express himself in a new way.

In group psychotherapy the groups should have a heterogenous membership, i.e. psychosomatic patients and patients with different clinical pictures, because in a homogenous group the structural deficits would be multiplied and the group process would be blocked as the clinical experience has shown (*Ammon* et al. 1977, *Schibalski-Ammon* 1978).

The deep psychic suffering at the core of personality is often more severe than the organic symptoms of the psychosomatic patient, but is often underestimated because of the flamboyant quality of the patient's symptoms. Only if the psychic suffering is really understood, the psychosomatic patient can recover and develop the various dimensions of body, mind and soul.

Literatur

Alexander, F. (1934): The Influence of Psychic Factors upon Gastro-Intestinal Disturbances: A Symposium. I. General Principles, Objecitives and Preliminary Results. In: Psychoanalytic Quarterly (3) 501—539

— (1950): Psychosomatic Medicine: Its Principles and Applications (New York: Norton)

Ammon, G. (1970): Gruppendynamik der Aggression (Berlin: Pinel Publikationen; 1973, München: Kindler)

— (1971): The Psychosomatic Symptom in its Relation to Ego and Group Dynamics. In: Proceedings of the I. International Congress, International College of Psychosomatic Medicine, Guadalajara, Mexiko

— (1972 a): Zur Genese und Struktur psychosomatischer Syndrome unter Berücksichtigung psychoanalytischer Technik. In: Dyn. Psychiat. (5) 223—251

— (1972 b): Zur psychoanalytischen Theorie der psychosomatischen Reaktion. In: Proceedings of the II. International Congress, International College of Psychosomatic Medicine (Basel: Karger)

— (1973): Die Psychosomatik der Psychosen, der Symbiosekomplex und die archaischen Ich-Krankheiten. In: Dyn. Psychiat. (6) 355—368

— (1974): Psychoanalyse und Psychosomatik (München: Piper. Italienische Ausgabe, Roma: Borla, 1977. Amerikanische Ausgabe, New York: Springer, 1979. Japanische Ausgabe. Tokyo: Ivasaki-gohujutso, 1979)

— (1976): Das Borderline-Syndrom, ein neues Krankheitsbild. In: Dyn. Psychiat. (9) 317—348

— (1978): Das Verständnis eines Entwicklungsdefizits von Ich-Strukturen in Persönlichkeit und umgebender Gruppe als Grundlage für Wissenschaft und Praxis einer Dynamischen Psychiatrie. In: Dyn. Psychiat. (11) 120—140
— (1979): 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)
— (1982): Ich-strukturelle Gruppenpsychotherapie. In: Dyn. Psychiat. (15) 1—9
— (1984 a): Der androgyne Mensch. In: Dyn. Psychiat. (17) 235—253
— (1984 b): Die Bedeutung des Körpers im ganzheitlichen Verständnis der humanistischen Dynamischen Psychiatrie. In: Dyn. Psychiat. (17) 339—353
— (1985): Der mehrdimensionale Mensch. Vortrag gehalten auf dem 3. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP und XVI. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 1.—5.3.1985 in der Fachhochschule München. In: Dyn. Psychiat. (18) 99—100
— (1986 a): Schizophrenie als ganzheitliches Geschehen. Vortrag gehalten in der Urania Berlin am 16.12.1986 und auf dem 5. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP und XVIII. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 6.—10. März 1987 in der Fachhochschule München
— (1986 b): Der mehrdimensionale Mensch. Zur ganzheitlichen Schau von Mensch und Wissenschaft (München: »Pinel«)
— (1986 c): Humanstruktureller Tanz. Selbsterfahrung, Meditation, Körpererleben, Therapie. Vortrag gehalten auf dem 4. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP und XVII. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 14.—18. März 1986 an der Hochschule der Künste Berlin
— (1987): Schizophrenie — ein ganzheitliches Geschehen. In: Dyn. Psychiat. (20) 1—32
Ammon, G.; Burbiel, I.; Finke, G.; Wagner, H. (1982): Ergebnisse Dynamisch-Psychiatrischer Forschung. In: *Ammon, G.* (Hrsg.) Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 2 (München: Ernst Reinhardt)
Ammon, G.; Burbiel, I.; Stuck, U. (1983): Der Autokinetische Lichttest in der Humanstrukturologischen Forschung. In: Dyn. Psychiat. (16) 63—109
Ammon G. und *Schibalski-Ammon, K.* (1977): Die Beziehung zwischen Frühgeburt und psychosomatischer Erkrankung. In: Dyn. Psychiat. (5) 346—395
Ammon, G.: Schibalski-Ammon, K; Herold, J; Finke, G. (1984): Psychodynamics and Ego-Structure in Skin Disease. In: Panconesi, E. (ed): Psychosomatic Dermatology. (Philadelphia: Lippincott)
— (1985): Psychodynamik und Ich-Struktur bei Hauterkrankungen. In: Dyn. Psychiat. (18) 1—29
Apolito, A., Montclair (1972): Severe Depression Resembling, Severe Physical Illness. In: Med. Soz. (11) 943—946
Burbiel, I.: Finke, G.; Wagner, H. (1983): Der Ich-Struktur-Test des Narzismus nach Ammon — Entwicklungen und erste Ergebnisse. In: Dyn. Psychiat. (16) 221—253
Deutsch, F. (1922): Psychoanalyse und Organkrankheiten. In: Int. Z. Psychoanal. (8) 290
Dollard, J.; Doob, L.W.; Miller, N.E.; Mowrer, O.H.; Sears, R.R. (1939): Frustration und Aggression (New Heaven)
Dorfmann, W. (1974): Depression und Psychosomatic Illness. In: Proceedings of the II. International College of Psychosomatic Medicine. (Basel: Karger)
Dreyfuß, G. (1908): Nervöse Dyspepsien, zitiert nach *Kütemeyer, W.* (1953): Körpergeschehen und Psychose (Stuttgart: Enke)
Engel, G.; Schmale, A. (1967): Psychoanalytic Theory of Somatic Disorders. In: J. Amer. Psychoan. Assoc. (15) 344—365
Forrest, A. J.; Wolkind, S. N. (1974): Masked Depression in Men With Low Back Pain. In: Rheumathol. Rehabil. (13) 148—153
Freud, S. (1894): Die Abwehr-Psychoneurosen. In: Ges. Werke, Bd. I, (London: Imago) 57—74
Garma, A. (1950): On the Pathogenesis of Peptic Ulcer. In: Int. J. Psychoanal. (31) 53
Harlow, H.F.; Harlow, N. (1966): Learning to Love. In: Am Scient. (54) 3
Igenbergs, E.P. (1985): Die Kraft des Denkens — Zur Methode der Elektrographie. In: Dyn. Psychiat. (18) 402—432
Jacoby, R. (1983): The Repression of Psychoanalysis. Otto Fenichel and the Political Freudians. (New York: Basic Books). Dt.: Die Verdrängung der Psychoanalyse oder Der Triumph des Konformismus (Frankfurt/M: Fischer)

Jung, C. G. (1907): über die Psychologie der Dementia praecox (Halle: Marhold)
Keller, R., Simpson, G. M., Winsloh, W. W. (1972): The Relationship of Depressive Neurosis to Anxiety and Somatic Symptoms. In: Psychosomatics (13) 358—362
Kerman, E.F. (1946): Bronchial Asthma and Affective Psychosis: Two Cases Treated with Electric Shock. In: Psychosomatic Medicine (8) 53—62
Kuhn, T.S. (1967): Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen (Frankfurt a.M.: Suhrkamp)
Meng, H. (1934): Das Problem der Organpsychose, In: Int. Z. Psychoanal. (20) 439—458
Miller, N.E. (1976): Learning, Stress and Psychosomatic Symptoms. In: Acta Neurobio. Exptl. (36) 141—156
Mitscherlich, A. (1954): Zur psychoanalytischen Auffassung psychosomatischer Krankheitsentstehung. In: Psyche (7) 561—578
Mitscherlich, A; de Boor, C. (1973): Verstehende Psychosomatik: Ein Stiefkind der Medizin. In: Psyche (27) 1—20
Mönnich, H. (1984): Die Rolle der Sozialenergie in der Psychodynamik bei vier Colitis ulcerosa-Patienten. In: Dyn. Psychiat (17) 32—54
Rosen, J. (1953): Direct Analysis. (New York: Grune & Stratton)
Rotenberg, V.S.; Alexeyev, V.V. (1981): Essential Hypertension: A Psycho-Somatic Feature or a Psycho-Somatic Disease? A Differential Analysis of Cases in Terms of Search Activity Concept. In: Dyn. Psychiat. (14) 129—137
Rotenberg, V.S.; Arshavsky, V.V. (1979): Search Activity and its Impact on Experimental and Clinical Pathology. In: Activ. nerv. sup. (21) 105—115
Schibalski-Ammon, K. (1978): Abgrenzung des spezifischen Ich-Defizits psychosomatisch Kranker im Rahmen der Krankheitslehre der Dynamischen Psychiatrie Günter Ammons. In: Dyn. Psychiat. (11) 575—588
Schipperges, H. (1985): Homo patiens — Zur Geschichte des kranken Menschen (München: Piper)
Schulz, I.H. (1953): Das Autogene Training. 15. Aufl. 1953 (Stuttgart: Thieme)
Segers, M.J.; Mertens, Ch. (1974): Suicidance l'Incidence du Type d'Activitè Professionelle et de l'Age sur les Relations Psychosomatiques. In: Bull. CERP. (22) 161—170
Seligmann, M. (1975): Helplessness.
Sifneos, P.E. (1975): Problems of Psychotherapy of Patients with Alexithymic Characteristics and Physical Diseases. In: Psychother. and Psychosom. (26) 65—70
Spitz, R.A. (1945): Hospitalism: An Inquiry into the Genesis of Psychiatric Conditions in Early Childhood. Psychoanal. Study of the Child I (New York: Int. Univ. Press)

Adresse des Autors:
Dr. med. Günter Ammon
Meierottostr. 1
1000 Berlin 15

Die psychoanalytische Gruppentherapie als Instrument zur Behandlung und Erforschung psychosomatischer Erkrankungen*

Günter Ammon (Berlin/München)

Auf allgemeinen Wunsch der deutschen Leser bringen wir im Zusammenhang mit obiger Arbeit eine klassische Veröffentlichung von Ammon aus dem Jahre 1976, die neben ihren heute noch geltenden Grundzügen gruppenpsychotherapeutischer Arbeit bei der Psychosomatik auch wissenschaftstheoretisch die Herkunft von Ammons Konzeption aus der Freudianischen Psychoanalyse deutlich macht durch die hier noch teilweise angewendete Terminologie.
Die in dieser Arbeit ausgeführte Bedeutung der Gruppenpsychotherapie als Instrument zur Behandlung der psychosomatischen Erkrankung stellt eine Ergänzung zur obigen Arbeit »Ganzheitliche Medizin und Psychosomatik« dar, die den ganzheitlichen Aspekt der Psychosomatik herausarbeitet.

Die Redaktion

Die psychotherapeutischen Behandlungsmethoden müssen sich der jeweiligen Struktur der Kranken und ihrer Krankheiten anpassen. Diese muß deshalb zuerst genau erschlossen und erfragt werden. Für die psychosomatisch reagierenden Patienten scheint keine Beziehung zwischen den somatischen Symptomen und den Schwierigkeiten zu bestehen, mit denen sie es im Leben zu tun haben. Es ist auffällig, daß sie auf der Ebene der Gefühle überhaupt nur sehr schwer erreichbar sind; weiten Bereichen ihres eigenen Gefühlslebens stehen sie fremd gegenüber. Sie können allerdings sehr lebendig werden, wenn sie hinsichtlich ihrer körperlichen Symptomatik Aufmerksamkeit erfahren; dabei kann man immer wieder beobachten, daß sie sich sehr für ihre organischen Beschwerden interessieren und gern darüber sprechen, so, als würden sie sich auf diese Weise erst existent fühlen. Erfahrungsgemäß fordern sie ein extrem hohes Maß an Zuwendung, ein Verhalten, das durch Selbstbezogenheit und Kränkbarkeit hervorsticht. Die Selbstdarstellung des psychosomatischen Kranken bewegt sich in der Hauptsache im Rahmen von Abhängigkeits- und Entfremdungsgefühlen. Werden die Wünsche nach Nähe, Abhängigkeit und narzißtischer Stützung des psychosomatisch Reagierenden nicht oder nur unbefriedigend erfüllt, reagiert er in der Regel mit Schuldgefühlen und Depressionen, in denen er seiner Umgebung gegenüber im Grunde eine fordernde Haltung einnimmt, ohne ein gleiches Interesse für andere und deren Ansprüche zu zeigen.

Dieses Verhalten ist freilich nur die Oberflächenform einer tieferliegenden Struktur. Um das zwiespältige Verhalten von Anklammerungsbedürfnis und Beziehungslosigkeit und seine psychodynamischen Beziehungen zur psychosomatischen Symptomatik zu verstehen — vor allem im Hinblick auf Möglichkeiten der therapeutischen Technik —, ist es notwendig, sich über die

* Nachdruck aus »Der praktische Arzt«, Heft 5 (1976), S. 913-924 mit freundlicher Genehmigung der Redaktion.

Genese und über die Manifestationen psychosomatischer Erkrankungen grundsätzliche Gedanken zu machen.

Die Entwicklung des Ichs und der Körper-Ich-Identität in der frühen Mutter-Kind-Beziehung

Die Voraussetzungen, die zu den psychosomatischen Erkrankungen führen, liegen in spezifischen Erfahrungen der frühen Kindheit. Je früher es zu Störungen in den primären Entwicklungsprozessen des Kindes kommt, desto gravierender ist die spätere Symptomatik. Während der ersten Lebenszeit erlebt sich das Kind nicht als getrennt von der Mutter; es unterscheidet nicht zwischen innen und außen, zwischen selbst und nicht-selbst, zwischen ich und nicht-ich. Der Körper selbst hat noch keine klaren Grenzen, da die Mutter als Teil des eigenen Körpers erlebt wird; das Kind ist noch nicht fähig, seine eigenen Funktionen differenziert wahrzunehmen. Mutter und Kind bilden eine psychosomatische Einheit, sie leben in einer dyadischen Symbiose. Es ist die Aufgabe dieser Dyade, außer der funktionalen Lebenserhaltung in Ernährung und Pflege ein Klima herzustellen, in dem das Kind durch den engen emotionalen und körperlichen Kontakt mit der Mutter seine Bedürfnisse und deren Befriedigung wahrnehmen und erleben kann, um auf diese Weise erst ein Gefühl für den eigenen Körper zu entwickeln.

Das archaische Existenzgefühl, das die Mutter dem Kind bereits auf der Ebene des taktilen und des Geruchskontakts vermittelt, hat schon auf dieser Stufe eine bestimmte und einmalige »Konfiguration« (*Lichtenstein* 1961), die wesentlich durch das Erleben und Verhalten der Mutter gegenüber ihrem Kind bestimmt ist.

Diese spezifische, einmalige Konfiguration der »Ur-Identität«, die das Kind im Spiegel der mütterlichen Zuwendung erlebt, ist die notwendige Voraussetzung für die Bildung der Ich-Grenze, die das Kind in engem körperlichen Kontakt mit der Mutter als Körper-Ich-Grenze allmählich aufbaut. Damit erscheint die »Welt der Urhöhle« (*Spitz* 1955) nicht allein als Voraussetzung zur Bildung der Ich-Strukturen, sondern vor allem als der Ort, an dem das Kind in Interaktion mit der Mutter lernt, seine Körper-Ich-Grenzen aufzubauen. Während dieser Abgrenzungsprozesse entwickelt sich gleichzeitig die Ich-Grenze, die eine Ich-Identität ermöglicht. So entsteht der ontogenetische Rahmen, der die Entfaltung der Ich-Funktionen im Kontext der psychophysischen Einheit der menschlichen Persönlichkeit gewährleistet.

Das »Loch im Ich« und das psychosomatische Symptom

Die Manifestationen psychosomatischer Störungen verweisen daher nach unserer Erfahrung in jedem Fall auf Störungen dieses interpersonellen Prozesses,

der aber auch zu verstehen ist als Störung eines Gruppenprozesses — ist doch die Mutter in ihren Einstellungen und daraus resultierendem Verhalten geprägt und bestimmt durch die Dynamik und Interaktion, wie sie in der Primärgruppe Familie stattfindet. Die Mutter wird für das Kind zum Repräsentanten dieser Gruppe.

Im folgenden möchte ich vertiefend auf die strukturellen Beziehungen eingehen zwischen der psychosomatischen Pathologie, mit der der Arzt in seiner Praxis täglich konfrontiert wird, und den Primärprozessen in der Gruppengeschichte, dargestellt an der Beziehung zwischen der Mutter und ihrem Kind.

Das Kind ist in der frühesten Lebenszeit darauf angewiesen, daß die Mutter als Hilfs-Ich anwesend ist und durch angemessenes Reagieren auf seine Bedürfnisse ihm hilft, seine Körpergrenzen aufzubauen. Wenn die Mutter dazu nicht in der Lage ist, dann erfährt das Kind in dieser Phase seiner ersten Entwicklungsschritte eine schwere Schädigung, es entsteht ein narzißtisches Defizit, das sich durch die folgenden Entwicklungsstufen des Kindes hindurchzieht.

In meinen Untersuchungen psychosomatisch reagierender Patienten habe ich immer wieder beobachtet, daß in deren Kindheit die Mutter auf aktive und aggressive Regungen mit besonderer Hilflosigkeit reagiert und die spontanen Lebensäußerungen des Kindes als narzißtische Kränkung empfunden hat. Die reparativen, muskulär ausgedrückten Strebungen, in denen es dennoch versucht, die Aufmerksamkeit der Mutter zu gewinnen, wurden negiert, nicht erkannt oder verboten. Daraus folgten Unbeweglichkeit oder Hyperaktivität und die pathologische Verwandlung der ursprünglich konstruktiven Aggression (im Sinne von *ad gredi:* an Dinge und Menschen herangehen) in Destruktion, die sich gegen den eigenen Körper richtete. Der psychosomatisch Reagierende sagt »nein« zu sich selbst. Dieses Nein erscheint in Gestalt organpathologischer Reaktionen schon in der Kindheit als direkter Ausdruck einer fortschreitenden Auflösung beziehungsweise Nicht-Bildung der Körper-Ich-Identität.

Hier wird deutlich, daß die Entwicklung der grundlegenden Körperfunktionen und Reaktionsformen an die Voraussetzung der lebenswichtigen affektivkörperlichen Kommunikation von Mutter und Kind in der frühen Symbiose gebunden ist, in deren Verlauf das Kind die Einstellung und das Verhalten der Mutter ihm gegenüber verinnerlicht und damit ein Körper-Ich herausbildet, das mit Hilfe der frühesten Ich-Grenze, nämlich der Körper-Ich-Grenze, eine erste Unterscheidung von innen und außen erlaubt. Damit kann einerseits ein Ich-Gefühl im Sinne der Wahrnehmung der eigenen körperlichen Existenz und andererseits die Voraussetzung für eine aktive Interaktion entstehen, die sich in der Entfaltung und Differenzierung der Ich-Funktionen zeigt. Das Kind erlebt die Erfahrungsunfähigkeit — häufig in Form offen-feindseliger Ablehnung oder einfacher Gleichgültigkeit — zugleich als existentielle Verlassensangst. Dies geschieht gerade auch dann, wenn die Mutter aufgrund ihrer eigenen Bedürfnisstruktur sich verfrüht von ihrem Kind löst. Das Kind muß in diesem Fall Abwehrmechanismen ausbilden, um auf kräftezehrende Weise

den Gleichklang mit seiner Mutter wiederherzustellen, das heißt zu erreichen, daß sie sich ihm wieder zuwendet. Der spätere Psychosomatiker hat in seiner frühesten Kindheit dieses Verlassenwerden als Trauma erlebt; alle Ich-Kräfte werden zukünftig absorbiert, um die Ängste, die hier entstehen, sich nicht wiederholen zu lassen. Durch die Verlassenheitssituation sind zudem die schwachen Ich-Grenzen des kindlichen Individuums in Gefahr, durch fremde, innere und äußere Nicht-Ich-Anteile überflutet zu werden. Dies kann zur Auflösung des gesamten Ich-Gefühls führen. An die Stelle einer flexiblen Ich-Abgrenzung und der freien Kommunikation des Ichs nach innen und außen treten zwanghafte Mechanismen, die Gefahr der Ich-Auflösung abzuwehren; damit aber werden die Erfahrungsbereiche abgespalten, in denen die Mutter ihr Kind in der Äußerung der zentralen Ich-Funktionen, der konstruktiven Aggression und der Kreativität, gehemmt oder extrem reglementiert hat. Die diesen Erfahrungen entsprechende Realität muß verleugnet werden. Es entstehen deshalb sozusagen weiße Flecken auf der Landkarte des Ichs, Zonen, in denen das Ich des Kindes nach innen und außen erfahrungsunfähig bleibt, weil die entsprechenden Situationen mit einer archaischen Existenzangst verbunden bleiben. Auf diese Weise entsteht jenes strukturelle Defizit im Aufbau der Ich-Grenze, das ich das Loch im Ich bezeichnet habe. Die hier betroffenen Erfahrungsbereiche können nicht in die weitere Entwicklung aufgenommen werden.

Die daraus resultierende psychopathologische Symptomatik habe ich als Spektrum der archaischen Ich-Krankheiten beschrieben; sie wird allgemein gekennzeichnet durch die Unfähigkeit zur Abgrenzung der eigenen Identität. Die psychosomatisch reagierenden Patienten klebten gewöhnlich in symbiotischer Anklammerung an undifferenzierten Erinnerungs- und Realobjekten und Bezugspersonen, die sie zugleich verschlingend und verlassend erleben. Diese Psychodynamik, die ein solcher »Symbiosekomplex« als Spiegelung der frühkindlich gestörten Symbiose in Form eines entsprechenden Symptomverhaltens entfaltet, verstehe ich als einen Versuch, doch noch zu einer Ich-Abgrenzung und damit zu einer selbständigen Kommunikation mit sich und anderen zu gelangen, indem durch das Symptom das Loch im Ich gleichsam ausgefüllt wird (vgl. *Ammon* 1971, 1972, 1973).

Der Kranke hat auf der Stufe der Körper-Ich-Entwicklung eine Schädigung in Form eines traumatischen Defekts seiner Ich-Anlagen erlitten, durch die ihm das Herauswachsen aus der Abhängigkeit der gestörten Symbiose unmöglich gemacht wurde.

Da Ich- und Realitätsgefühl des Ich-Kranken aufgrund dieser defizitären Lebensgeschichte nicht voll ausgebildet werden konnten, entwickelte er in der Folge häufig eine Überanpassung an die Forderungen der äußeren Wirklichkeit oder das Gefühl eines beziehungslosen Abgespaltenseins von vielen Bereichen des realen Lebens. Der psychosomatisch Kranke reagiert auf Alltagserfahrungen in Beruf, Gesellschaft und individueller Mitmenschlichkeit — also hinsichtlich der aktiven Bestimmung seiner eigenen Identität — mit der Flucht

in die falsche Identität. Der eigentlichen Frage: »Wer bin ich?« versucht der Kranke aufgrund seiner großen Existenzängste zu entgehen und an ihrer Stelle die auf das Symptom fixierte Frage zu setzen: »Was habe ich?«, auf die er unausgesetzt Antwort sucht und dafür Ärzte und klinische Institutionen benötigt. Die Frage nach der eigenen Identität wird, mit anderen Worten, ersetzt durch die Frage nach dem Symptom, das die zerbrochene Identität zu ersetzen hat. Dabei repräsentiert das Symptom auch die verinnerlichte Mutter der frühen Kindheit, die die Aktivitäten und die Entwicklung des Kindes blockierte und zu liebevoller Zuwendung erst dann fähig war, wenn das Kind erkrankte.

Im symbiotischen Primärprozeß identifiziert sich das Kind also zugleich mit der Beziehungsarmut der Mutter. In der Phase der archaischen Identifikation mit der Mutter lernt das noch wenig strukturierte kindliche Ich diese zu beobachten und in sich aufzunehmen, vor allem das Bild der kontrollierenden oder der verlassenden Mutter. Daher wird es verständlich, daß der erwachsene Psychosomatiker fasziniert, ängstlich oder streng seine Körperfunktionen und Veränderungen wahrnimmt, in denen sich sein Verhältnis zu seiner sich ihm entziehenden Mutter spiegelt. Dementsprechend beobachtet er seinen Körper in einer Weise, als gehörte er nicht zu ihm selbst, so wie er als Kind seine Mutter zum großen Teil als nicht zu ihm gehörend und als abwesend erlebt hatte.

In dieser Dynamik sind oft zwei widersprüchliche Reaktionen gebündelt, die die Ambivalenz in der Struktur der archaischen Ich-Krankheiten und vor allem der psychosomatischen Erkrankungen ausdrücken.

Das psychosomatische Symptom nimmt als Ausdruck der destruktiven Aggression einerseits den Stellenwert der vom Patienten verinnerlichten feindseligen Aspekte der Mutter ein, auf der anderen Seite drückt es die Feindseligkeit des Patienten selbst aus, die sich im symbiotischen Schwanken zwischen Abhängigkeits- und Haßgefühlen der Mutter gegenüber bewegt. Der psychosomatisch Kranke richtet seine Aggressionen, die sich eben autoaggressiv in der Symptomatik äußern, zugleich auf das in das Körper-Ich aufgenommene Teilobjekt, das die frühkindliche Kommunikationsform mit der Mutter darstellt.

Das Symptom als feindseliges Über-Ich

Das innerseelische Gleichgewicht des Psychosomatikers ist von starken Spannungen bestimmt. Die krankmachende Familiensituation, die sich als pathogenes Trauma darstellt und in der weiteren Lebensgeschichte des Patienten fortwirkt, führt unter dem Wiederholungszwang zu einer im Ich des Patienten nun selber vorfindlichen, destruktiven Struktur: zu dem feindseligen und grausamen Über-ich, das für den Psychosomatiker charakteristisch ist.

In diesem Zusammenhang hat das psychosomatische Symptom eine besondere Funktion, indem es dem strengen Über-Ich gegenüber vor allem zwei Forderungen erfüllt. Es verwandelt das Körper-Ich-Gefühl in ein Ich-fremdes,

in ein vom Ich abgespaltenes, das in der symptomatischen Form als minderwertig und oft ekelerregend zum Ausdruck kommt. Hierin zeigt sich die Abspaltung der ehemals versagenden und traumatisierenden Familiensituation. Gleichzeitig hat das Symptom eine im hohen Grad kompensatorische Bedeutung. Denn der Psychosomatiker erkauft mit seiner Erkrankung eine von der Kontrolle und den Zwängen des Über-Ichs freie Aufmerksamkeit, Pflege und Fürsorge der umgebenen Gruppe wie auch der gesellschaftlichen Institutionen, die in den privatärztlichen und klinischen Bereichen auf die manifeste psychosomatische Symptomatik mit Zuwendung reagiert, auf genuin psychische Krankheiten dagegen mit Ablehnung und Unverständnis.

Symptomverschiebung und Unterschiede der neurotischen und archaischen Symptomatik

Wichtig ist es, auf die engen Beziehungen hinzuweisen, die zwischen Psychopathologie und Psychosomatik bestehen. Wir können jeweils innerhalb der einen sowie zwischen beiden Bereichen eindrucksvolle Wechsel und Verschiebungen der Symptome erleben; zum Beispiel kann eine Neuro-Dermatitis von einem Asthma bronchiale, dieses wiederum von Erscheinungen wie Fettleibigkeit abgelöst werden. In den Vorgängen der Symptomverlagerung können psychosomatische Störungen in ein Krankheitsgeschehen übergehen, das den psychotischen Reaktionen eigentümlich ist; diese ihrerseits sind in vielfältiger Interdependenz mit anderen Formen der archaischen Ich-Krankheiten auf einem gleitenden Spektrum verbunden.

Die Dynamik der psychosomatischen Pathologie kann daher durch einen Vergleich mit anderen Ich-Erkrankungs-Befunden verdeutlicht werden, zumal innerhalb der Phänomenologie archaischer Persönlichkeits- und Körper-Ich-Defekte Symptomverschiebungsprozesse zu beobachten sind, die die Anerkennung ihrer strukturellen Verwandtschaft nahelegen.

Vorausschicken möchte ich, daß zwischen dieser archaischen und einer neurotischen Symptomatik entscheidende Unterschiede bestehen, obwohl gerade auch Neurotiker zu körperlicher Symptombildung neigen. Der Neurotiker setzt seine unbewußten Triebkonflikte vor allem auf der innerseelischen Bühne in Träume, im täglichen Leben in Zwangshandlungen und auf der Körperebene in Konversionssymptome um. Der neurotische Patient erlebt sein Symptom als Ich-fremd und als Beeinträchtigung im Umgang mit seiner Umwelt. Die symptomatische Umsetzung eines innerseelischen Konflikts beeinträchtigt beim Neurotiker ein im wesentlichen entwickeltes und abgegrenztes Ich; die Objektbeziehung zur Realität wie zum eigenen Körper-Selbst sind hier in der Hauptsache intakt. Die äußeren Objekte können von den inneren, denen der Phantasie und der Träume, klar getrennt werden.

Bei den archaischen Ich-Krankheiten, speziell den psychotischen Reaktionen, ist der Bezug zur äußeren Realität jedoch weitgehend verlorengegangen.

Die Trennung zwischen äußerer und innerer Realität ist durchbrochen; das Erleben und Verhalten des Patienten wird völlig von als real erlebten, phantastischen Allmachtsgefühlen oder Vernichtungsängsten bestimmt. Daher lebt der psychotisch reagierende Patient seine Träume, Ängste und Wiederholungszwänge in die Realität hinein aus. In akut psychotischen Zuständen erlebt der Ich-Kranke einen völligen Realitäts- und Ich-Verlust.

Psychosomatik und das Spektrum der archaischen Ich-Krankheiten

In der Psychose wird also die Grenze zwischen dem Ich und Nicht-Ich, dem Innen und Außen durchbrochen und das Ich von nicht integrierten, unbewußten Inhalten überschwemmt. Hiermit wird versucht, den psychotischen Zustand, das heißt die völlige Desintegration, in einem pathologischen Sinne autoreparativ zu bändigen.

Das psychosomatische Symptom jedoch bildet ein Äquivalent für das psychotische Auseinanderfallen des Ichs, dessen unbewußt selbstzerstörerische Dynamik in die mehr oder weniger ausgedehnte, somatische Störung eingekapselt wird. Auf diese Weise kann durch die psychosomatische Symptomatik, das heißt eine partielle Desintegration des Körper-Ichs, die Intaktheit der übrigen Ich- und Körper-Ich Bereiche bewahrt bleiben.

Dieser Interpretation entsprechen Ergebnisse empirischer Forschungen, die bereits auf C.G. *Jung* (1907) und *Dreyfuß* (1908) zurückgehen: Psychotisch erkrankte Patienten bleiben für die Zeit einer organischen Erkrankung frei von psychotischen Reaktionen. Aufgrund ähnlicher Beobachtungen hat *Kütemeyer* (1953) seine Theorie vom »Äquivalentcharakter« der psychosomatischen Erkrankung darstellen können. Im Rahmen meiner Forschungen (*Ammon* 1972) berichtete ich von einem Patienten, der in seiner Kindheit ständig an quälenden Hautkrankheiten — Ekzemen, eitrigen Hautausschlägen vorwiegend an Gesicht und Händen — gelitten hatte. In der Pubertät trat ein schweres Bronchialasthma auf, das mehr als zehn Jahre anhielt. Als die Asthmaanfälle aufgrund von autogenem Training ganz zurückgingen, erlebte er einen Zustand psychoseähnlicher Depression, der ihn die Praxis des Psychoanalytikers aufsuchen ließ. Während der analytischen Sitzungen durchlitt er Zustände äußerster Bedrückung, die er als Asthma ohne Asthma bezeichnete (*Ammon* 1972).

Die gestörte symbiotische Kommunikation des Kindes mit der Mutter, die als das verinnerlichte böse Objekt durch das psychosomatische Symptom dargestellt wird, findet Ausdruck in einer bestimmten Form der Abwehr, die den eigenen Körper benutzt, weil eine Abgrenzung gegenüber dem bösen Objekt schon auf der frühkindlichen Ebene der Körper-Ich-Bildung nicht anders hat erfolgen können. Hinzu kommt, daß die psychosomatisch krankmachende Mutter dem Kind Zuwendung und wärmende Geborgenheit nur dann ge-

ben kann, wenn es körperlich erkrankt ist. Dann kann sie sich in Pflege und Fürsorge als gute Mutter erleben. Sie nimmt von dem kranken Körper gewissermaßen Besitz und entfremdet ihn damit den Ich-Gefühlen des Kindes.

Die Psychodynamik des Psychosomatikers

Aus den frühen Beziehungsformen der Mutter zu ihrem Kind entwickelt sich die spezifische Psychodynamik des Psychosomatikers. Der kranke Körper wird vom Patienten als ein nicht zum eigenen Selbst gehörenden Gegenstand erlebt. Um zu seinem Körper eine Beziehung zu haben, muß dieser ihm als ein fremder erscheinen: Dem Ich tritt der Körper als kranker entgegen. Gleichzeitig aber handelt es sich hier um des Körpers eigene Krankheit, die die Verbindung zum Körper-Ich-Erleben pathologisch wiederherstellt.

In der Symptomatik erscheint der Körper also zwiespältig: Einerseits wird er als entfremdet und vom Ich abgespalten erlebt, auf der anderen Seite ist aber das Körperdefizit das Medium, das dazu dient, den Körper für das Ich wieder wahrnehmbar zu machen.

Die psychosomatisch und archaisch Ich-kranken Patienten können sich ein Existenzgefühl und ein Erleben des Angenommenseins von anderen Menschen in Partnerbeziehungen und Gruppen nur dann gestatten, wenn sie über Ersatzobjekte oder über ein symptomatisches Agieren mit sich selbst und ihrer Umwelt kommunizieren. Der Sinn dieser pathologischen Dynamik ist es, die erworbene narzißtische Wunde in einer zwar autoaggressiven und abgespaltenen, dennoch aber in einer vor der endgültigen Ich-Auflösung bewahrenden Weise zu schließen.

Die Behandlungstechnik der analytischen Gruppenpsychotherapie

Die psychotherapeutische Technik muß diesen neuen Forschungsergebnissen auf dem Gebiet der archaischen Ich-Krankheiten entsprechen. Sie hat vor allem der Funktion des psychosomatischen Symptoms gerecht zu werden, das der Integration der Persönlichkeit dient und dessen Pathogenese auf die symbiotischen Abhängigkeitsbedürfnisse des Patienten wie auf die Zersplitterung seines Ichs verweist.

Nach meinen Erfahrungen zeigen psychosenahe und archaisch Ich-kranke, psychosomatische Patienten die Tendenz, unerträglich gewordene eigene Ich-Anteile, die die verinnerlichten Formen der gestörten Mutter-Kind-Beziehung darstellen, zu übertragen, entweder auf Bereiche ihres Körper-Ichs — das heißt sie symptomatisch zu entfremden und abzuspalten — oder auf Personen der nächsten Umgebung. Es muß daher das Grundprinzip jeder Therapie sein,

diese gespaltene Übertragungsdynamik, die die Ich-Gefühle und die Realitätsbeziehungen dieser Patienten schwer beeinträchtigen, in den Griff zu bekommen. Dafür ist vor allem die psychoanalytische Gruppentherapie indiziert; denn die Vielpersonenanordnung in der therapeutischen Gruppensituation ermöglicht für die Behandlung eine Verbindung von Aufsplitterung der Übertragung, die der Zersplitterung und den Entfremdungsängsten des Patienten entspricht, und einer Zusammenfügung von Teilen der aufgespaltenen Übertragung in der Ganzheit der Gruppe, die dem gesunden Bedürfnis nach eigener Identität entspricht. Der Patient vermag nun seine ihm selbst fremd gewordenen Gefühle an dem Verhalten einzelner Mitpatienten wiederzuentdecken. Gleichzeitig aber wird die Gruppe als eine Einheit erlebt, in der die verstreuten und abgespaltenen Emotionen auf die gruppendynamische Geschlossenheit einer sich im therapeutischen Prozeß entwickelnden Gruppenidentität zurückbezogen werden können.

Der Aufsplitterung der Ich-Organisation des Psychosomatikers entspricht eine Aufsplitterung der Übertragungsreaktionen, die aber innerhalb der Gruppe wieder gebündelt wird und die eine besonders tiefe Regression bis zu den frühesten Erlebnissen in der Geschichte des einzelnen und seiner Ich-Entwicklung ermöglicht.

Die eine Ebene des Gruppenprozesses wird durch die Übertragungssituation gebildet, in der die therapeutische Gruppe als Familiengruppe erlebt und damit zum Schauplatz jener Dynamik wird, die die frühkindlichen Versagungen und auch Konflikte im Rahmen der späteren Triebentwicklung widerspiegeln, weil sie hier erneut unter dem Wiederholungszwang inszeniert werden.

Auf der anderen Ebene stellt die Gruppe zugleich ein Erfahrungsfeld bereit, das die Wirklichkeit des aktuellen Lebens in den Arbeits- und Partnerbeziehungen des Patienten widerspiegelt.

In einer solchen Situation kommen sämtliche Aspekte und Phasen der Ich- und Triebentwicklung im Zusammenhang der grundlegenden zwischenmenschlichen Dynamik unbewußter Gruppenvorgänge zur Darstellung, wodurch der Patient sich selbst wieder- und neuerleben und Einsicht in sein Verhalten gewinnen kann.

Die Gruppe kommt zunächst einer beherrschenden Tendenz im Symptomverhalten des Ich-Kranken Psychosomatikers entgegen, der ständig vor den zerstörerischen Kräften seiner von ihm verinnerlichten, kranken Familiengruppe fliehen muß und dauernd auf der Suche nach einer äußeren Gruppe ist, die für ihn die »gute Mutter« repräsentiert und ihn vor seinen inneren Ängsten schützt. Die äußere Gruppe — in diesem Fall die therapeutische — kann als »gute Mutter« aber nur dann für den Patienten in Erscheinung treten, wenn sie gleichzeitig die als »böse Mutter« verinnerlichte Gruppe der frühen Kindheit darstellt, an die er sich in seinen Einsamkeitsgefühlen und Verlassenheitsängsten gebunden fühlt. Daraus erklärt sich die tiefe Zwiespältigkeit der Beziehungen zu anderen Menschen, in der sich psychosomatisch erkrankte Patienten erleben.

Die therapeutische Gruppe muß für diese Patienten somit zwei Funktionen erfüllen: Einerseits erwarten sie Schutz vor ihren inneren Ängsten und Verständnis für ihre Bedürfnisse; auf der anderen Seite brauchen sie sie als eine Stütze, an der sie sich in der Realität orientieren können. Der Kranke erwartet mit anderen Worten, daß die Gruppe nach innen wie nach außen zu seiner Ich-Grenze wird.

Hier wird deutlich, daß Ich- und Gruppen-Grenze in engen gruppen- wie psychodynamischen Zusammenhängen stehen. Da das psychosomatische Symptom Ausdruck einer frühkindlichen Schädigung der Ich-Grenzen ist, müssen von den peri- und postnatalen Ursprüngen der Pathologie des Ich-Kranken die Ich-Grenzen zugleich als Körper-Ich-Grenzen gesehen werden. In der therapeutischen Situation reagiert die Gruppe, die für den Patienten Ich-Grenzen aufbaut, gerade auch auf dieser Ebene des Körper-Ichs. Sie wird selbst zur Verkörperung des Körper-Ichs ihrer Mitglieder, deren Ich-Störungen sich in den starren wie abwechselnden Formen ihres Symptomverhaltens äußern. In den Prozessen der Abgrenzung gegenüber den inneren wie äußeren Auflösungserscheinungen gewinnt die Gruppe jedoch fortschreitend an Selbständigkeit und entwickelt eine jeweils spezifische Gruppengrenze und -identität. Auf diese Weise wird die therapeutische Gruppe mehr und mehr zu einem »interpersonellen Innenraum«, in dessen Rahmen die Patienten ihr blindes »Somatisieren« in dem Maße aufgeben können, wie die Gruppe ihnen dabei hilft, ihre Symptombeschwerden als Anteile in ihrem Identitätskonflikt erkennen und bearbeiten zu lernen, den sie auf der Ebene ihres Körper-Ichs ausdrücken müssen.

Die Gruppengrenze zeigt somit einen funktionellen, das heißt symptombezogenen, und einen Identitätsaspekt: Die Mitglieder der Gruppe analysieren ihr Verhalten in den Bereichen der verbalen und der nonverbalen Kommunikation, hier vor allem auf den Ebenen der Körpersprache. Die Gruppe bildet gleichsam einen Kreis verschiedener Spiegel, in denen die einzelnen Patienten mit einer erstaunlichen Sicherheit das Erleben und das Symptomverhalten der jeweils anderen Gruppenmitglieder erkennen und darauf reagieren. Der einzelne Patient wird mit seinem Verhalten konfrontiert, und sein unbewußtes, selbstzerstörerisches Agieren wird ihm zunehmend bewußt.

Die Gruppe als ganze bildet zugleich ein in sich geschlossenes psychodynamisches Kräftefeld, weshalb sie sich nach innen gegenüber ihren einzelnen Mitgliedern und nach außen gegenüber der äußeren Realität abzugrenzen vermag.

Für die Behandlungsmöglichkeiten und therapeutischen Techniken ist diese Zuordnung des funktionellen und des Identitätsaspektes von entscheidender Bedeutung. Denn zum einen kommt das gesamte Spektrum der innerseelischen Konflikte zum Ausdruck; zum anderen erlebt der Patient zwischenmenschliche Konflikte in seiner Beziehung zu den frühen Bezugspersonen wieder. Außerdem entwickeln sich Übertragungsbeziehungen auf die Gesamtgruppe wie auf den Therapeuten.

Aufgaben psychoanalytischer Gruppentherapie bei Psychosomatikern und Kriterien für die Zusammenstellung von therapeutischen Gruppen

Das psychoanalytische Verstehen der Genese psychosomatischer Symptomatik, die nur auf dem Hintergrund einer entwicklungsgeschichtlich frühen Identitätsstörung zu sehen ist, ermöglicht Erkenntnisse, die direkt in der Anwendung psychoanalytischer Therapie genutzt werden können. Die Symptombildungen dienen dem Patienten, wie wir zeigten, zur Aufrechterhaltung der Ich-Integration und der Ich-Funktionsfähigkeit. Diese pathologische Stabilisierung des Ich-Gleichgewichts darf aber in der therapeutischen Arbeit nicht direkt angegangen werden. Nicht das somatische Symptom steht im Vordergrund der Aufmerksamkeit, sondern die frühkindlichen Schädigungen des Patienten und ihre endlos erneuerten Wiederholungen in seinem Erleben und Verhalten. Das psychosomatische Symptom ist als Ausdruck destruktiv gewordener Aggression in dem paradoxen Sinn zu begreifen, daß sich darin Selbstzerstörung und pathologisch verzerrte Selbststabilisierung in konfliktuöser Spannung fixieren. Mit dem Preis seines Symptoms erkauft sich der Patient eine Pseudo-Identität, die allerdings immer wieder durch destruktiv-aggressive Ausbrüche in Frage gestellt wird.

Besonders wichtig ist deshalb die Bearbeitung der destruktiv gewordenen Aggression des Patienten, in der seine unbewußten Identitätsängste zum Ausdruck kommen. Gelingt es, diese destruktive Aggression aus der Entwicklung des Kranken wie aus seiner aktuellen Lebensituation als verinnerlichte Erfahrungen mit einzelnen und mit Gruppen, vor allem mit seiner primären Gruppe, zu verstehen, wird es auch möglich sein, an die Stelle der Ersatzidentität des psychosomatisch Kranken eine von Schuldgefühlen und Ängsten freie Abgrenzung seiner Identität nach innen und nach außen treten zu lassen.

Da der psychosomatisch Ich-Kranke weitgehend nicht in der Lage ist, seine Gefühle auszudrücken, sondern Ängste und Bedürfnisse symptomatisch überdeckt und von den übrigen Bereichen seines Erlebens abspaltet, ist die direkte und aktive Kommunikation mit solchen Patienten entscheidend. Die therapeutische Gruppe bietet hierzu die besten Möglichkeiten, vor allem erlaubt sie es, den Patienten direkt zu konfrontieren, aber so, daß er nicht das Gefühl zu haben braucht, im Stich gelassen zu werden. Da diesem seine eigenen Gefühle oft nicht zugänglich sind, können im Rahmen der Auseinandersetzungen innerhalb der Gruppe der Therapeut, einzelne Gruppenmitglieder wie die Gruppe als ganze auf den psychosomatisch agierenden Patienten zugehen, ihn sowohl konfrontieren und provozieren, als ihm auch emotionale Anteilnahme und Wärme in Form einer aktiv zum Ausdruck gebrachten Empathie entgegenbringen.

Die Vielpersonensituation der therapeutischen Gruppe bietet besondere Voraussetzungen, dem gewöhnlich uneinsichtigen Psychosomatiker die Symptomfrage, die er in den Vordergrund stellen möchte, als ein fundamentales Problem seiner Persönlichkeits-Identität bewußt zu machen und ihm da-

mit Wege zu eröffnen, unter der Herrschaft neu erworbener Ich-Stärke das Symptom und seine Folgeerscheinungen zu bewältigen.

Bei der Zusammenstellung der therapeutischen Gruppen empfiehlt es sich, auch Patienten mit einer anders qualifizierten Symptomatik, zum Beispiel aus dem Bereich der neurotischen Konversionspathologie, hinzuzuziehen. Für die Psychodynamik und die ihr entsprechende therapeutische Arbeitsweise in einer derart differenzierten Gruppensituation möchte ich auf ein Beispiel zurückgreifen, das mein Mitarbeiter Hartwig *Volbehr* in einer der Kontrollsitzungen vorgetragen hat. In dieser Gruppe kommunizierten drei Patienten mit schweren psychosomatischen Erscheinungen lange Zeit ausschließlich über ihr Symptom. Eine Patientin litt an einer Anorexia nervosa — sie wog nur etwa 36 kg —, ein älterer männlicher Patient an einer Colitis ulcerosa, der letzte an Herzstörungen und rezidivierenden Magengeschwüren. Alle drei zeigten das für Psychosomatiker charakteristische Bedürfnis nach symbiotischer Abhängigkeit, ohne aber fähig zu sein, diese Gefühle auch auszudrücken.

Dies zeigte sich vor allem darin, daß die beiden Männer einer älteren Patientin gegenüber eine außerordentlich ambivalente Übertragungsbeziehung entwickelten. Sie waren jedoch unfähig, diese Problematik zu bearbeiten und in dieser Beziehung die eigene Mutter wiederzuerleben. Die anderen drei Patienten mit einer vorwiegend neurotischen Konversionssymptomatik konnten im Anfang auch nur über ihre körperlichen Beschwerden sprechen, waren aber bald in der Lage, an ihre Konflikte in der Kindheit, in der aktuellen Lebenssituation und in der therapeutischen Gruppe heranzugehen. Gruppendynamisch bildeten sie bald einen geschlossenen Zusammenhang, aus dem sie die Sicherheit gewannen, sich den Ausdruck ihrer Gefühle zu gestatten, ja sogar während der Gruppensitzungen ihre Symptome zu verstehen und sie in Verbindung mit ihrer jeweiligen, in der Gruppe nacherlebten Übertragungsdynamik zu begreifen. Gegenüber den psychosomatisch reagierenden Ich-kranken Patienten entwickelten diese drei eine größere Aktivität im Gruppenprozeß, in dem sie es mit wachsendem Verständnis den anderen zunehmend ermöglichten, die starre, symptomatisch verkleidete Abwehrhaltung der Gruppe als ganzer gegenüber zu lockern und die guten Aspekte der Gruppe — in der Übertragung der »guten Mutter« — zu akzeptieren.

Da es der Psychotherapeut auf jeden Fall vermeiden muß, sich von der organischen Symptomatik des Patienten im Sinn eines Mitagierens verleiten zu lassen, bedeutet die Vielpersonensituation der therapeutischen Gruppen, vor allem auch in Zusammenarbeit mit einem Co-Therapeuten, eine große Hilfe: In einer solchen Konstellation verliert das Symptom nämlich seine aus dem narzißtischen Ich-Defizit herrührende Verselbständigung. Der Therapeut entgeht damit viel leichter der Gefahr, sich von der oftmals eindrucksvollen Symptomatik blenden zu lassen, über die der Patient weitgehend identitätsverhindernd mit seiner Umwelt kommuniziert hat.

Die psychoanalytische Behandlung psychosomatisch erkrankter Patienten ist eine der schwierigsten innerhalb der psychoanalytischen Behandlungstech-

niken überhaupt. Auch wenn die Reversibilität schwerster Formen der Erkrankung durch die analytische Gruppentherapie weitaus größer ist, als dies in der vor allem organpathologisch orientierten Medizin angenommen wird, so muß man sich dennoch in manchen Fällen damit zufriedengeben, daß einzelne Symptome bestehenbleiben, die dann kontinuierlich im Sinn der Organtherapie medizinisch weiterbehandelt werden müssen.

Für die psychoanalytische Einzel- und Gruppenbehandlung gilt also prinzipiell, daß der Aspekt der Ich-Identität und des Körper-Ichs absoluten Vorrang vor der bloßen Symptombeseitigung hat. Gesundheit in ihrer psychischen wie somatischen Dimension ist nicht einfach Abwesenheit von Krankheit, sondern Sicherheit und Freiheit hinsichtlich der Identität des eigenen Ichs, der Integration des Körper-Ichs und seiner konstruktiv-kreativen Manifestation im Medium von Gruppen.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Autors:
Dr. med. Günter Ammon,
Meierottostr. 1
1000 Berlin 15

Klage, Symptom, Erkrankung. Prozesse der Gruppendynamik und der Identitätsbildung im Krankheitsgeschehen. Ein klinischer Beitrag zur ganzheitlichen Schau der psychischen Krankheit**

Béla Buda (Budapest)*

Der Autor versucht in seiner Arbeit, die Beziehung von Klage, Symptom und Erkrankung und ihre Bedeutung innerhalb der therapeutischen Situation herauszuarbeiten und in einem ganzheitlichen Sinne neu zu bestimmen. Grundlage und Voraussetzung dafür sind für ihn die Konzeption und das Menschenbild der Berliner Schule der Dynamischen Psychiatrie Günter Ammons, insbesondere die Humanstrukturologie, das gruppendynamische Prinzip, die Lehre der archaischen Ich-Krankheiten, die Ich-strukturelle Diagnostik und die Konzeption der Mehrdimensionalität des Menschen mit seinen Entwicklungsmöglichkeiten. Zunächst grenzt sich Buda von der Auffassung der klassischen Anstaltspsychiatrie ab, die ein starres, deterministisches Verhältnis von Klage, Symptom und Erkrankung postuliert, worauf sich die gesamte herkömmliche Diagnostik stützt. Durch diese Denkweise werde die Gültigkeit der Kraepelinschen nosologischen Kategorien immer wieder hergestellt, der Kranke kann so nur als Einzelwesen gesehen werden. Demgegenüber betont der Autor die weitgehende Unabhängigkeit von Klage und Symptom von Krankheit und Diagnose. Während die Human-strukturelle Diagnostik vor allem den Kern der Persönlichkeit mit ihrer gewachsenen Humanstruktur zur erfassen sucht, sind Klagen und Symptome weniger hinsichtlich einer Krankheit oder einer Diagnose zu bewerten, sondern als Indikatoren der gruppendynamischen Lage der Person in ihren Beziehungen und des Standes der Identitätsentwicklung, sie bedeuten Regulationsstörung, Veränderung im Beziehungsbereich, Reaktion auf Verlust, Dekompensation und Desintegration in der Situation, es fehlt die nötige sozialenergetische Zufuhr. Sie sind andererseits aber auch Hilferuf und Reintegrationsversuch. Die Intensität von Klage und Symptom kann sehr unterschiedlich sein und schwanken. Der Verfasser geht auf die Problematik fehlender Klagen und Symptome ein, z.B. bei oft schwerkranken, depressiven Menschen mit einer angepaßten »Scheinnormalität«. Überakzentuierte Klagen und Symptome sind dagegen meist situations- und gruppenbedingt. Als wichtigen Punkt hebt Buda den Identitätsaspekt hervor, wobei er besonders auf den möglichen Widerstandscharakter von Klage und Symptomen bei notwendigen, neuen Identitätsschritten hinweist. Buda faßt Identität in einem erweiterten Sinne: Sie greift über die individuelle Identität hinaus und beinhaltet auch gesellschaftliche Rolle, Weltanschauung, Standpunkt zu gesellschaftlichen und kulturellen Werten. In den daraus sich ergebenden Auseinandersetzungen und Konflikten um diese Probleme gewinnen Klagen und Symptome eine neue, positive Qualität, als Gelegenheit, die eigene psychische Problemlage wahrzunehmen, als Chance zum Wachsen und zur Reintegration. In diesem Beitrag zeigt der Autor, daß eine ganzheitliche, mehrdimensionale Schau der Menschen mit seinen Problembereichen und Entwicklungsaufgaben so zu einer neuen, erweiterten Sichtweise klinischer Erscheinungen führt, die dem kranken Menschen zugutekommt.

Die Berliner Schule der Dynamischen Psychiatrie hat jetzt eine Stufe der Entwicklung erreicht, wo die Erfahrung und die daraus entstandenen Lehren

* Dr. med., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychoanalytiker, Nationalinstitut für Sportmedizin Budapest, Ungarn; 1. Vizepräsident der World Association for Dynamic Psychiatry WADP; Chairman des ungarischen Zweiges der World Association for Dynamic Psychiatry WADP; Vizepräsident der Ungarischen Psychiatrischen Gesellschaft

** Vortrag gehalten auf dem 5. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP/XVIII. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 6.—10. März 1987 in der Fachhochschule München zum Thema »Körper, Geist und Seele«

uns dazu verhelfen können, das Problem der psychischen Krankheit in ein neues Licht zu stellen. Diese Schule hat sich zuerst als eine Behandlungswissenschaft verstanden und sich jahrelang vorwiegend mit psychotherapeutischen Methoden, Gruppenprozessen und Krankheitstheorien beschäftigt. Später hat sich der Kreis des Interesses erweitert, Fragen der Sozialenergie, der Androgynität, der Arbeit, des Friedens, der östlichen Lebensphilosophie usw. sind aufgeworfen und erörtert worden. Diese Themen haben, zusammen mit den älteren Forschungsgegenständen der Schule, wie z.B. Kreativität, bewußtseinserweiternde Drogen, Schlaf- und Gehirnforschung usw., ein mehrdimensionales Bild des Menschen ergeben und die Grundlagen einer neuen psychologischen Anthropologie — im Sinne von *Gadamer* (*Gadamer, Vogler* 1974) — geschaffen.

Dieses ganzheitliche Menschenbild ermöglicht uns eine präzise Beschreibung von einigen klinischen Konzeptionen, die wir schon früher erfahren und kennengelernt haben, aber wir sind nicht imstande gewesen, diese in einer verallgemeinerten Form zu formulieren. Eine von diesen Konzeptionen ist das neue Krankheitsverständnis, das uns diese Dynamisch-Psychiatrische Schule vermittelt.

Die Lage kann am besten im Kontrast zu den Auffassungen der klassischen Anstaltspsychiatrie beleuchtet werden. Die herkömmliche psychiatrische Lehre setzt einen notwendigen Zusammenhang zwischen Klage, Symptom und Krankheit voraus. Krankheit wird als ontologisches Ereignis aufgefaßt, das entweder auf biologischer oder auf psychologischer Ebene des Psychischen bzw. der neuropsychologischen Organisation strukturell verankert ist. Die so vorgestellte psychische Erkrankung muß sich auf irgendeine Weise manifestieren. Gestörte Funktionsfähigkeit, Leistungsschwäche oder Verletzung der Norm von sozialem Verhalten oder von Kommunikation werden als Symptome bewertet, und es ist ein wichtiges, entscheidendes Moment der Beurteilung des psychiatrischen Status der Person, ob er auch Klagen über diese Symptome aufweist. Die Klage selbst kann dann zum Symptom werden, wenn sie sich auf Erlebnisse bezieht, die als krankhaft, unangenehm oder unerklärbar betrachtet werden. Das ganze Gebäude der psychiatrischen Diagnostik beruht auf diesen Voraussetzungen, und das Fehlen von Klagen wird im allgemeinen entweder als Dissimulierung oder als Zeichen von Mangel an Krankheitseinsicht oder von schwerer Bewußtseinsstörung gesehen. Dieser Auffassung nach drückt sich die Krankheit immer in Klagen und Symptomen aus, und da die Klagen und Symptome in einer determinierten Verknüpftheit mit der zugrundeliegenden Erkrankung stehen, kann man aus den Klagen und Symptomen Rückschlüsse auf Krankheiten — d.h. Krankheitseinheiten, Syndrome, Reaktionsformen, usw. — ziehen.

Während unserer klinischen Ausbildung haben wir diese Denkweise automatisch gelernt und wir haben die dahintersteckenden Hypothesen und begrifflichen Operationen kaum analysiert. Ein kritischer Blick genügt aber, daß wir das starre Bild des Psychischen, das in diesem Denkmodell impliziert wor-

den ist, entdecken. Durch diese Denkweise wird immer die Gültigkeit der alten *Kraepelin*'schen nosologischen Kategorien bewiesen, aber durch die Verwendung einer zirkulären Logik. Die Beziehung zwischen Klagen, Symptomen und Krankheit sind schon zuvor und in Form von Ontologisierung postuliert worden, und der Rückschluß aus den pathologisch etikettierten Manifestationen auf eine Krankheit geschieht auf Zwangsbahnen. Das ganze Herangehen an den Patienten zwingt uns unauffällig, die Krankheit im Individuum zu finden und ihn als ein Einzelwesen, ein geschlossenes System zu verstehen.

Die Psychoanalyse hat diese Denkweise leider stillschweigend übernommen und nur dadurch ergänzt, daß der Patient als Individuum dem Arzt nicht nur als eine biologische Organisation, ein Nervensystem, sondern auch als ein Produkt einer — wenigstens durch soziale Einflüsse mitbestimmten — Entwicklungsgeschichte gegenübersteht. Diese Ergänzung ist ja ein wichtiger Schritt gewesen, da er dem Arzt durch die Thesen der Psychodynamik wenigstens eine Konzipierung einer quasi kausalen Therapie und die Vorstellung einer Prävention ermöglicht hat. Aber in der gleichen Zeit ist der Psychoanalytiker an die individualistischen Voraussetzungen gebunden geblieben und ist unbemerkt einer Beschränkung der wissenschaftlichen Denkfreiheit unterworfen worden.

Die Psychiatriekritik und besonders einige Richtungen der sogenannten Antipsychiatrie — wie z.B. die Etikettierungstheorie (*Scheff* 1966; *Schur* 1984) — haben auf diese Züge der klassischen Psychiatrie immer wieder hingewiesen, aber haben für dieses Problem keine konstruktive Lösung gefunden, sondern nur die Abschaffung oder die Schwächung der Psychiatrie als gesellschaftliche Institution gefordert. Dagegen bietet uns der konzeptuelle Reichtum der Berliner Schule der Dynamischen Psychiatrie in ihrem heutigen Entwicklungszustand eine theoretische und praktische Klärung dieser Sachlage, ohne den Rahmen der Therapie und des verantwortlichen Beistandsleistens dem psychisch Leidenden gegenüber verlassen zu müssen. Der Kernpunkt der Sache liegt in der strukturellen Theorie des Ichs, die *Ammon* im Laufe der letzten Jahrzehnte herausgearbeitet hat. Diese Theorie enthält die Lehre der archaischen Ich-Krankheiten, die Konzeption der gleitenden Spektren der psychischen Erkrankungen und die Methoden der Ich-strukturellen Diagnostik. Diese Entwicklungen sind niemals von einer gruppendynamischen Betrachtungsweise getrennt worden. Der gesunde oder kranke Mensch ist dadurch wirklich ganzheitlich gesehen worden. Sein Verhalten und sein Erleben wird immer in Zusammenhang mit seinen zwischenmenschlichen Beziehungen, mit seinen Gruppenbezügen verstanden. Klage und Symptom haben hier einen Stellenwert nur in diesem Zusammenhang.

Man kann psychisch schwer krank sein, ohne Klagen oder Symptome zu haben. Eine reine Anpassung an eine Situation, wenigstens für eine Weile, kann durch Anstrengung von gebliebenen Ich-Kräften verwirklicht und aufrecht erhalten werden. Fühlt sich ein Patient verlassen, einsam und hoffnungslos, hat

er keine Lust zu klagen, manchmal bereitet er ruhig und »symptomlos« einen Selbstmord für sich vor. Im Längsschnitt gesehen kann man aber in jedem Patienten die Störung von verschiedenen Ich-Funktionen oder den Strukturmangel in gewissen Teilen des Ichs, den *Ammon* mit dem Metaphor »das Loch im Ich« ausgedrückt hat (*Ammon* 1973, 1979, 1982, 1986), leicht entdecken. Schon *Fromm* hat über eine »Pathologie der Normalität« geredet und gezeigt, daß die Überanpassung an eine menschenfeindliche, pathologische soziale Realität dazu führen kann, daß ein Gleichgewicht zustande kommt und dadurch sehr pathologische Personen scheinbar gesund — d.h. ohne Klagen und Symptome — bleiben können (*Fromm* 1947, 1973). Dieser Scheinnormalität droht aber immer eine Dekompensierung.

Klage und Symptom können nicht nur auf diese Weise fehlen, es kommt auch oft vor, daß eine pathologische Primärgruppe jemanden vor allen Herausforderungen zum Reifen schützt und abschirmt und dadurch eine Zeitbombe schafft, da die ersten wirklichen Belastungen und Frustrationen dieses schwache Gleichgewicht zerstören. Diese Belastungen sind meistens Situationen, wo man selbständig sein muß, Rollen und Verantwortlichkeiten übernehmen und sich als gleichwertiger und erwachsener Partner verhalten muß.

Wenn man — gestützt auf klinische Erfahrungen — das Krankheitsgeschehen genauer überprüft, kann man leicht überzeugt werden, daß Klagen und Symptome in der Dynamischen Psychiatrie nicht zuerst hinsichtlich einer Krankheit oder einer Diagnose bewertet werden sollen. Vielmehr sind sie Indikatoren der gruppendynamischen Lage der Person in ihren Beziehungen oder des Zustands ihrer Identitätsentwicklung. Man muß sich als Therapeut immer die Frage stellen, warum die Klagen und Symptome eben jetzt zustandegekommen sind, warum sich jemand eben jetzt übel oder krank fühlt, warum er jetzt Hilfe sucht, überwiesen oder zum Therapeuten gebracht wird. Die Antwort auf diese Frage macht die Rekonstruktion der aktuellen gruppendynamischen Lebenslage des Patienten notwendig. Klage und Symptom bedeuten Regulationsstörung, Dekompensierung, Veränderung im Beziehungsbereich, eine Reaktion auf Frustration und Verlust, auf Verlassenwerden. Eine Integrierung in eine Situation ist auf irgendeine Weise unmöglich geworden, man bekommt die nötige Zufuhr der Sozialenergie nicht, d. h. man bekommt keine Unterstützung, keine Anerkennung, keine Befriedigung in einer wichtigen Lebensdimension.

Die dynamisch-psychiatrische Diagnose ist in Wirklichkeit fast unabhängig von den Klagen und Symptomen, sie richtet sich eher auf die Ich-Struktur und auf die Ich-Funktionen, die die systemhafte Stabilität der Persönlichkeit bestimmen. Es kommt vor, daß die Klagen und Symptome sehr akzentuiert und schwierig sind. Diese spiegeln aber nur einen übermäßig großen situationsbedingten Druck auf das Ich wider, das vielleicht zu gleicher Zeit durch somatische Krankheiten, durch Alter, durch Medikamente usw. stark belastet worden ist und zeitweilig seine Funktionsfähigkeit verliert. Stark pathologische Gruppengefüge, die z. B. in pathologischen Arbeits- und Organisationsmilieus

oft vorhanden sind, können auch bei relativ gesunden Personen zu abnormen Reaktionen führen. Manchmal zeigen auch Personen mit einem starken Ich schizophrene oder borderlineartige Verhaltenszüge in Situationen der Trauer, des plötzlichen Verlustes, des Konfliktes usw. (*Menninger, Mayman, Pruyser* 1963). Die Prognose ist in diesen Fällen günstig, man kann diesen Personen leichter helfen, während die Fälle der Scheinnormalität oft schwierige therapeutische Aufgaben darstellen.

Ein typisches Beispiel der Scheinnormalität ist die depressive Persönlichkeit, die ihre Probleme durch die fast zwanghafte Übernahme der gesellschaftlichen Leistungsanforderungen zu bewältigen versucht. Sie entwickelt eine falsche Identität für sich, und bis diese Identität nicht zu auffällig zusammenbricht, wehrt sie alle Wahrnehmungen der psychischen Gegensätze ab und betont nur die Ordnung und die Vorteile der gewählten, auf Leistungen basierenden Lebensstrategie. Die Arbeitsweise der depressiven Psyche in ihrer kompensierten Phase wird durch *Tellenbach* im Konzept des »typus melancholicus« sehr treffend beschrieben (*Tellenbach* 1983), und *Tellenbachs* charakterologischer Ansatz kann dynamisch interpretiert werden (*Buda* 1980). Die depressive Persönlichkeit weist immer das genannte »Loch im Ich« auf, muß prognostisch immer sehr ernst beurteilt werden und ist der Therapie nicht leicht zugänglich. Man kann die Beispiele für die Unabhängigkeit von Klagen und Symptomen von der Krankheit im Sinne der Dynamischen Psychiatrie in beliebiger Zahl finden. Die Regel ist, daß die Klage und das Symptom eher den Zustand der Gruppenintegriertheit der Person und der Veränderungen dieser Integration zeigten als die Struktur des Ichs. Man beobachtet oft, daß während der Behandlung die Intensität der Klagen und Symptome sich ändert, und es ist eine bekannte therapeutische Technik, daß man den Widerstand oft so bewältigen kann, daß der Therapeut Klagen und Symptome provoziert oder bewußt nicht darauf eingeht, damit dem Patienten sein Leidensdruck deutlicher wird und damit sein gesunder Ich-Anteil mit seiner psychischen Lage konfrontiert wird.

Ein anderer Aspekt der holistischen Auffassung von Klage und Symptom soll noch kurz erwähnt werden. Klagen und Symptome hängen sehr oft mit Prozessen der Identitätsbildung zuammen. In diesen Fällen kann man die symptomatischen Verhaltensweisen und die sich in Klagen ausdrückenden Hilferufe gruppendynamisch nicht erklären, da die Position der Person innerhalb der Gruppen und interpersonellen Beziehungen nicht oder kaum verändert ist. Dies ist dann eher so zu verstehen, daß der Patient die nötigen Entscheidungen und Verantwortlichkeiten der ihm bevorstehenden Identitätsphase vermeiden und diesen ausweichen will, indem er zu der Krankenrolle Zuflucht nimmt. Das ist die typische Situation bei Neurosen bzw. bei neurotischen Problemen, wie sie sich in der Praxis manifestieren. Durch neurotische Symptome oder durch Selbstdefinition als Kranke versuchen diese Menschen, bei Lebenssituationen und in zwischenmenschlichen Beziehungen auf bestimmten Befriedigungsarten und Kompensationsmechanismen zu beharren,

die nicht mehr ausreichen und nicht den neuen Bedürfnissen einer sich organisierenden neuen Identitätsstufe entsprechen. Im Gegensatz zu der vorher erörterten Lage, wo Klage und Symptom Reintegrationsversuche, Hilferufe oder Dekompensationszeichen, also eine Art von Kommunikation zwischen der Person und der menschlichen Umgebung darstellen, bedeuten sie hier in erster Linie Kommunikation der Person mit sich selbst, ein Versuch der Beweisführung, daß sie nicht imstande ist, den Identitätsanforderungen gemäß zu wachsen und sich zu verändern. Im weiteren Verlauf entsteht daraus eine eigenartige symptomatische Kommunikation mit anderen durch die übernommene Krankenrolle und das Krankenverhalten. Diese Klagen und Symptome sind immer Erscheinungsformen des Widerstandes, sind Elemente eines zwischenmenschlichen Spieles, eines »game«, in das der Patient auch die Therapeuten und die Mitglieder von therapeutischen Gruppen einbeziehen möchte. Diese Klagen und Symptome sind immer übertrieben und verdienen meist nur, als Widerstandsmanifestationen oder als Abwehrmanöver berücksichtigt zu werden. Das therapeutische Ziel ist eindeutig, man muß dem Patienten helfen, mit seiner Identitätsentwicklung zurechtkommen zu können.

Wenn es sich um eine ganzheitliche Schau des Menschen handelt, muß man auch über die Wertseite und über die gesellschaftliche Wertbezogenheit der Identität sprechen. Um die nötige Stufe der psychischen Gesundheit erreichen zu können, darf man sich nicht nur mit den Aufgaben der persönlichen Identität auseinandersetzen, sondern man muß sich mit seiner Lage in der Welt, mit seiner Beziehung zur Gemeinschaft und den geistigen Werten beschäftigen. Es genügt nicht, das Selbst als ein in seiner Privatwelt begrenztes Wesen zu definieren, nur einige Rollen in der Gesellschaft zu erfüllen, ein Mitbürger oder ein Konsument zu sein usw. Man muß auch eine Weltanschauung haben, einen Standpunkt zu den gesellschaftlichen und kulturellen Werten beziehen konnen und sich als aktiven Teil von größeren menschlichen Systemen erleben. Diese erweiterte Identität verleiht der Person mehr Kraft und Sozialenergie und spiegelt sich auch in den Klagen und Symptomen wider, die entweder die Dekompensierung des Ichs oder die Reaktionen auf Umweltbelastungen begleiten. Der Mensch, der sich mit seinen erweiterten Identitätsproblemen auseinandersetzt, hat eine weit größere Chance zum Wachsen und zur Reintegration, auch wenn er ichstrukturelle Störungen aufweist, und diesem Menschen bieten neurotische Krisen und Konflikte eine Gelegenheit, seine psychische Problemlage wahrzunehmen und anzupacken. In diesem Sinne kann man über eine positive Seite von Klagen und Symtombildung sprechen.

Der Mensch soll ganzheitlich gesehen werden, in all seinen Problembereichen und Entwicklungsaufgaben, in allen seinen durch Ich-Schädigung und Krankheit hervorgerufenen Beschränktheiten. Durch Kommunikation, Gruppenprozesse und Therapie, aber auch durch philosophische Ideen der holistischen Betrachtungsweise menschlicher Persönlichkeit und des Lebens soll ihm geholfen werden.

In dieser Hinsicht muß man Klagen und Symptome bewerten und an Er-

krankungen klinisch herangehen, das ist eine der Botschaften der Dynamischen Psychiatrie.

Complaint, Symptom, Disorder, Group-Dynamic Processes and the Formation of Identity in the Course of Disorders. A Clinical Contribution to the Holistic View of Psychic Illness.

Bela Buda (Budapest)

Central interest of the author is to analyze the relationships between complaint, symptom and disorder and the significance within the therapeutic situation, to reorder them and to redefine them on the basis of *Günter Ammon*'s ego-structurology. The author demonstrates that it is only the holistic multidimensional view of man that provides us the basis and prerequisites for describing well-known clinical symptoms and approaches more precisely and to formulate them in a more general way from a holistic point of view.

Buda draws a sharp line between his views and the views of classical institutional psychiatry, for in the latter a rigid deterministic relationship between complaint, symptom and disorder is postulated. Illness is viewed as an ontologic event that is structurally tied to biological or neural psychological features and which manifests itself in particular symptoms which are described as disturbed ability to function, reduced levels of performance, deviance from and overstepping of biological and social norms. The decisive element in judging the psychiatric status of a person is whether or not he has any complaints. This feature then becames a symptom of its own. The absence of complaints is therefore in general decribed as dissimulation, as a lack of the acceptance of illness or of a disorder of the consciousness. The author points out that in this rigid view of psychic events that is implied in its deterministic model in which demonstration of symptoms labeled pathological which then allow the apparently logical causal chain of proof of the existence of illness, the validity of the old *Kraepelin* nosologic categories is with this circular argument proved again and again.

Psychoanalysis is in the last analysis also a prisoner of this search for causal chains of proof, which are restricted to the individual self. Even though psychoanalysis attempts to include elements in the personality development of the patient which are due to social influences. The fact that psychoanalysis has adopted this model means that forms of therapy based on causal chains leading to preventive action could be conceived of.

These elements of classic psychiatry have repeatedly been criticized from particular schools of thought, for instance anti-psychiatry and labeling theory, but these schools failed to find constructive solutions. They, too, left the patients suffering from psychic disorders in the lurch. In contrast to this, *Buda* emphasizes the conceptual wealth of the Berlin school of Dynamic Psychia-

try, developed by *Ammon* over the past decades. This school includes the personality of Ego-structurology, the concept of the archaic disorders of the Ego, the gliding scale of psychiatric disorders and the methods of Ego-structural diagnosis. The healthy person and the person inflicted by disorders are seen holistically and all his behaviors and experiences in personal interaction, in group relationships are viewed as a whole. In this respect dynamic psychiatric diagnosis is almost totally independent of the complaints and symptoms that a patient might have. Rather it is able to include in the diagnostic process the central core of the personality with its Ego-structure and its Ego-functions, the development of identity and its interpersonal relationships. On the other hand clinical experience has been able to validate the view of dynamic psychiatry that complaints, symptoms should not be seen primarily as part of disorder or of a diagnosis, but as indicators for the group-dynamic situation of the person in his relationships. The therapist should always ask why the complaints and symptoms have become evident at this particular point, why the patient has come to the therapist at this particular moment.

This point of view requires the reconstruction of the group-dynamic situation of the patient. For the author complaints and symtoms mean disorders of the regulating process, decompensation, changes in interpersonal relationships, reactions to frustrations and loss, to being left alone. Overcoming the situation has become impossible. The necessary input of social energy is lacking, there is a lack of support, of recognition and satisfaction in a dimension of life which is of eminent importance for the patient.

The intensity of complaints and symptoms can vary considerably, unrelated to the disorder, *Buda* points out that a person can be in a grip of severe psychic illness without evidence in complaints and symptoms. By mastering residual resources and Ego-functions of the individual psyche a person may be able to adjust to a situation for a considerable period of time. On the other hand it is also possible for a patient to be so isolated, so lonely, so hopeless that he is unable to make complaints and at the same time he can methodically set about preparing for suicide. In all these cases a longitudinal study will be able to demonstrate disorders of various Ego-functions or, to put it in other words, a structural disorder which *Ammon* has described with the metaphor of the ›hole in the Ego‹ (»Loch im Ich«). *Fromm,* many years ago, spoke of a »pathology of normality« and showed that pathological super-adjusted persons can appear to be apparently well and healthy. It is also possible that complaints and symptoms can completely be absent when a pathological primary group protects the patient from all demands made by reality and shelters the patient in such a way that the very first real strains and frustrations which mainly take a form of demands to take over roles and responsibilities cause the shaky structure of false normality to collapse and decompensate.

A typical example of false normality, as described by the author, is the depressive personality who attempts to compensate for its »hole in the Ego« by an almost manic acceptance for social performance demands. The person deve-

lops a false identity which he attempts to support by rejecting all perceptions of psychic contradictions. The life strategy which the person has chosen for himself is steadfastly defended. For the prognosis this is always a very negative tendency.

On the other hand the therapist will often find that symptoms and complaints are presented in a very marked and complicated way. This, however, is only a reflection of an intolerable pressure exerted by the situation on the Ego especially when additional loads are placed on the person as a course for instance when somatic disorders, aging, drugs are added. Severely pathological group structures, experience of grief, a sudden loss of loved ones etc., can sometimes lead to abnormal reactions even with relatively healthy persons and may produce schizophrenic behaviors or behaviors similar to borderline syndrome. The prognosis, hovewer, in all these cases is relatively good.

As a law, therefore, complaints and symptoms tend more to show the state of group integration of a person and the state of his identity development. The intensity of complaints and symptoms can vary considerabely in the course of therapy. One method mentioned by the author is to come to terms adequately with the patient's resistance by provoking complaints and symptoms as a therapist in order to confront the healthy parts of the patient's Ego with his own disorder.

A further important aspect examined by the author is the relationship between complaints and symptoms and processes of identity formation. Symptomatic behaviors and calls for help which cannot be explained through the group situation often serve to enable the patient to avoid decisions and responsibilities which would be necessary if he would to take a step towards forming his identity. The patient does this by retreating into his role as a sick person and by holding fast to his compensatory mechanisms. This is typical for neurosis. The patients attempts to prove to himself and to others by his exaggerated complaints and symptomatic behavior that he is not able to engage in a process of growth and to change his life and himself according to the demands for identity formation placed upon him. This is a form of resistance, a game in which the patient will frequently involve the therapist and the members of therapeutic groups. If this occurs it is the proper therapeutic goal to help the patient to come to terms with the process of identity development which he is involved.

Buda emphasizes that in an holistic view of man values and the social part of values in regard of a person's identity cannot be neglected. This is an important part of psychic health. It is more important to experience oneself as an active part of larger human systems than to concern oneself to discrete tasks proposed by the personal identity. It is more important to have a view of the world, to have a point of view which will enable the individual to relate to social and cultural values. This extended form of identity provides a person more strength and has a much greater social-energetic potential. If a person is prepared to become involved in these problems of an extended identity, then he has a much better chance of growth and of re-integration. The neurotic crises and

conflicts which accompany this process can in the eyes of the author also be seen positively as an opportunity to perceive the true state of their own psyche, the problems they have and to attempt to do something about these problems.

In a holistic view as represented by Dynamic Psychiatry, man cannot be seen only as the sum of his disorders, the sum of his limitations but has to be seen in all his problems contexts and developmental tasks. This is the backgroud against which we should view complaints, symptoms, and this is the understanding which should guide our approach to patients suffering from disorders in the therapeutic practice.

Literatur

Ammon, G. (1973): Dynamische Psychiatrie. Grundlagen und Probleme einer Reform der Psychiatrie (Darmstadt und Neuwied: Luchterhand)

Ammon, G. (1986): Der Mehrdimensionale Mensch. Zur ganzheitlichen Schau von Mensch und Wissenschaft. (München: »Pinel« Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie)

Ammon, G. (Hrsg. 1979, 1982): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 1-2 (München: Ernst Reinhardt Verlag)

Buda, B. (1980): Observations on the Family Dynamics of Depression in: *Achté, K.; Aalberg, Y.; Lönnqvist, J.* (Eds.): Psychopathology of Depression (Helsinki: Psychiatria Pennica Supplementum)

Fromm, E. (1947): Man for Himself. An Inquiry into the Psychology of Ethics (New York: Holt, Rinehart and Winston)

Fromm, E. (1973): The Anatomy of Human Destructiveness (Greenwich, Conn.: Fawcett Publication)

Gadamer, H.-G.; Vogler, P. (Hrsg.) (1974): Neue Anthropologie. Bd. VI: Philosophische Anthropologie (Stuttgart: G. Thieme)

Menninger, K.; Mayman, M.; Pruyser, P. (1963): The Vital Balance. The Life Process in Mental Health & Illness. (New York: The Viking Press)

Scheff, T.J. (1966): Being Mentally Ill. A Sociological Interpretation (Chicago: Aldine Publ. Co.)

Schur, E.M. (1984): Labeling Women Deviant. Gender, Stigma and Social Control (Philadelphia: Temple University Press)

Tellenbach, H. (1983): Melancholie. Problemgeschichte — Endogenität — Typologie — Pathogenese — Klinik, mit einem Exkurs in die manisch-melancholische Region. Vierte, erweiterte Auflage (Berlin-Heidelberg-New York-Tokio: Springer-Verlag)

Adresse des Autors:
Dr. med. Béla Buda
Ostrom u. 6
1012 Budapest
Ungarn

Haut, Kosmetik und Sexualität******

M. Martini*, C. Cossidente**, S. Giorgini***, M.C. Melli***, M.G. Sarti****, E. Panconesi***** (Florenz)

Die Autoren belegen durch die Darstellung und Diskussion zahlreicher anthropologischer, ethnologischer, sozialpsychologischer und demoskopischer Untersuchungen in Verbindung mit dermatologischen Befunden, daß die Haut ein höchst sensibel reagierendes psychosomatisches Organ par excellence ist, dessen Veränderungen starke Wirkung auf die psychische Befindlichkeit und die zwischenmenschiche Beziehung ausübt. Die Haut ist auch der Ort, wo sich zahlreiche Aspekte der menschlichen Sexualität psychosomatisch offenbaren. Dies macht es in der Konsequenz nicht nur notwendig, daß der Dermatologe »Sexualforscher wider Willen« wird, sondern daß er auch mit Psychologen, Psychiatern und Sexualwissenschaftlern in wirksamer und fruchtbarer Weise zusammenarbeitet (Panconesi 1984, 1986).

Die Haut, die aus dem gewöhnlichen embryonalen Gewebe hervorgeht, d.h. aus dem Ektoderm, das den Ursprung des Nervensystems, der Augen, der Haare, der Zähne bildet, behält eine hohe Empfindlichkeit gegenüber der Umwelt bei. Als Wahrnehmungssystem, das Informationen von der Umwelt empfängt, ist die Haut das lebenswichtigste Wahrnehmungsorgan. Die Haut übermittelt und erhält von Gehirn und Rückenmark Informationen. Praktisch alles, was dem zentralen Nervensystem über die Seh- und Hörorgane übertragen werden kann, kann durch die Haut übermittelt werden. Das ist deshalb nicht verwunderlich, da dieses ausgedehnte Oberflächenorgan das »äußere« Nervensystem darstellt, dessen »inneres« Gegenstück das zentrale Nervensystem ist (*Montagu* 1984).

Wir wissen andererseits, der Hypothese *Mahlers* zur psychologischen Geburt des Kindes folgend, daß die Haut im Entwicklungsprozeß des Schemas und Bildes des Körpers zentrale Bedeutung einnimmt. Es ist die Haut, über die das Neugeborene die ersten Zeichen der Beruhigung, Zuwendung und das Gefühl für die Veränderung in seiner Umwelt empfängt. Die Haut stellt, besonders über den Tastsinn (aber auch durch Wärme- und Kälteempfindlichkeit) das erste Verbindungsorgan dar, mittels dessen das Kind anfängt, sich seine eigene Welt aufzubauen, ausgehend von der undifferenziertesten Phase, jenes Stadiums der Symbiose des eigenen Körpers mit dem der Mutter (*Mahler* 1975).

Bick (1968) vertritt die Meinung, daß die Persönlichkeitsstrukturen in der kindlichen, noch primitiveren Phase der Entwicklung so wahrgenommen werden, als sei der Zusammenhang untereinander nicht wechselseitig, sondern

* Dr. med., Psychologe, Institut für Psychologie der Universität Florenz
** Psychiater, USL. 10, Hospital San Giovanni di Dio, Florenz
*** Dermatologe, Institut für Dermatologie der Universität Florenz
**** Psychiater, USL. 10, Hospital Olga Basilewsky, Florenz.
***** Prof. Dr. med., Direktor des Insitutes für Dermatologie der Universität Florenz
****** Vortrag, gehalten auf dem 4. Weltkongress der World Association for Dynamic Psychiatry (WADP)/XVII. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), 14.—18. März 1986, Hochschule der Künste Berlin

bedürfe der zusammenfügenden Funktion der Haut. Die Identifikation mit dieser Hautfunktion erlaube es dann, die Vorstellung von einem »inneren« und einem »äußeren« Raum zu erproben, was die Basis zur Ausbildung einer eigenen, autonomen Identität bilde.

Anzieu (1974) hat den Gedanken des »Moi-Peau« geprägt als Darstellung, dessen sich das Ich des Kindes im Verlauf der frühen Stadien seiner Ich-Entwicklung bedient, ausgehend von der Erfahrung der Körperoberfläche. Das entspricht dem Augenblick, in dem sich das psychische Ich auf der Wirkungsebene vom körperlichen Ich differenziert, ihm aber auf der bildlichen Ebene verbunden bleibt.

Fenichel (1945) hat eine umfassende Definition der persönlichkeitsbildenden Funktionen der Haut entworfen, die er in vier Punkten auflistet:

1. Die Haut hat eine allgemeine Schutzfunktion.
2. Die Haut ist eine wichtige erogene Zone.
3. Die Haut ist der äußere, sichtbare Teil des Organismus. Sie ist somit der Ort, wo sich die Konflikte exhibitionistisch äußern.
4. Entsprechungen von Ängsten, als ein sympathikotonischer Zustand verstanden, können sich als Hautreaktion äußern.

Veränderungen des Äußeren sind andererseits, auch aufgrund der zahlreichen Bedeutungen, die der Haut u.a. in anthropologischem, ethnologischem, sozialpsychologischem Sinne beigemessen werden, (*Cossidente, Sarti, Martini* et.al. 1983) ständige Ursachen lebhafter somatopsychischer Reflexe.

Kein inneres Organ in der Wahrnehmung seiner Struktur und Veränderung beeinflußt die Psyche so stark wie die Haut. Jede ihrer Modifikationen ruft unausweichlich eine objektive Veränderung der körperlichen Ordnung des Individuums hervor und greift so in das Bild ein, das es sich während der psychologisch formenden Phase strukturiert hat.

Andererseits ist bekannt, wie wichtig der psychologische Mechanismus des Sekundärnutzens sein kann, wenn dieser als Gesamtheit der Hilfeleistungen, des Schutzes und der Vorsicht verstanden wird. Dieser von der Krankheit verursachte Sekundärnutzen kann auch zum Förderer des ätiopathologen Mechanismus einer psychosomatischen Krankheit werden und weitestgehend dazu führen, daß sie chronisch wird. Wir glauben, daß die direkt angewendeten Maßnahmen (Massagen, Einreiben, Wickel) gegen Hautkrankheiten außerordentlichen Nutzen in sich bergen, so daß sie zwangsläufig zu einer erheblichen Verstärkung desjenigen Mechanismus führen, den wir als operatives Konditionieren bezeichnen können und der unter starkem psychologischem Druck, am Anfang, beim »Krank-Machen« auftritt.

Haut und Kosmetik

Auf die genannten Funktionen der Haut ist es zurückzuführen, daß jeder Veränderung des Erscheinungsbildes erhebliche psychologische Relevanz zu-

kommt. Der Kosmetik (etymologisch gleichbedeutend mit Ordnung, aber auch mit Schmuck und Dekoration) als Wissen und Technik zur Veränderung des physischen Erscheinungsbildes, bei dem die Haut eine besondere Rolle spielt, wird demnach unter anthropologisch-kulturellen, sozialen und medizinischen Gesichtspunkten spezifisch psychologische und psychodynamische Bedeutung beigemessen.

Die Erhaltung, die Pflege und die Verschönerung des körperlichen Erscheinungsbildes sind Gegenstand der Kosmetik. Wenn also eine Verhaltensweise, die auf die Veränderung von Gegebenem zielt, sich der Kritik, sogar dem Verbot widersetzt und in jedem Zeitalter, in jedem Land zu beobachten ist, so ist das ein Hinweis darauf, daß es für diese Verhaltensweise tiefere Beweggründe gibt, die der Erforschung wert sind.

Dem äußeren Erscheinungsbild hat noch bislang jede Gesellschaft Bedeutung beigemessen. Schon im Paläolithikum schmückten die Menschen den eigenen Körper. Sie bedienten sich der ihnen zur Verfügung stehenden Substanzen wie Ocker, Mangan, Malachit und Kohle und erzielten mit diesen Stoffen rote, gelbe und schwarze Dekorationen, die ursprünglich eher der Verdeutlichung sozialer Ordnung als ästhetischen Gesichtspunkten folgten, da sie die Zugehörigkeit zu einem Stamm oder Clan versinnbildlichten (*Forbes* 1966; *Firth* 1973).

Im Neolithikum scheint die eigentliche Kosmetik einzusetzen: Die ersten, aus Hibiskusblüten gewonnenen, roten Schminkstoffe und die ersten Schönheitsmasken aus Früchten und dem Mehl verschiedener Samen treten auf. In der Bronzezeit wird die Kosmetik verfeinert und gelangt zur Verbreitung. Die ersten Parfüms werden hergestellt. Der erste Destillierapparat für Parfüms wird auf 3000 v. Chr. datiert. Er wurde im Tal des Indus aufgefunden (*Rovesti* 1977).

Wie noch heute in Afrika und Ozeanien zu beobachten ist, ist das Schmücken des Körpers auch bei den primitiveren Völkern gebräuchlich: Tätowierungen oder hypertrophische, von Schorfschnitten erzeugte Narben werden zu kunstvollen Dekorationen angeordnet und bilden die wahren Körpermerkmale, denen die Bedeutung einer Sprache zukommen. Sie dienen der Identifikation, sind fast schon wie ein Ausweis.

Bei den nubischen Frauen waren Schröpfungen nach dem Abstillen des Kindes üblich. Sie signalisierten so ihre Rückkehr ins aktive Leben, in dem Glauben, daß die mehr oder minder zu schönen Darstellungen angeordneten Vernarbungen ihre sexuelle Anziehungskraft erhöhen würden.

Die Frauen der Maori ließen sich um den Mund herum tätowieren, um jünger zu wirken, vielleicht um dem Aufkommen von Falten zuvorzukommen oder sie gar zu verstecken (*Costarelli* 1984). In einem Vergleich von Schminke und Tätowierung führte *Larinov* (1985) aus: »Wir malen uns für eine Stunde an, Veränderungen in unserem Empfinden erzeugen ständig die Erneuerung unseres Bildes. Das Schminken eröffnet uns tatsächlich die Möglichkeit, uns selbst, je nach Zeit, Mode und innerer Befindlichkeit zu verwandeln. Die Tä-

towierung ist Schmuck, ihre Inhaltsebene jedoch ist beschränkt. Gleichbleibend gibt sie nichts anderes wider als nur die Stammeszugehörigkeit oder Heldentaten. Unser Sich-Anmalen hingegen unterliegt der ständigen Veränderung.«

Im alten Ägypten hatte die Kosmetik auch medizinischen Wert. Ein typisches Beispiel ist der schwarze, auf Galenitbasis erzeugte Kajal, der als Schminke der Augen diente aber gleichzeitig Schutz vor Infektionen durch Fliegen und andere Insekten des Nils bot (*Forbes* 1966).

Während das Auftragen von roter Farbe auf die Wangen für die Ägypter als Förderer guter Gesundheit galt, bezeichnet es bei den prähistorischen und heutigen Kolumbianern den Versuch, Schwierigkeiten zu überwinden. Das ist gleichzusetzen mit der Körperbemalung der Indianer, die sich rot anmalten, bevor sie in den Kampf zogen, um die bösen Geister von sich fernzuhalten, die, wie sie glaubten, diese Farbe mieden. Es scheint, als habe die Farbe rot auch heute noch eine besondere Bedeutung, denn man versucht noch immer durch rote Gegenstände, etwa Korallen oder Schleifen, den bösen Blick oder das Unglück allgemein abzuwenden.

Außer den färbenden Substanzen wurden auch Duftstoffe bei der Kosmetik eingesetzt (Salben und Parfüms) (*Rovesti* 1980). Der Gebrauch von Parfüms trat häufig in Verbindung mit dem Göttlichen auf. Die Parfüms »waren den Göttern teuer« und die Menschen näherten sich ihnen parfümiert. Deshalb wurde Weihrauch, noch heute gebräuchlich, bei der Verbrennung verwendet, um es der Seele zu erleichtern, den Windungen des Rauches folgend, in den Himmel aufzusteigen.

Im Römischen Reich schien der Gebrauch von Parfüms exzessive, übertriebene Formen angenommen zu haben: Während der Zirkusspiele wurden nicht nur das ganze Volk, sondern auch die Sitze des Zirkus mit Parfüm besprüht. Die Frauen waren derart kunstvoll geschminkt, daß Martial über Gallia sagte: »Deine Reize sind in hundert verschiedenen Tiegeln aufbewahrt, und das Gesicht, das du am Tage zeigst, ist nicht jenes, mit dem du schläfst.«

Bei den Römern verwandelte sich die heidnische Liebe zum Schmuck des Körpers in hygienische Pflege. Sie waren sich darüber bewußt, daß die allgemeine Gesundheit nicht vom Schutz der Haut gegen äußere Einflüsse absehen konnte. Milchbäder (berühmt diejenigen der Poppäa in Eselsmilch), die Verwendung von Salben auf Pflanzenölbasis und Enthaarungscremes fanden allgemeine Verbreitung, und keine Frau höherer Sozialschichten konnte sich dem entziehen. Häufig wurden sie auch von Männern verwendet. Unter römischem Einfluß scheint in Gallien, dem späteren Frankreich, auch die erste Seife »erfunden« worden zu sein.

Das Mittelalter bedeutet für die Kosmetik ein Zeitalter des Rückschrittes. Die christliche Tradition lehnte den Gebrauch von Kosmetika ab, da sie mehr auf die Schönheit der Seele als auf die des Körpers abzielte. Den Schönheitspräparaten wurden magische Kräfte zugeschrieben; um von ihrem Gebrauch abzuhalten, mischte man ihnen abstoßende Ingredienzen wie tierische Aus-

scheidungen bei.

Die Parfüms wurden nach den Kreuzzügen wieder eingeführt. Aus dem Morgenland kam auch das Geheimnis der Alkoholdestillation. Es vergingen jedoch noch viele Jahre, bevor die Kosmetik wieder einen Höhepunkt erreichte. Das geschah vor allem in Italien während der Renaissance, dem Zeitalter

Abb. 1: Apotheke des Klosters Santa Maria Novella (Florenz)

der Gewürzhändler, der Alchimisten, der »aromatari« (Hersteller von Duftstoffen).

Die Mönche des Klosters Santa Maria Novella in Florenz gründeten 1508 ein Laboratorium für die Herstellung von Parfüms. Eine Legende berichtet, daß in dieser Apotheke das erste Kölnisch Wasser erfunden worden sei, das damals »*Acqua de Regina*« (Königinnenwasser) genannt wurde. Der italienische Barbier Feminus habe es dann nach Deutschland gebracht, und zwar nach Köln, in die Stadt, die dem Wasser den berühmten Namen gab, (*Danuso, Radaelli, Saccomani* 1981).

Die dunklen Zeiten waren jedoch für die Kosmetik noch nicht vorbei, zumindest in England nicht, wo noch im Jahre 1770 ein Gesetz eine Frau als Hexe verurteilte, die sich für die Hochzeit das Haar gefärbt oder sich parfümiert hätte.

Die endgültige Anerkennung der Kunst der Kosmetik ist dem 19. Jahrhundert zuzuschreiben. Die Suche nach neuen Formen erweiterte sich. Kleine handwerkliche Betriebe blühten in jedem Land, da die Nachfrage so groß war, nicht nur seitens der Aristokraten, sondern auch seitens der Bürger, Frauen wie Männer. Im Jahre 1890 gründete Madame Lucas das, was gemeinhin als erstes Schönheitsinstitut gilt, natürlich in Paris.

In der modernen Gesellschaft, in der die Massenmedien die Jugend und Schönheit des Körpers, vor allem seine Oberfläche, die Haut, preisen, ermöglicht es der Gebrauch von Normal- und Korrekturkosmetik, leicht und wirksam das äußere Erscheinungsbild zu verändern, um so die Signale, die wir hinsichtlich unserer »Essenz« erteilen, zu verbessern. Diese Signale werden somit ein wichtiges Mittel nicht-sprachlicher Kommunikation (*Melli, Giorgini* 1984). *Cook* (1971) unterteilt nicht-verbale Signale in statische und dynamische und ordnet den statischen das Gesicht, den Körperbau, das Make-up und die Frisur zu.

Eine Verbesserung der eigenen Attraktivität führt durch die Anerkennung der anderen zu einer eigenen, positiven Wertung, die einen weiteren Verbesserungsversuch mit einem positiv kreisenden Mechanismus anspornt.

Eine demoskopische Umfrage in Italien (*Costarelli* 1984) ergab, daß Kosmetika aus folgenden Gründen verwendet werden:

— Ausgleich von Fehlern	84%
— Verdecken von Unregelmäßigkeiten	81%
— Verdecken von Blässe	91%
— Präsentierbarkeit in Kontakt mit anderen Personen	69%
— Verschönerung des Gesichtes	63%
— Attraktivität	79%

Heute mehr denn je bedeutet die »Attraktivität« immer häufiger die Erhaltung der Merkmale »Jugend« und »Gesundheit«.

Santag unterstreicht, daß eine nicht attraktive Frau mittleren Alters im Vergleich mit einem unattraktiven Mann der gleichen Alterstufe als weniger begehrenswert angesehen wird. Daraus wird offensichtlich, daß für eine Frau

nur ein einziges Schönheitsideal gilt: Eine Frau muß jung erscheinen, um anziehend zu sein. Wenn die Schönheit vergeht, scheint die Frau die Achtung vor sich selbst, wie auch die der anderen zu verlieren (*Graham, Kligman* 1985).

Aus einer weiteren demoskopischen Untersuchung (*Pelfini* 1985) ging hervor, daß bei Hausfrauen und Frauen der Unternehmerklasse die größte Nachfrage nach Kosmetik besteht. Studenten und Arbeiter zeigen weniger, wenngleich mit steigendem Alter (etwa 40 Jahre) wachsendes Interesse. Man scheint allgemein davon auszugehen, daß das Erscheinungsbild und vor allem die physische Attraktivität mit dem Alter abnimmt. *Simone de Beauvoir* (1970) schreibt hingegen: »Die alten Menschen sagen, das Alter gäbe es nicht — gewisse Leute sind wirklich jünger als andere! — wir können den Gedanken des Alterns nicht ertragen. Hinzukommt, daß dieses Ereignis den anderen, nicht uns widerfährt, so können wir es ignorieren oder als Strafe für eine ›vie mauvaise‹ ansehen.«

Eine wichtige Rolle spielt die Kosmetik, wenn das Aussehen von schweren Krankheiten oder Verunstaltungen beeinträchtigt worden ist. Es ist bekannt, daß angeborene Mißbildungen, aber auch mehr oder minder sichtbare Angiome, unschöne Narben, akute und vor allem chronische Hauterkrankungen große psychologische Probleme verursachen können. Die Dermatologen und Schönheitschirurgen sind in erster Linie bemüht, diese Fehler durch verschiedenste Methoden zu korrigieren. Vom Peeling bis zur Dermoabrasion reichen die Methoden, um die Folgen von Krankheiten, die Narben hinterlassen, zu mildern. Mit Haarverpflanzungen, oder billiger mit Toupets, versucht man den unangenehmen Haarausfall (oft mit genetischem Defluvium verbunden) zu korrigieren.

Menschen, die von Akne, aber auch von Rosacea, Cloasma, Vitiligo, flachen Angiomen u.s.w. befallen sind, können nicht selten mit kosmetischen Korrekturen ihr Aussehen verbessern. Die dauerhafte Rötung der Eritrosi (aber vielleicht Vorstufe der Rosacea) kann zum Beispiel durch grünliches Make-up überdeckt werden, wie man auch eine kleine Narbe an den Lippen durch Lippenstift verdecken kann.

Es geht sogar so weit, daß eine vertrauenswürdige Einrichtung wie das britische Rote Kreuz mit Recht Kosmetika als therapeutisches Hilfsmittel in der psychiatrischen Abteilung der Allgemeinmedizin einsetzt, vor allem bei alten Patienten zur ästhetischen Verbesserung einiger Körperteile wie Hände, Gesicht, Haare — Körperteile, die eine wichtige Rolle im Selbstbild einnehmen (*Jouhar* 1984).

Haut und Sexualität

In Hinblick auf das bereits Referierte möchte ich nun einige Gedanken über den Einfluß, den das äußere Erscheinungsbild und seine kosmetische und/oder spontane Veränderung auf die Sexualität ausüben kann, hinzufügen.

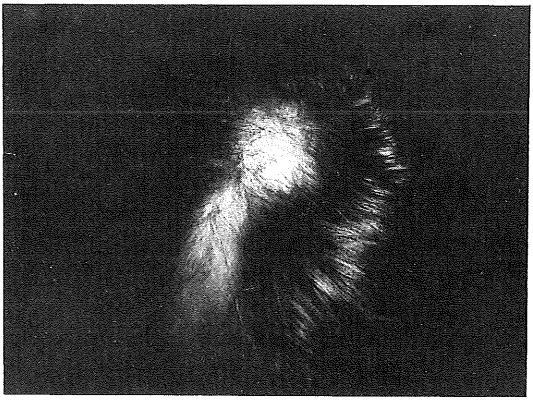


Abb. 2: Patient mit Alopecia areata

Abb. 3: Patient mit Akne

Abb. 4: Patientin mit Akne

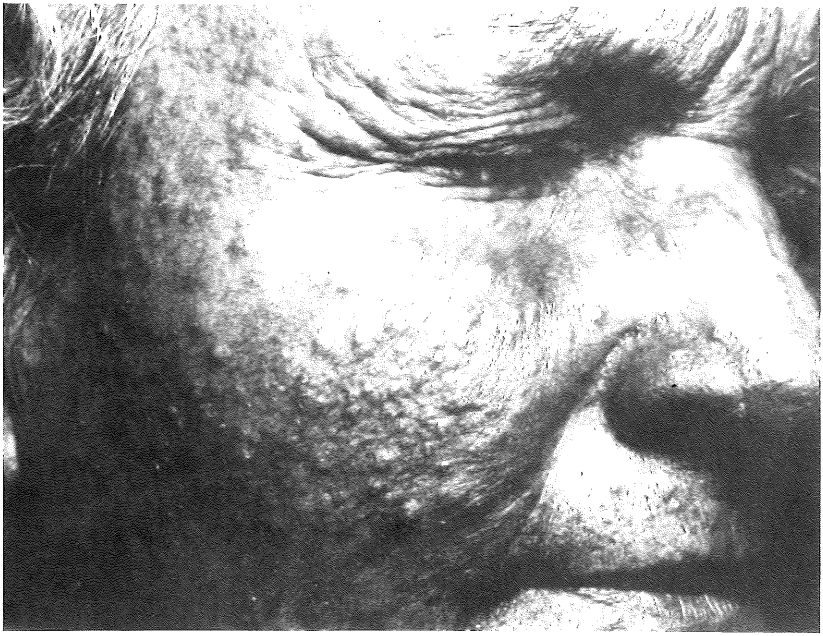


Abb. 5: Patientin mit Rosacea

Abb. 6: Patientin mit Erythrosis

Wir wissen genau — und wir wollen uns nicht an diesem Punkt aufhalten — wie die Gepflogenheit, den Körper mit Hilfe von Kosmetika zu verschönern, die sexuelle Dynamik zwischen Individuen begünstigt.

Generell betont *Pasini* (1984, S. 62), was die Bedeutung des äußeren Erscheinungsbildes für die Sexualität betrifft: »In modern civilization where one appears is much more important than what one is, the skin and its appendages are probably bound to eroticism more for the aspects that they suggest or let transpire than for tactile ›experienceable‹ dimension of the erogenous zones . . .«.

In diesem Sinne gehen wir unsererseits davon aus, daß die sichtbaren oder »voyeuristischen« Komponenten des Sex-Appeals im Laufe der Zeit eine immer größere Rolle spielen. Zuweilen entsteht sogar der Eindruck, daß sich in der einleitenden Erwartungshaltung des Vorbereitungsrituals, in dem der äußeren Attraktivität eine erhöhte Bedeutung zukommt, die Sequenz der sexuellen Begegnung bereits erschöpft. Wenn das richtig ist, können wir festhalten, daß sich die aggressiven Komponenten des Sexualverhaltens mit der Steigerung der symbolischen Bedeutung der Eroberung und der Unterwerfung innerhalb der Frequenz erhöht haben, indem die konstruktive Bedeutung der Verbindung und der emotional-affektive Austausch abgewertet erscheinen. Da ein angenehmes Erscheinungsbild zur Identifizierung mit der jeweils höheren sozialen und wirtschaftlichen Schicht führt, kommt es auf sozialpsychologischer Ebene verstärkt zur Aufwertung gewisser ästhetischer Merkmale, denen dann die Funktion von Statussymbolen zukommt, zu Lasten ihrer ursprünglichen, natürlichen Bedeutung des sexuellen Reizes. Das Verschönern des eigenen Körpers kann aus diesen Gründen auch zum exhibitionistischen Wettbewerbsritual werden, das keinerlei sinnliche oder emotionale Beziehung einleitet.

Mancher kosmetischen Behandlung entspricht tatsächlich der Wunsch, das eigene Äußere zu verbessern und beinhaltet ein positives Bild von sich. Andererseits können starke kosmetische Eingriffe auch auf geradezu antithetische Situationen hindeuten, in der eine Person ihrem eigenen Äußeren geringschätzig gegenübersteht und versucht, sich mit allen Mitteln zu maskieren, um so den Körper und sich selbst zu verfälschen. Im ersten Fall kann die Pflege des Körpers auf ein positives Sexualverhalten gerichtet sein. Im zweiten Fall wird der Körper zum Objekt degradiert, das es zu verstecken gilt und das nicht als Zwischenglied zur Erreichung des unbeschwerten sexuellen Vergnügens in Betracht gezogen werden kann.

Wir wenden uns jetzt dem Einfluß zu, den die spontanen Veränderungen des Körpers und seiner Oberfläche auf die Sexualität ausüben können. Man kann verschiedene Konsequenzen unterscheiden, die jede reale Veränderung des äußeren Erscheinungsbildes im Sexualverhalten eines Menschen hervorrufen kann, selbst wenn dieser sie nur in seiner Vorstellung als unästhetisch erlebt.

Eine reale Veränderung des äußeren Erscheinungsbildes bringt offensichtlich auch eine Veränderung des »body-image« mit sich, beeinflußt so tiefgrei-

fend das »self-image« und zwangsläufig die Sicherheit und Ungezwungenheit in der Beziehung. Jede Veränderung kann darüber hinaus auch zur Abwertung derjenigen Komponenten führen, die wir als »autoscoptofilisch« bezeichnen können, d.h. zur Abwertung der erotisch stimulierenden Selbstbeobachtung, die dazu beiträgt, das Verlangen während des Geschlechtsaktes anzuregen und beizubehalten.

Andererseits müssen wir an die häufig gemachte Beobachtung erinnern, daß es im Bereich gewisser, unästhetischer oder zumindest so empfundener Hauterkrankungen keine psychologische Reaktionen gibt, die sich mit denen anderer Hautleiden überschneiden und die quantitativ gleichstarke Alterationen hervorrufen. Dies wird durch eine Studie bestätigt, die sich mit den sexuellen Erlebnissen von Patienten beschäftigt, die an Psoriasis erkrankt sind. Die Untersuchung kam zu dem Schluß, daß »die Psoriasis offensichtlich trotz ihrer zweifellos unästhetischen Ausprägung und des vermuteten ›somatopsychischen Rebound‹ das Sexualverhalten und die sexuelle Erlebnisfähigkeit der Patienten nicht erheblich veränderte« (*Giorgine, Cossidente, Melli* et al. 1985). Diese Schlußfolgerung, die sich aus einer vertieften Studie mit psychodiagnostischen Mitteln wie dem Rorschach-Test ergibt, rechtfertigt sich durch die Tatsache, daß die Psoriasis vor allem Personen befällt, die bereits eine wenig bewegte Persönlichkeit haben (die normalerweise mit nicht gerade lebhaftem sexuellen Verhalten gekoppelt ist) und selten eine reiche Phantasie- und Gefühlswelt besitzen.

Allgemein müssen wir aufgrund der Erfahrungen, die wir in der Abteilung der Dermatologischen Klinik von Florenz gewonnen haben, festhalten, daß schwerwiegendere, durch unästhetische Hautkrankheiten verursachte Auswirkungen im Sexualverhalten von Patienten jugendlichen Alters zu beobachten sind.

In einer Diskussion über dieses Thema anläßlich des VI. Nationalen Kongresses der Società Italiana di Sessuologia Clinica 1983 in Florenz (*Cossidente* 1985) wurde hervorgehoben, wie die zerstörte Ästhetik tiefgreifend auf die wechselseitige Interferenz der drei Parameter einwirkt, die *Sullivan* (1953) an der Basis der Strukturierung der heterosexuellen Tätigkeit des Jugendlichen sieht: Der sexuelle Trieb oder das sexuelle Bedürfnis, die Sicherheit als die Angstfreiheit und die Intimität als Fähigkeit des Zusammenspiels von Individuen. Aus der Kasuistik, auf die sich der Bericht bezog, war zu erkennen, wie die Störung der Sicherheit und der Bereitschaft zur Intimität, verursacht durch Selbstverachtung infolge zerstörter Ästhetik, das Ergebnis einer enormen Einschränkung der sexuellen Triebbefriedigung war. Das wurde von einem anachronistischen und unnatürlichen Beharren auf Grenzen begleitet, die streng zwischen »himmlischer« und »irdischer Liebe« unterschieden. Außerdem wurde betont, wie die Intimität in einigen Fällen zum Schutz gegen die Angst vor der eigenen »Häßlichkeit« geworden war und zu platonischen und »kameradschaftlichen« Bindungen mit dem anderen Geschlecht geführt hatten. Dies geschah mit tröstender und beruhigender Absicht oder um die Steigerung der

Angst vor der eigenen »Häßlichkeit« zu vermeiden, verbunden mit einem zu intensiven Vertrautheitsgrad in Beziehungen. Deshalb wurden diese Beziehungen oft streng förmlich oder oberflächlich gestaltet, mit der Tendenz, die Quantität auf Kosten der Qualität zu steigern. Häufig erwiesen sich die Kontakte mit dem anderen Geschlecht als sehr begrenzt und zeichneten sich durch die infantile Haltung aus, sich vorwiegend mit dem eigenen Geschlecht zu solidarisieren oder aber mit dem anderen Geschlecht Beziehungen verwandschaftlichen Charakters zu pflegen.

Am Ende des Vortrages stand die Behauptung, daß unästhetische Hautkrankheiten bei Jugendlichen eine Verstärkung und manchmal eine extreme Verschlimmerung des seelischen Zustandes in den für dieses Lebensalter typischen Verhaltensweisen bewirken. Daher bedingt sie unter anderem in beträchtlichem Ausmaß die Strukturierung der sexuellen Identität und die sich daraus ergebende sexuelle Handlung.

Neben diesen Veränderungen des Sexualverhaltens, die auf das tatsächliche Vorhandensein unästhetischer und oft auch schwerwiegender Störungen der Körperoberfläche zurückzuführen sind, gibt es Variationen des Sexualverhaltens, die nur in vorgreifender Weise mit fraglichen, nur subjektiv erlebten Modifikationen des äußeren Erscheinungsbildes zusammenhängen. Dies ist der Fall bei der Überbewertung oder bei der »gegenstandslosen Wahrnehmung« unästhetischer Erscheinungen wie zum Beispiel die sogenannten »diseases non diseases« von *Cotterill* (1981), die jedoch ebenso Störungen im Sexualleben hervorrufen können. In diesen Fällen wird das vermeindlich ästhetische Handicap mehr oder weniger bewußt dazu benutzt, grundlegende psychologische Probleme zu entschuldigen, um sich damit nicht auseinandersetzen zu müssen. In einigen Fällen der »Angst vor dem Erfolg« (*Kaplan* 1979), auch sexueller Art, die sich psychodynamisch durch komplexe Tiefenmechanismen erklärt, die wir hier nicht erörtern können (z.B. Ödipusängste, zu stark entwickeltes Über-Ich, repressive Erziehung kompetitiver Eltern u.s.w.) bedienen sich die Patienten der Einbildung oder der Halluzination von Störungen des äußeren Erscheinungsbildes, um auf diese Weise vor einem sexuellen Erfolgserlebnis zu fliehen, das durchaus möglich wäre.

Die Klage über angebliche unästhetische Anomalien bewirkt außerdem das Phänomen des »turn-off« im sexuellen Bereich, d.h. die Unterbrechung sexueller Handlungen, durch die Konzentration der Aufmerksamkeit auf oder die Erinnerungen an angebliche Mängel des Äußeren.

Neben den Folgen realer und angeblicher Hautkrankheiten für die Sexualität müssen wir schließlich an die Beziehungen erinnern, die zwischen Sexualität und den »self-inflicted dermatological lesions« (neurotic excoriations, tricotillomania, u.s.w.) besteht. Letztere sind oft Ausdruck verzerrter Sexualität; die Zwangswiederholung bestimmter Manipulationen erinnert unmittelbar an den Vorgang der Masturbation, ebenso wie die beharrliche Fortsetzung der Handlung bis zur Vollendung der selbstzugefügten Verletzung. Die entstandene Verletzung erlaubt auf dramatische Weise die Entladung der Erregung und

imitiert so das Erreichen eines Orgasmus. In solchen Fällen beobachten wir dann, wie der Bereich der symbolischen Sexualität, der sich in masochistischem Sinne äußert, sich häufig mit dem des wirklichen Sexualverhaltens überschneidet.

Die Schäden, die sich der Selbstverletzer zufügt, behindern ihn tatsächlich (oder er selbst ist davon überzeugt) aufgrund des entstandenen ästhetischen Makels in seinen Aktivitäten als Verführer; der Patient isoliert sich, wird spröde, asozial und entschuldigt psychologische Probleme und Kontaktschwierigkeiten mit den Folgen, die diese provoziert haben. Er kehrt somit die Bewegungsrichtung um und treibt die eigenen, gegen sich selbst gerichteten Rituale in der Einsamkeit bis zum Exzeß.

Abschließend können wir feststellen, daß die Haut der Körperteil ist, wo sich vielfältige psychosomatische Aspekte unserer Sexualität offenbaren: Sie stellt das biologische Mittel dar, mit dem sexuelle Reize erzielt werden und bildet den Hintergrund, auf dem sich die symbolhaften Merkmale einer veränderten Sexualpsychologie abzeichnen. Aufgrund ihrer ästhetischen Bedeutung ist sie schließlich ein grundlegendes Bindeglied zu den sexuellen Anziehungs- und Abstoßungsmechanismen der anderen.

All dies macht es nicht nur notwendig, daß der Dermatologe »Sexualforscher wider Willen« (*Panconesi* 1984b) wird, sondern erfordert auch, daß er im Bedarfsfall mit Psychologen, Psychiatern und Sexualwissenschaftlern in wirksamer und fruchtbarer Weise zusammenarbeitet (*Panconesi* 1984a, 1986).

Nach der ausführlichen Erörterung von Haut, Kosmetik, Sexualität und deren Wechselbeziehung können am Schluß dieser Arbeit einige Beobachtungen psychosozialer Natur von Nutzen sein.

Innerhalb der zwischenmenschlichen Beziehungen bedient sich das Individuum nicht allein der Sprache, um mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, sondern es verfügt auch über verschiedene Mittel nicht-verbaler Kommunikation, so daß uns ein derartiges Verhalten genauere Informationen liefert, auch wenn man nicht sprechen kann oder will (*Martini, Giorgini* 1984).

Das Gesicht (mit oder ohne Schminke), die Haare, die Frisur und die Beschaffenheit der Haut stellen auf dem Gebiet der nicht-verbalen Kommunikation Signalsender dar, die für die zwischenmenschliche Wahrnehmung zweifellos äußerst bedeutungsvoll und wirksam sind.

Es genügt, einen Blick darauf zu werfen, wieviel Energie, Zeit und Geld das Individuum darauf verwendet, das eigene Erscheinungsbild zu beeinflussen, welcher Manipulation das äußere Ich unterliegt, damit eine gewisse Selbstdarstellung erreicht wird, d.h. damit das Bild geschaffen wird, das die anderen erwarten (*Cook* 1971; *Argyle* 1972). Und zwar geschieht das in solchem Maße, daß das zwischenmenschliche Verhältnis mit einem Gesellschaftsspiel verglichen werden kann (*Goffman* 1971), in dem die »Spieler« oder die »Schauspieler« feste Rollen übernehmen und in dem das Ziel — nämlich die Verführung — durch die Errichtung eines Modells strategischer Wechselwirkungen verfolgt wird.

Skin, Cosmetics and Sexuality

M. Martini, C. Cossidente, S. Giorgini, M.C. Melli, M.G. Sarti, E. Panconesi (Florence)

To make contact with other people the individual uses not only language, but also non-verbal signals as jewelry, face make-up, hairstyle as well as changes of the qualitities of skin. Above all the skin is the place, where numerous aspects of human sexuality manifest themselves psychosomatically. The authors discuss the interaction of skin, cosmetics and sexuality by means of numerous investigations in the fields of anthropology, ethnology, socialpsychology, opinion research and depth psychology from specific points of view.

1. The skin is the earliest and most vital organ for perception and contact, so to speak the »outer« nervous system of man. Ontogenetically, as a border between inside and outside, it fulfills a function in the formation of the personality within the ego development.

2. Changes of appearance, whereby the skin plays a central role, are of considerable psychological relevance. Cosmetical treating of the body can be found at each time and place in history since the palaeolithic age.

There are various social motives of the observed behaviour: e.g. clancolours in palaeolithic age, early vegetable substances for make-up in neolithic age to signify the social order; the production of perfume 3000 a.Chr. in the valley of Indus, tattoos and scarrings as attributes of courage and eroticism, as a special kind of language, as well as magical paintings of the body in living tribal societies, hygienic cosmetics in ancient Egypt and Rome. The Middle Ages disapproved in the Christian faith cosmetics as witchcraft; later alchemic perfume-waters were distilled in Florence and Cologne in Renaissance, today there is the mass production of cosmetics in the industrial societies.

As public opinion research verifies, the importance of cosmetically supported attractiveness of outlook (sex-appeal) grows in modern societies, whereas the sensual and emotional aspect of eroticism and sexuality, relevant in relationships, is decreasing more and more.

Cosmetics gets more and more important when the appearance is impaired by severe diseases — not only of the skin — or disfigurements. The authors report about the use of cosmetics as therapeutic aid in a British psychiatric ward.

3. The care of the body by cosmetics is an aspect of constructive eroticism and sexuality. On the other hand an individual may abuse radical cosmetic treatments and operations to disguise himself by all means and so to distort his body and himself. The increased social value of cosmetically supported attractiveness seems to have increased the aggressive components of sexual behaviour, intensifying the symbolic meaning of conquest and subjection, whereas the constructive meaning of relationship and of emotional-affective exchange seems to be devaluated.

4. Changes of the body and its surface deeply influence the body-image as well as the self-image. Changes which are experienced negatively not only im-

pair the self-confidence and informality in relationships, but also lead to a devaluation of the erotically stimulating self-observation.

On the other hand the authors point to the observation that some skin diseases which are felt as unaesthetical are not connected with the worsening of the general state of mind. Unaesthetic skin diseases are found, above all, by juvenile patients in the middle of their sexual development of identity. Skin diseases, real or imaginative, are often expressions of a disturbed sexuality. As a consequence, the dermatologist has to become a researcher of sexuality »against his own will«. If necessary, he has to cooperate with psychologists, psychiatrists and sexologists in an effective and productive way.

Literatur

Anzieu, D. (1974): Le dehors et le dedans: le moi peau. In: Nouv. Rev. Psychanal. (9) 195-208
Argyle, M. (1972): The Psychology of Interpersonal Behaviour. (Harmondsworth: Penguin)
Bick, E. (1968): The Experience of Skin in early Object Relation. In: Int. J. Psychoanal. (49) 484-486
Cook, M. (1971): Interpersonal Perception. (Harmondsworth: Penguin)
Cossidente, A. (1985): Considerazioni psicologico-psichiatriche in tema di dermatosi inestetiche nell'adolescente. In: *Chelo, E.; Dei, M.* (eds.) Adolescenza e sessualità. (Milano: Angeli) 359-369
Cossidente, A.; Sarti, M.G.; Martini, M. et al. (1983): Myths and Rites in Psychosomatic Dermatology. In: *Krakowski, A.J.; Kimball, C.P.* (eds.): Psychosomatic Medicine (New York, London: Plenum Press)
Costarelli, G. (1984): I cosmetici. Profumi e belletti fra moda, salute, consumi (Roma: Editori Riuniti)
Cotterill, J.A. (1981): Dermatological Non-Disease: A Common and Potentially Fatal Disturbance of Cutaneaous Body Image. In: Br. J. Dermatol. (104) 611-619
Danuso, N.; Radaelli, A.; Saccomani, R. (1981): Cosmesi e salute (Milano: Fabbri Editori)
de Beauvoir, S. (1970): La vieillesse (Paris: Gallimard)
Fenichel, O. (1945): The Psychoanalytic Theory of Neurosis. (New York: Norton)
Firth, R. (1973): Symbols Public and Private. (London: Allen & Unwin)
Forbes, R.J. (1966): Chimica, culinaria, cosmetica. In: *Singer, C.; Holmyard, E.J.; Hall, A.R. et al.* (eds.) Storia della tecnologia. Vol. 1 (Torino: Bringhieri) 240-243
Giorgini, S.; Cossidente, A.; Melli, M.C. et al. (1985): Vissuti sessuali in pazienti affetti da psoriasi. Atti del X Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina Psicosomatica (Pescara)
Goffman, E. (1971): Modelli di interazione (Bologna: Il Mulino)
Graham, J.A.; Kligman A.M. (1985): The Psychology of Cosmetic Treatments. (New York: Praeger)
Jouhar, A.J. (1984): A Report on the First International Symposium on Cosmetic Treatments. In: J. Appl. Cosmetol. (2) 35-43
Kaplan, H.S. (1979): Disorders of Sexual Disease (New York: Paterson and Brunner/Mazel)
Larionov, M. (1985): In: *Beerbohm, M.:* Elogio dei cosmetici (Palermo: Edizioni Novecento)
Mahler, M.S. (1975): The Psychological Birth of the Human Infant (New York: Basic Books)
Martini, M.; Giorgini, S. (1984): Effect of Skin Diseases on Attitudes and Interpersonal Behavior. In: *Panconesi, E.* (ed.) Stress and Skin Diseases: Psychosomatic Dermatology (Philadelphia: J.B. Lippincott) 37-42
Melli, M.C.; Giorgini, S. (1984): Aesthetics in Psychosomatic Dermatology: I. Cosmetics, Self-Image, Attractiveness. In: *Panconesi, E.* (ed.) Stress and Skin Diseases: Psychosomatic Dermatology (Philadelphia: J.B. Lippincott) 180-187
Montagu, A. (1984): The Skin, Touch, and Human Development. In: *Panconesi E.* (ed.) Stress and Skin Deseases: Psychosomatic Dermatology. (Philadelphia: J.B. Lippincott) 17-26
Panconesi, E. (1984a): Commentary. In: *Panconesi, E.* (ed.) Stress and Skin Diseases: Psychosomatic Dermatology (Philadelphia: J.B. Lippincott)
— (1984b): Il dermatologo, sessuologo suo malgrado. Atti del I. Congresso Nazionale della

Società Italiana di Sessuologia Medica. (Roma)
— (1986): Stress e melattie della pelle: Prospettive per una rifondazione della dermatologia psicosomatica. In: The Practitioner (89) 43
Pasini, W. (1984): Sexologic Problems in Dermatology. In: *Panconesi, E.* (ed.) Stress and Skin Diseases: Psychosomatic Dermatology (Philadelphia: J.B. Lippincott) 59-65
Pelfini, C. (1985): Il dermatologo ed il cosmetico: un'indagine a livello nazionale. In: Quaderni Unipro 13-16
Rovesti, P. (1977): Alla ricerca della cosmesi dei primitivi (Venezia: Marsilio)
— (1980): Alla ricerca dei profumi perduti (Venezia: Marsilio)
Sullivan, H.S. (1953): The Interpersonal Theory of Psychiatry (New York: Norton)

Adresse für die Autoren:
Prof. Dr. med. Emiliano Panconesi
Istituto di Clinica Dermatologica
Università degli Studi di Firenze
Via degli Alfani, 37
I-50121 Firenze — Italia

Judging — A Holistic View**

Amnon Carmi (Haifa)*

Der vorliegende Beitrag zeigt, wie ein ganzheitliches Denken in den Beziehungen von Körper, Geist und Seele zu einem Paradigmenwechsel in unserer positivistisch geprägten Rechtsprechung auffordert. In dem philosophisch konzipierten, auf alt-testamentarischer und talmudistischer Überlieferung basierenden Essay entwickelt der Autor in 14 Abschnitten sein Anliegen, die Begegnung von Richter und Angeklagten als Interaktion holistischer Systeme vor dem Hintergrund der Frage zu sehen, was der Mensch ist und wie Körper, Geist und Seele in dem Prozeß der Rechtsprechung zusammenwirken. Der im Materiellen befangene Mensch, so lehren die alten Schriften und Legenden jüdischer Weiser, soll den Körper nicht fliehen, sondern ihn durchgeistigen, wobei die Seele Körper und Geist führt.
In der Schlußfolgerung kristallisiert sich als Aufgabe sowohl für den Richter als auch für den Angeklagten heraus, die ihnen von Gott gegebene höchste menschliche Freiheit der Entscheidung zwischen Gut und Böse in ethischer Verantwortung und geistigem Streben zu verwirklichen. Im juristischen Prozeß soll der Richter physische, seelische und geistige Aspekte seiner Persönlichkeit in seine Entscheidungen miteinbeziehen und dabei alle Umstände des menschlichen Konfliktes zwischen den Beteiligten einschließlich ihrer emotionalen und geistigen Bedürfnisse berücksichtigen mit dem Ziel einer Wiedergutmachung der vorher gestörten Balance zwischen Körper, Geist und Seele, aber auch zwischen Mensch, Gesellschaft und Natur.

1) Holistic systems are to be found around us and within ourselves. The smallest atoms and the largest galaxies form holistic systems, and the amalgamation of all the separate parts reflects the universal wholeness.

*

2)The end of legal litigation is to restore a certain state of affairs to its original place. The relations between one citizen and another or between an individual and society has been upset or shaken, and there is a need to remove the threat. The state realizes this purpose by the formation of a system of rules, and by establishing courts as the necessary apparatus which is expected to implement the rules. The equilibrium is attained by the judical reaction through compensatory or punishing or other means.

The judicial involvement is not limited to physical or financial outcomes, and it is required to satisfy emotional and spiritual needs, too. Apparently, the society at large is looking forward to the judicial interference, as its functioning and very existence depend on the delicate balance of all its components. The same applies to the relations between various groups within the state, and to the interstate relations. The ecology of the whole cosmos including the fauna and flora and inanimate depend on the comprehensive balance and the preservation of the cosmological order.

*

* Professor, Judge, President of the Society for Medicine and Law in Israel; Vice-President of the World Association of Medical Law; Counselor to the President of the World Association for Dynamic Psychiatry WADP.

** Vortrag, gehalten auf dem 5. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP/XVIII. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), 6.-10. März 1987, München, zum Thema »Körper, Seele und Geist. Zur ganzheitlichen Schau von Mensch und Wissenschaft«.

3) The individual judge constitutes a holistic human system. The individual defendant, every part, represent holistic systems, too. The judicial process brings together two holistic systems in what we may regard as an interholistic interaction. What kind of interaction are we dealing with? How are the judicial relations with another established? Who is the other? What is man?

*

4) The judge, who forms the judicial system, is expected to fulfill three functions: to collect data, to elaborate, and to make the final decision. The collection of data is done mainly by his physical means. The elaboration of the data is mainly performed by his mind. The decision is made by his soul.

*

5) All three systems are inevitably involved in the performance of every single step. For example, within the process of collecting materials, judges activate their discretion, applying criteria of relevance and importance. In other words: the mind is used in the preliminary stage, too. On the other hand, the judge is assisted by the basic bodily system while performing logical or spiritual functions.

*

6) What is it that we call the spirit of man? By way of elimination we may say that this is what separates human beings from animals. Dogs have better senses of smell than we do. Owls have better senses of sight than man does. But only man understands that the dog and the owl are two animals, and only man has the power of abstraction, thereby stating that one plus one will always be two. And what is even more important: the power of abstraction enables man to build a comprehensive conception of both, the universe and himself. Likewise computers may treat issues in a »logical« method, but they will never exceed these bounds, as they lack the trait of imagination and the power of creativeness for building something out of nothing.

*

7) This difference is shown also in the judicial process of imposing penalties on defendants. Uniformity of punishments does not really exist, because human beings are not alike. Even after all relevant data are brought to court, there is always place for aggravation or mitigation in comparison to past or future cases or to other defendants, due to specific circumstances. The human judge who plays the role of God, by determining the defendant's fate, must turn his soul and follow its directions.

*

8) The holistic conception does not content itself with the personality of the judge. It relates to the defendant too, claiming that the punishment affects all three systems of his being.

Imprisonment is not exhausted by teaching the physical system or by controlling it. The aim of the bodily pain is to educate the mind and even bestow a blessing upon the soul.

*

9) Rabbi Gamliel, an old Hebrew sage, was asked by someone:
Questioner: Where does God dwell?
Rabbi G.: I have no idea.
Q.: Day after day you pray for God's mercy and you still do not know his place?
R.: You ask me about some remote thing which is 3500 years far away from me. Let me ask you something which is deeply and constantly sealed in your own body,
Q.: What is it?
R.: Your soul. Please tell me where is *it* to be found?
Q.: I have no idea.
R.: Woe to you! You have no idea about something which is rooted in your body, but you bother me with your awkward problem about some remote matter which is so far from me.
What is the answer to Raban Gamliel's question? Our soul is not made out of physical materials, it cannot become an object for our physical receiving systems, and we are unable to describe it by earthly definitions. We can only emotionally feel and logically infer its existence, and offer and show any kind of cooperation of even submission.

*

10) Unlike God, the soul of the cosmos, the human soul is tied to material matters, as it is imprisoned in the cells of our body. However, the creation of man has brought about a unique phenomenon: the lifting of the bodily systems to the high spiritual spheres. The soul, which had formed this process has gained its own profit by obtaining a protected shelter. No more aimless wandering throughout the heavenly wide spaces.

*

11) The relation between the body and the soul is characterized by the interdependence of both components. The Ba'al Shem Tov, founder of the Hassidic movement, used to say: »Even the body of a *holy* man — is nothing but flesh and blood.«

On the other hand, Rabbi Emilech (of Lizansk) claimed that one may find spiritual sparks in every corporality, and Rabbi Haim (of Zanz) added: »The soul has not reached this world for matters like food or drinks, but if it be denied of eating and drinking, it will certainly fly and flee.«

Another Rabbi was asked: as the aim of everyone is to break the chains of the body and be set free towards our passage to the next world, why then is it

a most to leave behind our children and pupils? The answer was, that the real wholeness means the simultaneous instance in both worlds, to be on earth andin heaven at one and the same time.

*

12) The holistic conception clarifies the judicial process and places it on solid ground. A nice Jewish fairy tale tells us about a man who owned a fruit garden. Expecting early figs, the owner placed in the garden two watchmen, a lame and a blind one. The lame told his blind friend: there are beautiful figs on the trees. Please give me a ride and let me pick them. The lame mounted upon the blind, picked the fruit and both of them ate it greedily. When the owner arrived, and enquired who had stolen the fruit, the lame argued: »I cannot walk«, and the blind added: »I cannot see!« The owner placed the lame on the back of the blind and imposed one sentence on both of them . . . Thus the owner has shown and applied a classical holistic approach.

*

13)
— Man was made in His image.
— The image is spiritual in its nature.
— Spirit includes the privilege and the power of free choice.
— The power of choice includes the right to choose.
— The right of choice entails a moral responsibility to use it in the right way.
— The right way means that man overcomes his earthly desires, and that his good will controls his evil inclinations.

The good will, the spiritual drive, does not exclude the body and the mind or belittle them. The holistic conception claims that all three of them are integral parts of man. The image of God has authorized one part — the soul — to direct the other two parts and control them. And the soul is required in particular to have pity in the body. In the words of Isaiah the prophet (58,7): »Thou hide not thyself from thine own flesh«. The soul knows many things, which are not known to the body. If the body will apprehend some of these matters, the soul might become more pure and be exalted, as Job has stated (19,26): »Through my flesh I shall see God«.

*

14) According to Jewish tradition, the angel, who is in charge of pregnancy, Laila is his name, lifts up a drop in each case of conception, places it in front of God, and asks: »What would happen to the new-born man after nine months?« The Holy One will then consider the matter and determine the fate of the embryo: He will fix his or her sex, strength, economic state, beauty and height. But the choice between good and evil will be handed to the discretion of man, and only man will decide whether to be righteous or wicked.

The corporal parameters are determined by Him, but the freedom of choice

is entrusted to man, and the most meaningful choice is that of good and evil. This process emphasizes the special state which has been assigned to the soul.

This is what the old legend tells us, and another lesson is that the functioning of every single individual reflects the way how the whole cosmos is governed and functioning. Each part plays its own role, but the activity and the existence of the whole entity depends on the interaction of all the components in a holistic way. Thus, our feet will take us to the proper direction only if our mind will interpret the direction of our soul in the right way.

***

Rechtsprechung — eine holistische Anschauung

Amnon Carmi (Haifa)

In einem philosophisch konzipierten Essay entwickelt Judge *Amnon Carmi* in 14 Abschnitten Gedanken zu einer holistischen Anschauung der Rechtsprechung. Als menschliche Individuen sind wir Teil und Ganzes holistischer Systeme, die in eine umfassende Ordnung integriert sind. Sowohl die Person des Richters als auch der Angeklagte und die verschiedenen Personen, die in einem juristischen Prozeß involviert sind, betrachtet der Autor als holistische Systeme, die miteinander in Interaktion treten. Hier stellt sich die Frage: Wer ist der andere? Was ist der Mensch?

Der Autor zitiert Legenden und Aussagen alter jüdischer und chassidischer Weiser, die in bildhafter Sprache holistisches Denken und die untrennbare Ganzheit Körper-Seele-Geist lehren: Auch der Körper eines Heiligen ist nichts außer Fleich und Blut. Wirkliche Ganzheit meint, gleichzeitig in beiden Welten, Erde und Himmel, anwesend zu sein: Durch mein Fleisch hindurch werde ich Gott sehen.

Der Mensch ragt aus der Welt der Lebewesen heraus aufgrund seines Verstandes, der ihm abstraktes und konzeptionelles Denken erlaubt. Es ist aber seine Seele, die den göttlichen Funken der Schöpfung in sich trägt und durch die der Mensch seine höchste Freiheit der Entscheidung zwischen Gut und Böse realisiert. Aus diesem Verständnis heraus ist die Aufgabe des Richters zu sehen, alle physischen, mentalen und seelischen Kräfte seiner Persönlichkeit einzusetzen, um zu einer — letztlich von der Seele geleiteten — Entscheidung zu kommen.

Da die Menschen verschieden sind und eine wirkliche Gleichheit der Strafe nicht existiert, sind alle Umstände des menschlichen Konfliktes, in den der Angeklagte verstrickt ist, zu berücksichtigen und abzuwägen, einschließlich seiner emotionalen und geistigen Bedürfnisse und die aller Beteiligten. Ziel einer Haftstrafe ist es dann nicht, den Körper zu kontrollieren, sondern durch den körperlichen Schmerz den Geist zu erziehen und die Seele zu läutern.

Der juristische Prozeß mündet so in die Wiedergutmachung der vorher gestörten ganzheitlichen Balance nicht nur zwischen Mensch, Gesellschaft und Natur, sondern auch zwischen Körper, Geist und Seele. Ihre Ganzheit beschreibt der Autor mit der Metapher: Unsere Füße werden uns erst dann in die geeignete Richtung tragen, wenn unser Geist die Gerichtetheit unserer Seele richtig interpretiert.

Literature at the author

Address of the author:
Prof. Judge Amnon Carmi
President of the Society
for Medicine and Law in Israel
Mount Carmel
Haifa 31999
Israel

Creating Health**

Edward J. Dehné (Carson City)*

In dieser Arbeit beschäftigt sich der Autor mit der Bedeutung der Umwelt für die Aufrechterhaltung und Schaffung körperlicher wie seelisch-geistiger Gesundheit. Er tut dies in kritischer Auseinandersetzung mit einer seit zehn Jahren vorliegenden, immer noch gesundheitspolitisch wirksamen, Untersuchung, die zwar die Umwelt neben der Humanbiologie, dem Lebensstil und der Gesundheitsfürsorge als für die Gesundheit relevanten Faktor benennt, ihn aber in seiner Bedeutsamkeit für letztere Bereiche nicht angemessen berücksichtigt.
Der Autor geht den vielfältigen gesundheitsgefährdenden Umweltbedingungen in den Industrienationen nach, wobei sein Schwerpunkt auf den USA liegt; da ist zunächst die Gewalt in Form von der Gesellschaft passiv tolerierten Verkehrs- und Arbeitsunfällen, sowie die Gewaltkriminalität in den Großstädten; die Umweltverschmutzung, die über das Zentrale Nervensystem und die endokrinen Drüsen die Anfälligkeit sowohl für körperliche als auch seelische Krankheiten erhöht. Mangelhafte Ernährung und Wohnverhältnisse beeinträchtigen nicht nur die Bevölkerung der Dritten Welt, sondern auch das Heer der Armen, der Arbeitslosen und Slumbewohner in den Industriegesellschaften.
Entfremdende Arbeitsbedingungen, unter denen der Mensch keine Befriedigung seiner kreativen Bedürfnisse mehr erfährt, tragen ebenso zu einem Gefühl der Sinnlosigkeit bei wie Isolation und mangelnde soziale Unterstützung vor allem in den Randgruppen der Gesellschaft.
Als Lösungsmöglichkeit für alle diese dringlichen Probleme sieht der Autor die konsequente Veränderung der krankmachenden Umweltbedingungen. Auch der einzelne Mensch kann nur dann Verantwortung für einen gesunden Lebensstil übernehmen, wenn er in einem gesunden Milieu lebt, das ihn dabei unterstützt.
Die vorliegende Arbeit macht eindringlich deutlich, daß ein ernstgemeinter Bewußtseinswandel in der Medizin zugleich eingreifende Veränderungen in weiten Bereichen der Gesellschaft — von der Gesundheits- bis zur Umweltpolitik — nach sich ziehen muß.

Ten years ago a report was published on »Creating Health«. Were its recommendations sound and have we implemented the best recommendations? The answer is no. Both the report and subsequent policy decisions have failed to deal adequately with the environment. I shall argue that this is the most important of the four elements in the report's Health Field Concept. If the environment is wrong, the elements of human biology, lifestyle and health care organization will be wrong also.

It is instructive to observe what people worry about, because this gives one a sense of whether they understand the nature of their problem. What are people worried about today? They are worried about pollution, unemployment, poverty, crime and nuclear war. Are they worried about health? Yes, and in particular about cancer, Alzheimer's disease, AIDS and the shortage of transplant organs. Since their worries about health are highly specific, they fail to

* Dr. med., Executive Vice-President Continuing Medical Education of the International Health Society, 2. Vice-President of the World Association for Dynamic Psychiatry WADP, Chairman of the American Branch of the WADP

** Vortrag gehalten auf dem 5. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP/XVIII. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 6.—10. März 1987 in der Fachhochschule München

see how closely health is connected with some of their other concerns. Until this connections is made, the actions necessary to create health will not be taken.

Let us review the factors which must be changed if health is to be improved. Our choice of factors is influenced by coherence as a basis for health coherences: »A global orientation that expresses the extent to which one has a pervasive, enduring, but dynamic feeling of confidence that there is a high probalitiy that environments are predictable and that there is a high probability that things will work out as well as can reasonably be expected.«

In our society, a number of environmental factors can be recognized as serious obstacles to health.

Dangerous Environments

Violence continues to be one of the major causes of mortality. For each death, there are many permanently handicapped survivors. Most violent deaths are termed accidents because they are not the result of a deliberate action, but in a broader sense they are not accidental; they are caused by dangerous conditions that society tolerates. Our roads, cars, railways, planes and buildings could be much less accident-provoking. Most disasters in mines, construction and other industries are the result of negligence. The sinking of an oil-rig off the coast is a clear-cut example. In many instances workers are induced by fear of unemployment to accept conditions of manifest danger. Particularly is this true in the depressed areas. Miners have expressed the opinion that a dangerous job is better that no job. How can a person who reaches such a conclusion have a sense of coherence?

In the cores of large cities, violent assaults have become so frequent that people are no longer able to move freely in their environment. Such an environment has no coherence. Although this problem has reached a peak in some cities, we must see that it is an another horizon. Some of the perpetrators of urban violence are themselves victims of the incoherence of their environment.

Environments are made dangerous in a less dramatic way by pollution. Even if we do not understand all the health effects of air and water pollution, we can surely deal with the hazards that are clear, mercury and lead pollution being cases in point. The problem of pollution demands anticipatory study since pollution, once it has occurred, cannot be turned off like a tap. It is particularly important to remember this at a time when we are faced with the disposal of nuclear waste.

Lack of Necessities and Amenities

The basic necessities of life are said to be food, clothing and shelter. Actually, clothing is an aspect of shelter and beyond that an art form. The lack of necessities is sometimes thought to be restricted to the third world. It is more common by a hundredfold in the third world but not restricted thereto. In every country there are significant numbers of people whose intake of food is

inadequate and whose housing is deplorable. This was true even before the recent economic recession. The recession has brought into public view the wave of unemployed who no longer can afford adequate food and shelter. Hostels and public kitchens have been set up to relieve their distress. But it is obvious that these hostels and kitchens are frequented by substantial numbers of people whose wages or social assistance payments have long been inadequate to provide them with the necessities of life.

What are the effects of inadequate nutrition upon health? It is well-known that a diet which fails to supply sufficient calories, vitamins and minerals impairs physical growth and resistance to infection. What is less well-known is that such a diet in infancy and early childhood causes irremediable retardation of intellectual development. It is unfortunate that we hear so much about the affluent diet upon heart disease and so little about the effects of the deprived diet upon one of the most important of human attributes. The other basic necessity, shelter, needs little comment. The problems of the homeless are obvious to everyone. Slightly less obvious are the effects upon health of living in a place that is too cold in winter and too hot in summer, that has insufficient space for its inhabitants, and is deficient in refrigeration and cooking facilities. These are the characteristics of a slum. Because slum housing is not obviously related to cancer, AIDS, Alzheimer's disease and other newsworthy ailments, we tend to forget that it causes and perpetuates many more important but less fashionable health problems.

I have talked about the lack of necessities. Now turn to the lack of amenities. An amenity is something that adds to the ease and pleasantness of life. We need such amenities as transportation, recreation, beauty, and stimulation in order to fulfill the human potential. Physiological and psychological evidence suggests that pleasing activities, sights and sounds are conducive to the optimal function of body and mind. For example, a study of surgical patients found that those who had a view of nature from their hospital window recovered more rapidly.

The need for transportation was less in an era when most of us lived in small communities. A walk of a mile or so provided recreation and beauty. Transportation became an important amenity when humans congregated in large urban centres where the walk was no longer feasible nor idyllic. Transportation has become expensive and time-consuming for everyone, particularly for the working poor who have to punch a time clock, take children to day-care, search for cheap groceries, wash their clothes in a coin laundry, and visit medical facilities often far from where they live. For the unemployed who are required to make a specified number of daily job searches, transportation costs are prohibitive. They have the time but not the money.

Recreation is an amenity not easily acquired in the modern urban setting. Tennis, golf, squash and health clubs are expensive and beyond the reach of most people. Furthermore, it is difficult for the manual worker who has been slaving all day to see the need for further exercise, however salubrious it might

be. For children, hockey and baseball have become equipment-oriented sports rather than pleasant pastimes on pond or field. In fact, hockey has become a blood sport. As a consequence, many people turn to viewing sports on television rather than actually taking part in them.

Some of the forces that make physical recreation difficult apply also to intellectual recreation. Television has become the principal means of access to literature, art and music. The goal of commercial TV is the sale of products. Therefore the content of programs is directed toward the consuming potential of the viewer rather than toward intellectual and emotional enrichment.

As far as beauty is concerned, industrialized urbanization has deprived us. What beauty remains is concentrated in central showplaces that are seen more by tourists than by the resident population. Large numbers of peope live in drab surroundings and work in windowless environments where the feel of a breeze or the sound of a bird is rare occurrence. In the biggest cities they travel between these two environments in a tunnel. Replacing beauty is an abundance of noise, harmful to the ear and distracting to the mind.

Stressful, Unrewarding and Depersonalizing Work

The industrial revolution eliminated some of the most backbreaking human work but brought with it a different problem. For many, work no longer offers creative satisfaction. The worker's contribution to the finished product is circumscribed and carried out by processes that are repetitive to the point of boredom. Relief from the monotony may come only at the risk of being replaced by a machine. In the interest of efficiency, shiftwork has become widely prevalent, especially the sequential weekly rotation that continually disrupts the natural circadian rhythms of the body. Study of factory workers show that shiftwork and piecework, in particular, have unfavourable effects on physical and mental health. The work problem is compounded by the recurrent threat of unemployment. There can be little coherence in a life that varies between unrewarding work and unemployment. »A chicken was just an egg's way of making another egg«. The philosophy of our economic system is that a »person is just a dollar's way of making another dollar.«

Isolation and Alienation

The human is by nature gregarious and needs the opportunity to give and receive affection, help and information. The term »social support« has been created to describe the fulfillment of these needs. Evidence accumulates that isolated people with inadequate social support are more likely to become ill. There are many isolated people, especially the aged, the widowed, the single parent, and the uprooted worker in search of a job.

Even more distressing than isolation is the experience of living on the fringe of society where one's opportunities, values, expectations and customs are not those of the mainstream. This is the situation of alienation. It befalls ethnic minorities, recent immigrants, migrant workers, and all who are rejected or

dislocated by cultural change. The coming of industry to a mountain population showed that the effect of alienation upon health was profound.

Poverty

We have put poverty last because it brings in its wake all the obstacles to health that were described. It is the poor, above all others, who live in dangerous environments, who lack the necessities and amenities, whose work, if they have any, is stressful and unfulfilling, and who are isolated from sources of information and encouragement. On top of all this, poverty is intrinsically debasing and alienating. Particularly is this true when the poor are aware that poverty is not the natural lot of the human as they cannot help but be when the media constantly display the life of the affluent majority. You can describe the phenomenon eloquently as continued injection of poison into the blood. By a slow numbing it renders them incapable of any sharp awareness of their own best qualities of character, it robs them of their sense of high enterprise, it undermines their confidence and prevents them from extending the essential parts of themselves into the life of the world about them. It unbalances them in the wrong direction by crowding their lives full of inescapable considerations of the scant, the petty and the under-dog point of view. This refers to chronic poverty, not the temporay poverty of the student and other upwardly mobile people. It is the ex-poor who are vocal about the character-building aspects of austerity; the chronically poor are silent on this topic.

Elevated rates of death and disability among the poor have been found in every country where the relationship between social class and ill-health has been examined. This is true even in countries with publicly financed health care.

The Environment and other Elements

So far, we have described the effects of bad environments upon health. The other elements of the report's health field cannot be improved if the environment is wrong because they are inextricably related to the environment.

The Environment and Human Biology

The cells, tissues and organs of the human body are responsive to the environment. If the environment is dangerous they can be destroyed by injury. If the environment fails to provide adequate nutriton they will not develop properly. More subtile, however, is the effect of environmental stressors upon the principal regulators of the human body — the central nervous system and the endocrine glands. There is compelling evidence that environmental stressors act upon the regulators to increase susceptibility to all diseases, both physical and mental.

The Environment and Lifestyle

A healthy lifestyle can be adopted only if people have the knowledge, the

opportunity and the will. In an impoverished environment there are barriers to knowledge and opportunity. But perhaps more important is the erosion of will. It is not easy to engage in the positive pursuit of health when great energy is required just to deal with the hassles of day-to-day existence. Rather, the temptation is strong to seek solace in unhealthy habits. Factory employees on shiftwork and piecework are the heaviest users of alcohol and tobacco.

The Environment and Health Care

Even when health care is financed from the public purse, environmentally induced inequalities in access and quality persist. In the United States average Medicaid payments per recipient are significantly greater for whites than for blacks. In Britain there are substantial variations in the kind of health care provided to rich and poor. For children of the lowest social class, a higher proportion of hospital admissions were for emergency care than for planned diagnostic and therapeutic actions. We reject the view that the poor receive inadequate health care because they are unsophisticated. The poor are often directed toward providers who do not encourage preventive medicine.

Cumulative Effects

It must be emphasized that the damage done to health by bad environments is cumulative. There is a formidable multiplier effect. The infant of an underweight lower-class mother is more likely to be of low birthweight. Low birthweight increases the risk of a whole range of brain damages from cerebral palsy to mental retardation. But low birthweight increases the risk much more when the infant belongs to an impoverished family. The social environment creates potential disadvantage and then reinforces its effects. The most pernicious aspect of accumulation is that it continues over generations. Poverty in one generation reduces the chance of a healthy birth and impairs the environment of the children who are born. The children of the second generation, being further handicapped in health, education, and employment create an even more unfavourable environment for the third generation. Finally we end up with people whose conditions seem so hopeless that we despair of helping them.

Solutions

We have dealt at length with the problems. Now we turn to the solutions. It will not come as a surprise that I have more confidence in remedies that are directed toward the environment than toward the other elements of the report's health field. My objection to the report is that its recommendations for improving the environment were weak. The report is not alone in this fault. Colleagues found a similar defect in a report of a Royal Commission in England, which failed to emphasize that the unhealthy environment must be continually and constructively challenged rather than passively accepted. Most official pronouncements on health take the environment as given, as a series of pro-

blems to be adapted to. The onus for change is put on the individual, often with the expressed conviction that millions of health care dollars could be saved if people would abandon their perverse behaviour. There is no doubt that some habits, smoking and heavy drinking in particular, are causes of serious health problems that entail large expenditures for medical care. But the correction of these habits would not prevent all our ills. Nor can we expect these habits to be corrected purely by the efforts of individuals. There is a need to tackle the wider comprehensive environmental issues that shape individual choices, but are beyound the individual's control.

Individuals must be brought to better health by providing them with a milieu that does not damage them physically and psychologically. In such an environment both the desire and the opportunity to indulge in unhealthy habits would be reduced.

Excessive emphasis on the individual's responsibility for health has the effect of increasing the sense of alienation among people who already are suffering from a fringe position in society due to factors beyond their control.

This, literally, is adding insult to injury. We cannot expert welfare recipients to be inspired by the exhortation to increase the protein and vitamin content of their diet when their most pressing problem is to stave off hunger. Now of course it is possible, by ingenious shopping and clever cooking, to maximize the nutritional value of a cheap diet. This can be done by a person with culinary knowledge, persistence, spare time, and good cooking facilities, characteristics which are not enjoyed by the majority of welfare recipients. Some of the health promotional activities in accident prevention are similarly unrealistic. Accidents in the home and on the street are an important cause of death and disability among young children. Yet what sense does it make to focus on the coping abilities of mothers who are raising their children in accident-producing environments?

Cures are sought in general safety education or in more specifid education and supervision offered to families by public health nurses. Yet it seems obvious that remedies lie rather in public policies regarding the environment of poor families: the provision of safe space, the control of traffic through housing estates, the elimination of fire-trap housing, policies to ensure that poor families do not have to resort to dangerous forms of cheap heating, and the design of public housing for young families so that it is possible for mothers to supervise children of different ages at the same time. There is no doubt that behaviour is implicated, but it is behaviour which is inevitable in certain environments.

Remember that it is far less efficient to operate on the individual than on the environment. Can you imagine trying to prevent typhoid fever by urging people to boil their water? Changing people is a never-ending task whereas changes in the environment are more durable. We see this clearly in the prevention of dental decay. Water fluoride surpasses by far the efficiency of programs for dietary change and tooth-brushing.

The report was a political document, whose titular author was a cabinet minister in federal government. Not surprisingly it recommended very little that would embarrass the government financially, yet it professed concern with all aspects of health. The widespread acclamation of the report reflects the prevalence elsewhere in the world of an unwillingness to tackle the full range of obstacles to health.

In the minds of some, the solution to ill health is still to be found through better health care. By »better« is meant wider access to the kind of care now available, and an enhancement of the technological capacities of medicine. If hands and arms are lost in accidental injuries, the answer is better microsurgery to sew them back on. If an accumulation of personal and environmental factors leads to vascular disease, the answer is better transplant surgery. But the technological remedies already are approaching economic and logistic limitations. Therefore it is almost inconceivable that wider access to health care and the provision of ever more technologically advanced care can coexist.

Some opponents of the technological solution propose instead a greater emphasis on the caring aspects of medicine, with more attention paid to strengthening the social supports of the vulnerable. Appealing as this approach may be, it contains an element of danger. Social supports are important but the danger lies in letting them become a substitute for basic reform. Slum dwellers could indeed be treated more lovingly by doctors and social workers and could be helped to support one another more fully. Although this might mitigate the harsh effects of their living conditions, it would not remove the causes. To be truly effective, social support must be based upon such a degree of respect for human beings that they are not allowed to enter into conditions that predispose to illness and injury. The fundamental issue is a moral one, as was clearly recognized in a 1983 New Year's statement of the Catholic Bishops.

Finally, we must consider the barriers to achieving an environment that will create health. They are large and deeply entrenched. But if we understand what they are and begin a relentless attack upon them, we have hope of ultimate success.

Possibly the most entrenched barrier of all is a philosophical one, the belief that an element of misery is part of the human condition. To some extent this is a justifiable belief, because pain, grief and loneliness can never be totally eliminated. But to believe that a substantial amount of misery is inevitable is quite another matter. The biblical quotation »for the poor always ye have with you« must not be offered as an excuse for tolerating chronic poverty. The idea there are winners and losers closes the door to reform. The door is closed firmly if the idea is buttressed by the mistaken argument that the losers are those to whom fate has dealt a bad set of genes. Although a single gene can play awful tricks, such genes are rare. Most human qualities are influenced by multiple genes that determine one's potential for physical and mental development. The potential of some is lower than that of others, but in a good en-

vironment at least the full potential of everyone can be realized. A good environment can shrink the gap between winners and losers. Furthermore the improvement of some aspects of the environment helps everyone, whatever their genetic endowment. Water purification prevents disease irrespective of the intelligence of the person who drinks the water.

Inertia is the next barrier to consider. The sheer effort of introducing basic reform is an intrinsic deterrent to action. Our humane impulses are more conveniently satisfied by easy remedies. Unfortunately, these usually come too late in the chain of events to be effective. Giving handouts to the poor when they can prove by submitting to a means test that they are poor, is an example. We may think that this approach disappeared when the Poor Laws of the Victorian era were replaced in the 20th Century by social insurance. It did to a degree. But the trouble with our income support programs is their discontinuity. A sharp and inhumane line is drawn between the working poor and the welfare poor. There is a gap between the two, where there should be a bridge. Inertia occurs in a different way when we embark upon a progam of reform that is too limited in scope or too brief in duration for a full effect to be achieved. This happened with the ›Headstart‹ program in the United States. It was intended to give intellectual and emotional enrichment to culturally deprived preschool children. The hope was that even a few months of enrichment might be sufficient. The consensus of those who have evaluated the Headstart programs is that the gains were proportional to the time that the child spent in the program. This is not wholly surprising. The results of Headstart show that lesser effort is a form of inertia.

Another barrier to reform is the fragmented structure of the political and bureaucratic apparatus. Health, education, labour, environment, social insurance and welfare come under different jurisdictions. This restricts the opportunity for coordinated action. As a result no one has a comprehensive view of what is wrong and what must be done by way of remedy. I doubt that the solution to this problem lies in the creation of ever more omnibus departments of government. The solution to fragmentation should be sought in better modes of communication among government departments which share responsibility for the human environment. Better communication must occur at the central level where policies are formed, and also at the peripheral levels where government officials deal with the complex problems of a single human being. Theoretical studies of organization and communication have advanced greatly in recent decades. It is time for this knowledge to be applied to the barrier of fragmentation. The impediment of fragmentation might be reduced in another way. When many unrelated groups are making plans, each should ask itself: how will our plan affect the health of the people to whom it is directed? Health should be on every policy agenda.

There is a powerful barrier of vested interests. To employers, landlords, investors, and taxpayers in general, the cost of reform is a strong deterrent to action. Our hearts may be warm, but they are cooled by an examination of our

purse. Nevertheless, it is conceivable that much of the money we spend on »safety nets« could profitably be transferred to more basic reforms. What is more effective is not always more costly. But even when it is more costly, a substantial transfer of money could take place in our society without anyone losing an immense amount of happiness. The accumulation of money for its own sake is a burden, from which some might be glad to be relieved were they not indoctrinated in the belief that acquisition of wealth is the ultimate human goal.

It is salutary to realize that reform may be the safety net for all of us whose vested interests oppose reform. The existence of a deprived group has dangers for the comfortable majority. In this context, the remarks of *Geoffrey Vickers* are worth pondering: »Some trigger is needed to convince the busy, cushioned comfortable west of the instabilities which are visible enough to the destitute, the impotent, the disillusioned and the desperate, even in their own countries.«

In the process of improving the human environment, two ideas will be helpful. The first is that highly innovative reforms should be carried out on an experimental basis. Introducing a reform on a small scale, with careful arrangements for determining both its positive and negative effects, is the prudent way to learn from experience. Applying the sientific method to reform is not cold-hearted. It protects us from doing harm when we mean to do good. However, the experimental approach can lead one down the slippery path of inertia if a successful experiment is regarded as the final achievement. A success must be built upon with all possible speed.

The other idea is the setting of goals against which the progress of reform can be measured. Measurement of progress is an antidote to inertia. *Terris* emphasizes the importance of establishing goals that specify not only what is to be achieved but when it is to be achieved.

Gesundheit und Umwelt

Edward J. Dehné (Carson City)

Den Titel seiner Arbeit (»Creating Health«) wählte der Autor nach einer vor zehn Jahren erschienenen Untersuchung, die heute noch gesundheitspolitisch wirksam ist. Er kritisiert deren Empfehlungen sowie darauf basierende politische Entscheidungen, da sie die Umwelt als wichtigsten Faktor nicht angemessen berücksichtigt haben: die Beeinträchtigung der Umwelt wirkt sich auf die Humanbiologie, den Lebensstil und das Gesundheitswesen gleichermaßen aus.

Im folgenden diskutiert *Dehné* einige der Faktoren, die verändert werden müssen, um eine Verbesserung der Gesundheit zu erreichen.

Er wendet sich zunächst dem Thema der Gewalt zu: Gewalt in Form von

Verkehrs- und Arbeitsunfällen, die eben nicht Zufälle seien, sondern verursacht würden durch gefährliche Umweltbedingungen, die die Gesellschaft toleriere. Hierzu gehöre auch die Gewaltkriminalität in den großen Städten, deren Täter oft selber Opfer zunehmender Bindungslosigkeit seien. Schließlich trage die Luft- und Wasserverschmutzung zur Gefährdung von Umwelt wie Gesundheit bei.

Dem Autor ist es wichtig, aufzuzeigen, daß nicht nur in der Dritten Welt ein Mangel an lebensnotwendigen Gütern wie Essen, Kleidung und Wohnung besteht, sondern im Zuge der Wirtschaftsrezession auch eine große Anzahl von Arbeitslosen in den Industrienationen ohne angemessene Ernährung und Wohnungen leben müssen. Eine an Kalorien, Vitaminen und Mineralstoffen ungenügende Ernährung beeinträchtigt nicht nur das Wachstum und die Widerstandskraft gegen Infektionen; eine Mangelernährung in früher Kindheit verursacht eine nicht rückgängig zu machende Verzögerung der intellektuellen Entwicklung. Es ist deutlich, daß die Lebens- und Wohnbedingungen in den Slums ständig starke gesundheitliche Probleme nach sich ziehen.

Jenseits des für die Aufrechterhaltung des Lebens absolut Notwendigen sind aber auch angenehme und anregende visuelle und akustische Eindrücke für das optimale Funktionieren von Körper und Geist unerläßlich. Das kommerziellen Zielen unterworfene Fernsehprogramm trägt wenig zur intellektuellen und emotionalen Bereicherung in der Freizeit bei. Viele Menschen arbeiten und leben in eintönigen, der Natur entfremdeten Gebäuden, die ihrem Bedürfnis nach Schönheit in keinster Weise gerecht werden.

Ein weiterer bedeutender, die Gesundheit negativ beeinflussender Faktor sind unbefriedigende, depersonalisierende und belastende Arbeitssituationen. Für viele Menschen bietet ihre Arbeit keine kreative Befriedigung mehr. Schichtarbeit, die den natürlichen circadianen Rhythmus unterbricht, sowie die ständige Drohung der Arbeitslosigkeit stellen weitere Belastungen dar. Ein Leben zwischen unbefriedigender Arbeit und Arbeitslosigkeit führt zum Gefühl der Sinnlosigkeit.

Der Mensch als ein Gemeinschaftswesen hat das natürliche Bedürfnis, Zuwendung und Hilfe zu geben wie auch zu empfangen und sich mit seinesgleichen auszutauschen. Isolierte Menschen mit ungenügender sozialer Unterstützung werden signifikant häufiger krank. Dies trifft auf besondere Weise auf ethnische Minderheiten zu, die, oft am Rande der Gesellschaft lebend, Gefühle der Entfremdung entwickeln.

Alle die bisher beschriebenen, gesundheitsschädigenden Einflüsse kumulieren sich im Falle chronischer Armut, die wie eine ständige Giftinjektion jeglichen Lebenswillen zerstört.

Der Autor wendet sich nun der Beziehung zwischen der Umwelt und anderen Faktoren zu: der Humanbiologie, dem Lebensstil und der Gesundheitsfürsorge. Er betont den subtilen, aber bedeutenden schädigenden Einfluß von umweltbedingten Streßfaktoren auf die wichtigsten Steuerungssysteme des menschlichen Körpers — das Zentrale Nervensystem und die endokrinen

Drüsen. Sie erhöhen die Anfälligkeit sowohl für körperliche als auch für seelische Krankheiten.

Zu einem gesunden Lebensstil gehören Wissen, Wille und bestimmte Voraussetzungen, um diesen entwickeln zu können. So sei es nicht zufällig, daß Fabrikarbeiter unter den Bedingungen von Schicht- und Akkordarbeit am häufigsten zu ungesunden Gewohnheiten wie überhöhtem Alkohol- und Tabakkonsum Zuflucht nehmen.

Der Autor kritisiert schließlich die schlechtere medizinische Versorgung — vor allem im Bereich der Präventiv-Medizin — der schwarzen und armen Bevölkerung.

Er gibt zu bedenken, daß sich die gesundheitsschädigenden Auswirkungen negativer Umwelteinflüsse kumulieren im Sinne eines sich multiplizierenden Effekts, der über Generationen hinweg anhält.

Entsprechend seiner Einschätzung der Wichtigkeit der Umweltfaktoren für die Aufrechterhaltung der Gesundheit gibt der Autor im letzten Teil seiner Arbeit die dringende Empfehlung, die ungesunde, krankmachende Umwelt kontinuierlich und konstruktiv in Angriff zu nehmen, anstatt sie passiv hinzunehmen und sich ihr anzupassen. Er wendet sich gegen den Trend politischer Gremien, die Last der Verantwortung für seine Gesundheit einseitig dem einzelnen Individuum aufzubürden. Schlechte, gesundheitsschädigende Lebensgewohnheiten, die im übrigen nur einen Teil der gesundheitlichen Belastung ausmachen, kann der Einzelne nicht allein aus eigener Kraft überwinden sondern nur innerhalb eines Milieus, das ihm keine körperlichen und psychischen Schäden zufügt.

Literature at the author

Author's Address:
Edward J. Dehné, M.D.
250 Tahoe Drive
Carson City, Nevada
USA

Selbstmord und Alkoholismus als Regressionsphänomene — Therapeutische Konsequenzen*****

János Szilárd*, Beáta Temesváry**, Ilona Dobranovica***, Eva Katona (Szeged)****

Die Autoren diskutieren in der vorliegenden Arbeit die in der klinischen psychiatrischen Praxis häufig anzutreffende Verknüpfung von Alkoholismus und Suizid anhand einer ausführlichen Literaturanalyse zu diesem Themenkomplex sowie anhand eigener statistischer Erhebungen in der psychiatrischen Universitätsklinik Szeged.
In der kritischen Würdigung der biochemischen, psychologischen und soziologischen Erklärungsansätze lehnen sie einseitige biochemische Ansätze ab und betonen die Notwendigkeit, den Menschen in Gesundheit und Krankheit als bio-psycho-soziale Einheit ganzheitlich zu erfassen. Konsequenterweise kritisieren sie auf diesem Hintergrund auch die orthodoxen triebtheoretischen Interpretationen von Sucht und Selbstmord als orale Regression bzw. Ausdruck eines angeborenen Todestriebes (Freud) als monokausal und betonen — unter Bezugnahme auf Ammons psycho- und gruppendynamisches Verständnis der psychischen Erkrankung — die Bedeutung der Persönlichkeitsstruktur des Kranken im Zusammenhang mit seiner gruppendynamischen Umgebung und den sozialenergetischen Austauschprozessen, die Leben und Entwicklung des Menschen ermöglichen. Sie sehen in der Alkoholsucht und im Suizid einen Rückzug von den Anforderungen der umgebenden Gruppen, denen sich der Kranke aufgrund seines niedrigen Selbstwertgefühls und seiner extrem niedrigen Frustrationstoleranz nicht gewachsen fühlt, ein Ausdruck seines defizitären und destruktiven Narzißmus (vgl. Ammon). Die im Alkoholabusus und Suizid offenbarte destruktive Aggression (Ammon) richtet sich gegen ein internalisiertes, ambivalent geliebtes Wesen.
Die Autoren lehnen in ihrem ganzheitlichen, prozeßhaften Verständnis der beiden Krankheitsbilder jede biochemische, symptomorientierte Therapie als antihumanistisch und unwissenschaftlich ab und fordern stattdessen eine differenzierte, methodenintegrative, langfristig orientierte Psychotherapie, die vor allem die konstruktiven Potentiale des Patienten, seine Begabungen und Fähigkeiten, seine Interessen einschließt, und Ich-Stärkung und Persönlichkeitsentwicklung zum Ziel hat, wobei der Patient lernen soll, sich selbst realistisch einzuschätzen und mit den Frustrationen und Problemen im Kontakt mit den Menschen in den umgebenden Gruppen fertigzuwerden, was nicht nur eine psychotherapeutische, sondern auch eine pädagogische Aufgabe darstellt. Hierzu sind nach Ansicht der Autoren innerhalb des Spektrums der therapeutischen Methoden besonders Gruppen- und Milieutherapie geeignet, wegen ihres großen sozialenergetischen Potentials.

Federn sagt: »Zwei Sorten von Menschen sind es, die sich umbringen: die Depressiven, sie trauern um das Verlorene und die Süchtigen, sie trauern um

* Prof. Dr. med., Direktor der neuropsychiatrischen Abteilung der Medizinischen Universität Szeged/Ungarn, Präsident der Ungarischen Psychiatrischen Gesellschaft
** Dr. med., Psychiaterin, Mitarbeiterin an der neuropsychiatrischen Abteilung der Medizinischen Universität Szeged/Ungarn
*** Mitarbeiterin an der neuropsychiatrischen Abteilung der Medizinischen Universität Szeged
**** Mitarbeiterin an der neuropsychiatrischen Abteilung der Medizinischen Universität Szeged
***** Vortrag gehalten auf dem 2. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP/XV. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 11. bis 16.12.1983 im Kongreßzentrum München

das nicht zu Gewinnende«.

Es gibt kaum eine psychiatrische Frage, bzw. Krankheit, welche die öffentliche Meinung mehr beschäftigte, und zu so emotional gefärbten Stellungnahmen veranlaßte, wie der Selbstmord und der Alkoholismus. Beide Phänomene fordern zur Stellungnahme heraus, weil ihre Folgen sich nicht auf den Kranken beschränken, sondern auch seine engere oder weitere Umgebung beeinflussen bis hin zur »Ansteckung«: Selbstmörder und Alkoholiker bieten ein Beispiel, ziehen auch andere in ihren Bann, wirken zerstörerisch.

Die sehr problematische Lage Ungarns ist — hinsichtlich des Suizids und Alkoholismus — wohlbekannt. Bekanntlich gehören wir, was die Selbstmordziffern betrifft, zu den führenden »Großmächten« der Welt, die Zahl der infolge Selbstmordes Gestorbenen überschreitet 5 000 Personen pro Jahr, und wenn wir auch nur die bescheidensten Schätzungen bezüglich der Alkoholiker berücksichtigen sind es wenigstens 280 000 Personen. Verständlich ist es, daß in dem 10,7 Millionen Einwohner zählenden Ungarn kaum jemand existiert, der mit diesen Problemen nicht hautnah in Berührung kommt. Innerhalb Ungarns zeigen der Selbstmord und der Alkoholismus eine eigentümliche territoriale Verteilung: in den vergangenen Jahrzehnten hielten unser Bezirk und der nördlich davon liegende Bezirk Bács im Suizid wie im Alkoholismus den Rekord.

Diese alarmierende Entwicklung hat uns veranlaßt, uns eingehender mit beiden Problemen auseinanderzusetzen. Zunächst möchten wir die in der klinischen Praxis zu beobachtende enge Verwobenheit beider Krankheitsbilder durch statistisches Datenmaterial belegen, um dann in die Diskussion psychodynamischer Zusammmenhänge zwischen Alkoholismus und Suizid einzusteigen.

Nach *Feuerlein* (1975) können zwischen Sucht und Selbstmord verschiedene Zusammenhänge bestehen: so gibt es sowohl

a) Selbstmorde von Suchtkranken, die auch während des Selbstmordes unter Alkohol bzw. Suchteinfluß stehen, als auch

b) Selbstmorde von Suchtkranken, ohne aktuelle Suchteinwirkung und schließlich

c) Selbstmorde von nicht Suchtkranken, die während ihrer Tat unter Alkoholwirkung stehen.

Der Alkohol kann aber auch indirekt die Neigung zum Selbstmord beeinflussen: 60 % der von uns untersuchten weiblichen Patienten erklärten ihren Suizidversuch mit intrafamiliären Konflikten, in 70 % derselben war die »akute« Ursache das regelmäßige Trinken des Ehegatten.

Viele Autoren betonen, daß nach der Leberzirrhose die häufigste Ursache des Todes der Alkoholiker der Selbstmord ist. *Gabriel* (1931) fand einen Prozentsatz von 21 %, *Dahlgreen* (1945) von 20 %. *Nøorvig* und *Nielsen* 7,5 %, *Rushing* (1969) von 7—21 %.

Schon seit *Caspers* (1925) ist es eine häufig gemachte Beobachtung in der Psychiatrie, daß der Alkoholismus auch hinsichtlich des Selbstmordes einen be-

sonders großen Risikofaktor bedeutet. Dieser Zusammenhang ist von verschiedenen Autoren auf verschiedene Weise interpretiert worden.

Nach *Beck* und *Ringel* kann der Alkoholismus innerhalb der pathologischen Dynamik des Selbstmordes zweierlei Rollen spielen: der unerwartet vorkommende abreaktive Selbstmord hängt mit der Erhöhung des Blutalkoholspiegels zusammen. Der sogenannte depressive Selbstmord kommt im Katzenjammer vor nach Alkoholabusus (nach *Beck, Ringel, Rotter*). Schon *Bleuler* schrieb über die Alkoholmelancholie. Andere Autoren weisen auf die psychopathologische Ähnlichkeit der beiden Syndrome hin. Nicht nur die klassische *Menninger*'sche Konzeption, die in dem Alkoholismus einen protrahierten Selbstmord sieht, sondern mehrere verschiedene, inhaltlich sich deckende, Selbstmord- und Alkoholismustheorien geben — oft implizit — dieselbe Erklärung dieser zwei Erscheinungen; das ist der Grund dafür, daß wir diese Phänomene und ihre Erklärungen auch nicht voneinander getrennt diskutieren.

Das »Rätsel« des Selbstmordes und des Alkoholismus versuchen Tausende von Forschern zu lösen. Viele Theorien sind bekannt über den zu Trinksucht oder Selbstmord führenden Weg, sowie über die zugrundeliegende Persönlichkeitsstruktur. Obwohl bereits viele psychiatrische und psychologische Theorien zur Genese der Suchtkrankheiten und des Suizids existieren, haben doch die analytisch orientierten Forscher den tiefsten verstehenden Zugang zu diesen Fragen gefunden.

Um die angedeuteten Zusammenhänge zwischen Alkoholismus, Sucht und Suizid untersuchen zu können, wollen wir im folgenden beide Phänomene für sich eingehender beleuchten. Zunächst sollen die wichtigsten psychoanalytischen Theorien zur Alkoholismus- und Suchtproblematik kurz referiert werden.

Feuerlein faßt die analytischen Suchttheorien — etwas vereinfachend, aber prinzipiell richtig — so zusammen: »Ausgangspunkt der psychoanalytischen Sucht-Theorien ist die Annahme, daß sich die süchtige Fehlhaltung auf dem Lust-Unlust-Prinzip aufbaut. Spannung erzeugt Unlust, Spannungsreduktion Lust. . . . Der Alkohol bringt eine Erleichterung durch direkte orale Befriedigung und außerdem durch eine pharmakologisch bedingte euphorisierende Wirkung, die in ihrer letzten Steigerung als »pharmakogener Orgasmus« bezeichnet wurde. . . . Der Alkoholiker ist durch eine Fixation bzw. Regression auf eine orale Stufe gekennzeichnet, was als Folge einer frühen emotionellen Störung und Entfremdung aufgefaßt wird« (*Feuerlein*).

Freud und *Abraham* haben über den Zusammenhang zwischen Drogenkonsum bzw. Alkoholismus und Sexualität geschrieben. *Ferenczi* sieht den Alkoholismus als Folge einer Neurose. Er betont die homosexuell-narzißtische Fixierung der Libido. Es wäre eine Simplifizierung, den Alkoholismus — wenn auch die euphorisierende Wirkung des Alkohols schon seit Jahrtausenden bekannt ist — einfach auf das Lustprinzip bzw. den mit ihm verbundenen Sexualtrieb zurückzuführen und den Selbstmord(versuch), dessen Ziel häufig,

aber nicht immer der Tod ist, auf den Todestrieb. Vielmehr ist die selbstzerstörerische Aggression ein Dreh- und Angelpunkt beider Krankheitsbilder.

Schon *Glover* sah z.B. im Drogenmißbrauch eine Ausdehnung der aggressiven Triebe. Die klassische analytische Theorie betrachtet die Selbstmordhandlung als Ausdruck der Wendung von Aggression gegen die eigene Person, als die Lösung eines Aggressionskonfliktes. »Kein Neurotiker verspürt Selbstmordabsichten, der solche nicht von einem Mordimpuls gegen Andere auf sich zurückwendet« schrieb *Freud.* Das Objekt wird also im Selbst ermordet, das Selbst sühnt seine Schuld durch den Tod (*Henseler*). Schon bei der Theorie von *Abraham* erscheint die Regressionsproblematik: orale Regression mit der Phantasie, sich das verlorene Objekt einzuverleiben (*Abraham* 1924). *Menninger* (1938) überträgt die Todestriebtheorie *Freuds* auf die Suizidproblematik. Seiner Meinung nach ist die Suizidhandlung Ausdruck einer regressiven Entmischung von libidinösen und destruktiven Trieben, wobei die letzteren das Übergewicht bekommen.

Ammon, der mit seinem Aggressionskonzept das triebpsychologische Denken und damit auch die Vorstellung eines Todestriebes endgültig verlassen hat, betont dagegen den interpersonellen Charakter des Suizid-Geschehens:

»Die klinische Erfahrung einer psychoanalytisch orientierten Psychiatrie zeigt immer wieder, daß der Selbstmord oder Selbstmordversuch nicht aus einem angeborenen Todestrieb entspringt, sondern ein letzter Versuch der Kommunikation, ein letzter Ruf nach Hilfe und Verständnis ist. Die hierbei freiwerdende Destruktion richtet sich in der Regel gegen ein verinnerlichtes, ambivalent geliebtes Wesen. Der Selbstmörder sieht keinen anderen Ausweg, sich von diesem Objekt zu befreien.«

Unserer Meinung nach, die wir in mehreren Diskussionen über die philosophische Seite des psychiatrischen Krankheitsbegriffs vertreten haben, muß der Mensch, und gerade auch der psychisch kranke Mensch, als eine bio-psycho-soziale Einheit betrachtet werden (*Szilárd, Temesváry* 1983). Auch solche Grenzfragen der Psychiatrie, wie der Alkoholismus und Selbstmord, verlangen diese Einstellung. Schon *Gaupp* äußerte die Meinung, daß der Selbstmord ein biologisches, soziales und psychologisches Problem sei. *Ammon* wies darauf hin, daß die Abhängigkeit nicht durch biochemische Ursachen determiniert wird, sondern »die zerstörerische Wirkung, welche die Droge entfalten kann, ihre Ursache vielmehr in der sozialen Situation und in der psychischen Disposition der Konsumenten selbst und der Gruppe, zu der sie gehören« hat.

Viele Autoren vertreten die Auffassung, daß das Wesen der Sucht weniger an das Suchtmittel gebunden sei, als vielmehr an Bedingungen, die in der Person des Süchtigen liegen. Eine ähnliche Meinung vertritt auch *Ringel,* der *Fenichels* Auffassung aufgreift, nach der bei der Ausbildung der Sucht die prämorbide Persönlichkeit eine entscheidende Rolle spielt: »Der Selbstmord ist keine bloße Reaktion auf irgendwelche Schwierigkeiten und Umstände, sondern er ist vielmehr der Abschluß einer allmählich sich entwickelnden und steigernden Verhaltensweise der gesamten Persönlichkeit« (*Ringel*).

Was für Persönlichkeitseigenschaften besitzen der Alkoholiker und der Selbstmörder?

I. Nach *Kurt Schneider* sind die Suchtkranken selbstunsicher, stimmungslabil, depressiv. Nicht nur psychoanalytische Autoren, sondern auch manche Alkohologen lenken die Aufmerksamkeit darauf, daß die Alkoholiker eine niedrige Frustrationstoleranz haben, weswegen die emotionale Spannung für sie unerträglich ist (*Rosenberg, Buttsworth). Ringel* schreibt: »Die Psychoanalyse sieht den süchtigen Charakter durch zwei Faktoren gekennzeichnet:

1.) Durch ein triebhaft gesteigertes übermäßiges Lustverlangen (dabei spielt die homosexuelle Komponente eine große Rolle).

2.) Durch ausgeprägte Ich-Schwäche, entstanden infolge zu früher oder zu später Entwöhnung von der unbeschränkten Lustbefriedigung.« Beide Faktoren entsprechen einer neurotischen Entwicklung und so ist die Psychoanalyse auch der Ansicht, daß sich hinter der Sucht oftmals eine Neurose verbirgt.

Nach den narzißtischen Theorien sind für Alkoholiker typisch: (*Kohut, Feuerlein*):

— ihre extrem niedrige Frustrationstoleranz
— ihre Riesenansprüche
— die Neigung der Alkoholiker zu Abhängigkeit und Passivität

Rauchfleisch fand bei Alkoholikern:

— unreflektierte, passive Affektlabilität:
— Aversionen gegen emotional ansprechende Situationen
— dysphorische Erlebnisinhalte
— zentrale orale Fixierung und kompromißloses Schwanken zwischen ungesteuerter Befriedigung der durchbrechenden Es-Impulse und einseitiger Erfüllung der versagenden Über-Ich-Forderung. Die letztgenannten Charakteristika seien typisch für die Suchtpersönlichkeit, im Gegensatz zur neurotischen Fehlentwicklung.

Nach *Fenichel* sind die Suchtkranken nicht in der Lage, mit Spannungen fertig zu werden. »Sie können weder Schmerzen, noch Frustrationen, noch Situationen ertragen, in denen sie warten müssen. Sie nehmen jede Gelegenheit zu einer Flucht bereitwillig wahr, und können die Wirkung eines Rauschmittels als viel befriedigender erfahren, als die Situation, die durch das Auftreten von Schmerz oder Frustration unterbrochen wurde. . . Die Realität hat, da sie von keinem sexuellen Interesse mehr ist, überhaupt kein Interesse, soweit sie nicht die Erreichung des Giftgenusses beeinflußt; schließlich kann die gesamte Realität nur mehr in der Spritze repräsentiert sein, der gegenüber alles andere nebensächlich wird. Die genitale Organisation löst sich auf, eine großartige Regression setzt ein, je nach den verschiedenen Fixierungspunkten kommen verschiedene Gebiete der infantilen Sexualität, Ödipus-Komplex, infantile Onanie-Konflikte und praegenitale Regungen wieder in den Vordergrund«.

Für *Ammon* dagegen ist die Beziehungsebene entscheidend:

»In der heutigen Gesellschaft scheint das Hauptproblem nicht mehr der

Ödipus-Komplex zu sein, wie ihn *Freud* beobachten konnte, sondern hat in präödipalen Störungen in der Objektbeziehung mit der Mutter seine Wurzeln. Bei der heutigen Jugend herrscht Depression als klinisches Bild vor, der ein Objektverlust auf präödipaler Stufe zugrunde liegt.«

II. *Ringel* fand bei Selbstmördern neurotische Persönlichkeitsmerkmale, wie:

— Hypersensibilität
— Unbeständigkeit und ständiges Schwanken
— krankhafter Ehrgeiz und ausgesprochene Herrschsucht
— Minderwertigkeitsgefühl und gesteigertes Geltungsbedürfnis
— Affektlabilität
— verstärkte Suggestibilität
— Zeichen von Gehemmtheit, Passivität
— Erscheinungen, die früher in das Gebiet der Neurasthenie eingereiht wurden.

Ringel meint, daß die selben Ursachen zum Alkoholismus und zum Selbstmord führen. »Das präsuizidale Syndrom läßt sich bei den meisten Alkoholikern zeigen«.

Viele Autoren führen die Psychogenese der Sucht auf orale Fixierungen zurück (*Freud, Fenichel, Glover, Kutter,* u.a.). Bei oralen Fixierungen sind wirtschaftliche und emotionale Abhängigkeiten typisch. Die Oralität bedeutet eine passive Persönlichkeit, die nach Gratifikation strebt.

Lürssen (1974) stellte »nicht so sehr die Befriedigung durch das Suchtmittel, sondern die Herabsetzung der unerträglichen inneren Spannung in den Mittelpunkt ihrer Betrachtung. Zusammengefaßt kann man sagen, daß der Süchtige in seinen unbewußten Phantasien nicht so sehr das Paradies mit den Möglichkeiten einer vollkommenen Triebbefriedigung anstrebt, sondern eigentlich das Nirvana, das Nichts sucht, wo alle Triebspannungen aufgehoben sind. Ja, die Herabsetzung der unerträglichen inneren Spannung. . .« Bei diesem Punkt treffen sich wieder die Psychodynamik des Alkoholikers und des Selbstmörders. Beide kann man nämlich als eine paradoxe Form der Lustbefriedigung bzw. der Herabsetzung der Unlust betrachten. Nach *Feuerlein,* der *Lürssen* rezipiert hat, kann man die Anwendung der Suchtmittel auch als einen mißlungenen Therapieversuch auffassen, der unternommen wird, um die Gefahr einer Desintegration des Selbst abzuwenden, die wegen der Ich-Defekte droht. Die Fixierung oder Regression zielt auf einen frühen Zustand der Schmerzverarbeitung, wo in infantiler Abhängigkeit alle Hilfe von außen erwartet wird.

Manche Autoren meinen, daß der Alkohol bei den Alkoholikern als ein Konfliktlösungsmittel eine Rolle spielt (*Fred* 1968). Nach *Adler* ist eine solche Wendung zum Alkoholismus häufig, und versteht sich — ebenso wie Faulheit, Verbrechen, Neurose, Psychose und Selbstmord — als die Ausreisserei haltloser Ehrgeizlinge vor der erwarteten Niederlage und als Revolte gegen die Forderungen der Gemeinschaft«. Nach *Glover* erfüllt die Sucht noch eine weitere Funktion: sie ist »der Schutz gegen psychotische Ängste und Reaktionen«. *Ringel* und *Rotter* glauben, daß der Alkohol ein Mittel sei, un-

verdrängte suizidale Tendenzen zu bannen. Die orale Regression kann als eine Art der Selbstheilung aufgefaßt werden, aber diese Selbstheilung kann — durch einen circulus vitiosus — auch tödlich sein.

Kohut analysiert die gestörten, narzißtischen Persönlichkeiten, die ein kohärentes Größen-Selbst, und kohärente idealisierte archaische Selbst-Objekte errichtet haben,« . . . wo echte Objektbeziehungen nicht entwickelt worden sind.« Er spricht von einem »grandiosen Selbst« (eine narzißtische Variante des Selbst) mit einer narzißtischen Verwundbarkeit. »Sie äußert sich darin, daß der Betreffende zwischen zwei entgegengesetzten Gefühlen hin und her schwankt, nämlich zwischen dem Gefühl Allmacht und den phantastischen Identifikationen mit einem Idealobjekt«. Im Rahmen seines Narzißmuskonzeptes sieht *Kohut* eine narzißtische Persönlichkeitsstörung als Grundlage der Sucht. »Dieser Defekt in der psychischen Struktur resultiert aus den mangelhaft mit Libidoquantitäten besetzten Selbst- und Objektpräsentanzen«. Die Affekte, die mit den Gefühlen der Selbstachtung und mit den menschlichen Beziehungen zusammenhängen, bleiben auch bei *Kohut* im Grunde intrapsychische Triebabkömmlinge, schreibt *Röhling*, ein Schüler *Ammons*, in einer kritischen Würdigung des *Kohut*schen Narzißmuskonzepts (1979).

Henseler nach »verarbeitet ein Suizidaler Kränkungen durch die regressiven Mechanismen der Verleugnung und der Idealisierung. Die Süchtigen sind — wie die Selbstmörder — oft von depressiver Struktur mit mangelndem Selbstwertgefühl. Sie sind nicht in der Lage, den Anforderungen der realen Welt aktiv gegenüberzutreten. Sie ziehen sich in eine illusionäre Wunschwelt mit nostalgischen Phantasien zurück, was oft mit einer Bequemlichkeitshaltung verbunden ist.«

Ein zusammenfassender Vergleich der in der Literatur gefundenen Persönlichkeitsprofile von Alkoholikern und Selbstmördern zeigt, daß beiden Gruppen folgende Persönlichkeitsmerkmale gemeinsam sind: eine Gefühlslabilität bei vorherrschender Depression, starke Minderwertigkeitsgefühle gepaart mit Riesenansprüchen, Abhängigkeit und Passivität, die Unfähigkeit, sich realen Anforderungen durch eigenverantwortliches Handeln zu stellen, so daß als Mittel der »Konfliktlösung« nur die Flucht in die Sucht bzw. in den Tod als einen Zustand jenseits aller Spannungen und schmerzhaften Erfahrungen bleibt.

Im letzten Teil unserer Arbeit wenden wir uns nun wieder, am Beispiel unseres Bezirks, der klinischen Empirie zu.

III. Wie schon zu Beginn erwähnt, steht in Ungarn in den letzten Jahren fast immer unser Bezirk an der Spitze der Selbstmordstatistik, und die Zahlen der Alkoholiker, der alkoholischen Psychosen bzw. des Delirs sind auch extrem gewachsen. Wir möchten die Aufmerksamkeit auf die intraterritoriale Verteilung des Selbstmords und Delirs in unserem Bezirk lenken, wobei wir uns vor einer simplifizierenden Darstellung des Zusammenhangs zwischen Selbstmord und Alkoholismus hüten wollen.

Was die tödlich endenden Selbstmorde betrifft, zeigt die Stadt Szeged eine niedrigere Quote als der Landesdurchschnitt, gleichzeitig weisen aber einige

kleinere Dörfer in dem Aufnahmegebiet der Szegediner Gesundheitsinstitutionen einen tragischen Weltrekord auf. Seit 1978 beträgt die Zahl der jährlich wegen Suizidversuch eingelieferten Personen durchschnittlich 450 pro Jahr. Die Stadt und der dazugehörige Kreis hat 260 000 Einwohner.

Das suizidologische Team unserer Klinik fand in einer zwischen 1978 und 1980 aufgenommenen Gruppe von 200 Personen, die den Freitod versucht hatten, in 15 Fällen (7,5 %) chronischen Alkoholismus. Es muß betont werden, daß diejenigen Patienten, bei denen der Suizid nur ein »sekundäres« Geschehen war, und im Vordergrund schwere alkoholische Bewußtseinsstörungen oder schwere alkoholische Intoxikationen standen, von der alkohologischen Abteilung des Krankenhauses, also in einem anderen Institut, versorgt wurden. Die Untersuchungen unseres Teams im Jahre 1979 ergaben in 34 % von 128 freiwillig erschienenen Personen Alkoholgenuß unmittelbar vor dem Suizid; 26 % davon waren Gewohnheitstrinker.

Unseren Beobachtungen nach ist in unserem Gebiet die Prozentzahl der mit »harten« Methoden begangenen Suizidversuche relativ hoch: Von den zwischen 1978 und 1980 eingelieferten Personen hatten 28.2 % (118 Personen) den Versuch mit drastischen Methoden unternommen, und ähnliche Beobachtungen liegen auch in anderen Weingebieten Ungarns vor.

Ein Zusammenhang zwischen Suizid und Alkoholismus besteht unserer Meinung nach in vier Hauptgebieten:

1.) Bei beiden Entitäten, die man »medizinisch« als psychopathologische Syndrome, »soziologisch« als deviante Verhaltensformen bezeichnen kann, und die soziologisch, psychologisch und biologisch vielseitig determiniert sind, steht im Mittelpunkt eine falsche Reaktionsweise bzw. fehlende Problemlösungsfähigkeit, bei deren Genese die psychosozialen Faktoren von überragender Wichtigkeit sind. Wir stimmen mit jenen Autoren überein, die eine Ähnlichkeit zwischen der Fehlentwicklung der Persönlichkeit der Alkoholiker und der Selbstmörder hypostasieren (*Feuerlein, Ringel, Kohut, Henseler*).

2.) Bei beiden Erscheinungen spielt die Störung, bzw. die Unbefriedigtheit des emotionalen Lebens gewöhnlich eine große Rolle. Bei Patienten, die wegen alltäglichem Alkoholmißbrauch in der Szegediner Detoxikationsabteilung eingeliefert waren, waren in 50 % der Fälle emotionale Störungen — in weiterem Sinne ein Krisenzustand — festzustellen.

3.) Wie alleinstehende Menschen, wie manche Krankengruppen, sind die Alkoholiker für einen Selbstmord wegen ihres körperlichen und sozialen Verfalls und wegen des Durchlebens dieses Rückentwicklungsprozesses besonders gefährdet.

4.) Die indirekte Wirkung des Alkoholikers auf seine Familie vergrößert die emotionalen Störungen und die sozialen mitmenschlichen Schwierigkeiten. Dadurch ist verstehbar, daß bei Nichtalkoholikern, die aber unter der Nähe eines Alkoholikers leiden müssen, Selbstmord als eine »Lösung« eines unlösbaren Zustandes sehr oft vorkommt.

Lassen Sie uns abschließend zur Therapie des Alkoholkranken und des sui-

zidalen Patienten einige Essentials darlegen:
1. Es geht um die therapeutische Bearbeitung des defizitären und destruktiven Narzißmus. Nach *Ammon* beinhaltet »der konstruktive Narzißmus die Fähigkeit, mit dem eigenen Unbewußten, mit den eigenen Ich-Funktionen liebevoll umzugehen: Sie bedeutet eine nicht privatistische Form der Selbstliebe. Bei destruktivem und defizitärem Narzißmus bildet sich eine dauernde Abhängigkeit des nur rudimentär entwickelten Ichs von narzißtischer Zufuhr von außen. Die fehlende Ich-Energie muß permanent von außen zugeführt werden, ansonsten droht die psychische Desintegration. Diese Menschen haben dauernd das Gefühl, daß sie alles unerhört anstrengt, was sie tun, alles unendlich langsam vonstatten geht, was sie erreichen wollen, die geringsten Realitätsanforderungen zehren viel der minimalen Ich-eigenen Energie auf«.
2. Des weiteren geht es um die Bearbeitung der destruktiven Aggression: »Die destruktive Aggression besteht fast immer gegenüber den Eltern, sie ist daher mit Schuldgefühlen besetzt und beschwört damit automatisch eine Selbstbestrafung herauf. Hier liegt zweifellos die gemeinsame Wurzel aller Formen der Selbstbestrafung. Ich erwähne als Beispiel die psychosomatischen Erkrankungen, die Sucht, die Tendenz zu Unfällen«.
3. Schließlich ist es wichtig, sich mit den konstruktiven Seiten des Patienten zu verbünden: »Zentral in der therapeutischen Arbeit ist, die Besonderheit der Persönlichkeit des Patienten, seine Begabung, Interessen und Fähigkeiten einzubeziehen. Gerade die konstruktiven Ich-Funktionen des Leidenden bedürfen sozialenergetischer Betrachtung, dienen als Kontaktbrücke und Identitätsangebote« (*Ammon*).

Folgende Konsequenzen aus unserem Verständnis der Persönlichkeitsstruktur von Suchtkranken und suizidalen Patienten sowie aus unserer therapeutischen Arbeit möchten wir an den Schluß unserer Ausführungen stellen:
1. Die auf die somatischen Symptome beschränkten sogenannten klassischen Therapieverfahren in der Behandlung der Alkoholiker sind nicht nur antihumanistisch, sondern auch unwissenschaftlich.
2. Die Behandlung, bzw. die Prävention der Suchtkrankheiten sowie der Suizidalität kann nur durch eine langfristige, differenzierte und vielseitige, die psychologischen und psychopathologischen Gesetzmäßigkeiten nicht außer acht lassende Zusammenarbeit mit dem Patienten erfolgreich werden, wobei die zielbewußte Förderung einer nachholenden Entwicklung der zum mitmenschlichen Zusammenleben notwendigen verschiedenen Persönlichkeitseigenschaften einen zentralen Stellenwert einnimmt. Diese Tätigkeit ist aber nicht nur eine medizinische oder psychotherapeutische Aufgabe; vielmehr ist sie in großem Maße eine erzieherische Arbeit, die dem Patienten helfen soll, mit Frustrationen, Konflikten und alltäglichen Schwierigkeiten umzugehen und eine reale Selbsteinschätzung zu entwickeln. Hierzu sind innerhalb des Spektrums der therapeutischen Methoden besonders Gruppen- und Milieutherapie, wie sie in der Dynamischen Psychiatrie angewandt werden, geeignet, aufgrund ihres großen sozialenergetischen Potentials.

Suicide and Alcoholism as Regression Phenomena — Therapeutic Consequences

János Szilárd, Beáta Temesváry, Ilona Dobranovica, Éva Katona (Szeged)

In the present paper the authors deal with the relationship between suicides and suicide attempts and alcoholism which can often be observed in the clinical psychiatry. They quote statistical data from Hungary verifying suicide as the second frequent cause of death after liver cirrhosis among alcohol addicts and underlining the role of alcohol in suicides as an influence which promotes the pathological dynamics (*Beck* 1976; *Ringel* 1953, 1979). In their own empirical research in their psychiatric clinic they found out that 34 % of the patients had drunk alcohol before the suicide attempt, 26 % of the latter were habitual alcoholics.

On the phenomenological level both groups of patients or — to be more precise — the patients belonging to the two clinical pictures — have a large number of character traits in common (cf. *Ringel* 1979): a low frustration tolerance, hypersensitivity, affect lability, inferiority feelings, an increased need to assert oneself, an increased ambition and desire for domination as well as marked homosexual tendencies.

In the discussion of the psychodynamics of both clinical pictures they reject the causal interpretation of the classical psychoanalytic theory of addiction (*Freud, Abraham, Ferenczi*) which consider alcoholism as an oral drive satisfaction where the alcoholic has undergone a regression to an oral stage of development. Likewise they reject the interpretation of suicide as an expression of the inborn death drive which is turned from the killing-impulse against others towards the own person (*Freud*) and as regressive dissolution of the mixture of libidinous and destructive drives (*Menninger* 1938).

The authors agree with *Ammon* in the concept which considers suicide not as expression of the death drive, but as last attempt of communication, where the released destructive aggression is turned against an internalized object being loved ambivalently. Underlining the necessity to consider man in health and illness as a bio-psycho-social unity (*Szilárd* and *Temesvary* 1983) the authors postulate that sucide and alcoholism have to be seen as biological, social and psychological problem. Referring to *Ammon,* they emphasize the role of the social situation and of the psychic disposition of the addict and of his surrounding group (*Ammon* 1978) and quote *Ringel,* who considers suicide as the final act of developing and increasing behavioral dynamics of the whole personality (*Ringel* 1979). They discuss also the narcissistic aspects of both clinical pictures: alcoholism and suicide as escape from an expected defeat in society and revolt against the demands of the community, as expression of insufficient libidinous object representations or denial and idolisation in order to avoid narcissistic injuries. Having a lack of self-esteem and patients withdraw from the requirements and demands of the real world to an illusionary world of nostalgic phantasies.

The following points are essential in the authors' concept of the relation-

ship between alcoholism and suicide:
1. Both psychopathological syndromes — suicide and alcoholism — are characterized by a false way of reaction to the environment and a lack of problem-solving capacity originating from psychosocial factors (*Feuerlein, Ringel, Kohut, Henseler*).
2. In both clinical pictures the emotional dissatisfaction is of great importance, a basic disturbance of the emotional balance.
3. Because of his increasing bodily and social decline and neglect and the experience of his own regression the alcoholic is particularly threatened by suicidal tendencies.
4. The effect of the alcoholic on his family group intensifies and increases the existing disturbances and social problems and lets sucides appear as »solution« for irreconcilable problems to the members of his family.

In consideration of the severe deficitary narcissism and destructive aggression of the alcoholic and the suicidal patients (cf. *Ammon* 1979) the psychotherapy of both groups of patients should comprise the whole personality of the patient, his talents, interests, abilities, his constructive ego-functions. In particular the social-energetic potential of group and milieu therapy (cf. *Ammon* 1979) should be used for the strengthening of the ego and the retrieval of the personality development. In this process the patients have also to acquire the character features necessary for living together in society. He should learn to cope with frustrations, conflicts and every-day problems and to develop a realistic self-judgement. This is not only a psychotherapeutic, but a pedagogic task.

Literatur

Ammon, G. (1978): Destruktion und Autorität: Eine psychoanalytische Studie. In: Dyn. Psychiat.

Ammon, G. (1979): Entwurf eines Dynamisch-Psychiatarischen Ich-Struktur-Konzepts — Zur Integration von funktional-struktureller Ich-Psychologie, analytischer Gruppendynamik und Narzismus-Theorie. In: *Ammon, G.* (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie Bd. 1 (München: Ernst Reinhardt)

Beck, A.T.; Kovács, M. Weisman, A. (1976): J. Stud. Alc. 97, 1.

Beck, A.; Kovács, M.; Weismann, A. (1975): Jama, 234, 1146—1149,

Bratfos, O. (1971): Attempted suicide. A comparative study of patients who have attempted suicide and psychiatric patients in general. In: Acta psych. scandinavica (47) 38—56

Buda, B. (1982): Sozialenergetische Felder und ihre Anwendung in stationärer Psychotherapie. Vortrag gehalten auf dem 1. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP, XIV. Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 6.—10. Dezember 1982 im Kongresszentrum Maritim, Lübeck-Travemünde

Feuerlein, W. (1975): Alkoholismus-Mißbrauch und Abhängigkeit. Eine Einführung für Ärzte, Psychologen und Sozialpädagogen (Stuttgart: Georg Thieme)

Feuerlein, W. (1975): Suizidhandlungen. In: Münch. Med. Wschr. (117) 197—200

Fred, E. (1968): Conflict resolution and alcoholism revisited. In: J. of Alcoholism (10) 148—157

Griepenstroh, D.; Wallenberg Pachaly, A. (1979): Das energetische Prinzip bei Freud und Ammon. In: *Ammon, G.* (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie Bd. 1, (München: Ernst Reinhardt)
Kessel, N.; Grossmann, G. (1961): Suicide in alcoholics. In: British Med. Journal (23) 1671—1672
Menninger, K.; Redlich, F.C. (1975): Theorie und Praxis der Psychiatrie. (Frankfurt a. Main: Suhrkamp)
Ringel, E. (1953): Der Selbstmord, Verlag für Medizinische Wissenschaften. (Wien-Düsseldorf: Wilhelm Maudrich).
Ringel, E. (1979): Das Präsuizidale Syndrom und seine Beziehung zur Dynamischen Psychiatrie. In: Dyn. Psychiat. (12) 1—14
Rosenberg, Ch. M.; Buttworth, F. J. (1969): Quart. J. Stud. Alc. (30) 729—732
Rost, Wolf-Detlev (1983): Theorie und Therapie des Alkoholismus. In: Psych. (5) 83.
Rushing, W. A. (1969): Suicide and the interaction of alcoholism. In: Quart. J. Stud. Alc. (30) 93—103
Rushing, W.A. (1968): Alcoholism and suicide. In: Quart. J. Stud. Alc. (29) 399—412
Röhling, G.; (1979): Sucht. In: *Ammon, G.* (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie (München: Ernst Reinhardt)
Ringel, E. (Hrsg.) (1978): Sucht und Suicid. (Freiburg: Verlag Lambertus)
Szilárd, J., Temesváry, B. (1983): Ist der Devianzbegriff relevant in der Psychiatrie? Psych. Weltkongreß, Wien, 1983
Temesváry, B., Dobranovics, I., Szilárd, J. (1983 a): Alkoholismus und Selbstmord. Ungarisch-Bulgarische psychiatrische Tagung, Varna, 1983
Temesváry, B., Dobranovics, I., Szilárd, J., Katona, E. (1983 b): Selbstmord und Alkoholismus. Ungarisch-Finnische Psychiatr. Tagung, Helsinki, Sept. 1983
Weber, K. (1976): Störungen in der narzistischen Gleichgewicht. In ung.: Alkohologia(7)181—185 Vortrag an dem XXII. Internationale Alkoholismus-Kolloquium, in Vigo, Spanien, 1976.
Wieser, S. (1976): Alkoholismus. 3. Katamnesen und Prognosen. In: Fortschr. Neurol. Psychiatrie (34) 565—588

Adresse der Autoren:
Professor Dr. János Szilárd
Neuropsychiatrische Klinik der
Medizinischen Universität
Postfach 397
H-6701 Szeged
Ungarn

Interferences between different Therapeutic Processes in the Psychiatric Ward

Ferenc Süle*

Auf der Grundlage eines gruppendynamischen Verständnisses psychiatrischer Krankheitsbilder und ihrer Therapie analysiert der Autor anhand zahlreicher Fallbeispiele die vielfältigen Wiederspiegelungs- und Wechselwirkungsprozesse zwischen den verschiedenen Gruppen der therapeutischen Gemeinschaft einer psychiatrischen und psychotherapeutischen Station eines ungarischen Gemeindekrankenhauses. Der Autor geht dabei von der zentralen These aus, daß das komplexe Geschehen von Übertragung, Widerstand, Ausagieren, Identifikation usw. innerhalb und zwischen den Teilgruppen der therapeutischen Gemeinschaft nur ganzheitlich erfaßt und bearbeitet werden kann und daß dazu die Stationsgroßgruppe das wichtigste Medium bildet. Das ganzheitliche Verständnis der therapeutischen Prozesse wird umso wichtiger, je komplexer einerseits die therapeutische Methodik strukturiert ist und je mehr andererseits im Sinne humaner Psychiatrie Offenheit und Selbstverantwortung die Grundlage der Therapie bilden. Daher hält der Autor auf dem Gebiet der psychiatrischen Theorie und Therapie eine reflektierte Methodenintegration für unabdingbar.

In the last decades there has been a great evolution in the field of psychiatric treatments. It equally refers to the three main areas of psychiatry: biological, psychological, and sociological. In consequence, treatment of the patients has become more complex, for most of the psychiatric wards are applying different biological, psychotherapeutic, and sociotherapeutic treatments simultaneously.

These various methods are based on different theoretical conceptions, thus their integration is hard, though necessary. What increases the difficulty of this problem is that these diverse methods interact with each other. A frequently occurring problem is the elaboration of emotional experiences rising from the biological treatment of a psychotic patient, e.g. induced by insulin or atropin coma. In such cases there is the question, in which kind of psychotherapy could anyone elaborate these problems. On the other hand, these induced emotional materials may be transferred into group psychotherapy or sociotherapy — through channels of verbal or nonverbal communication — which is not controlled by the patient's therapist.

Such problems appear not only at the biological, but also at the psycho- and sociotherapeutic levels of the treatment, and these are unfortunately frequent phenomena in the complex life of a psychiatric ward.

One of the most important features of the present status of psychiatric inpatient work is complexity. Nevertheless relatively few scientific works deal with this problem, but this very complicated task is unavoidable. Our own difficulty makes us deal with the problem of organization and integration of work in the psychiatric ward, because the integration of different kinds of treatment methods not only complete and facilitate, but can destroy each oth-

* M.D., Ph.D., Chief Doctor of the National Institute of Sports Medicine, Mentalhygienic Department, Budapest, Hungary

er's effects or deteriorate the therapeutic organization of the ward. These methods are good in themselves, but in some interaction their effects may become destructive from time to time.

In this present paper we tried to collect the problem of interferences of different treatment methods and developed a strategy to elaborate them (*Süle* 1980a,b). My experiences are based on observations in the Psychiatric and Psychotherapeutic Department of Karcag Town Council Hospital and Outpatients Clinic, with 156 beds. We started our work step by step in 1975. Our job was admitting acute cases and treating patients of a wide spectrum coming from a district of about 200 000 inhabitants. This newly-built department was suitable for applying modern treatments from an architectural point of view (*Süle* 1979b). At the very beginning our goal was to create a humanistic, up-to-date therapeutic community working with an open-door principle, while treating patients on biological, psychological, and sociological levels (*Ammon* 1973; *Süle* 1979; *Füredi* 1970, 1979; *Jones* 1968; *Kranz* 1977; *Widroe* 1968).

Our point of view was a dynamically oriented one. It was established at the beginning that in a psychiatric department the mood of treatment in a so-called »sterile environment« is not only impossible, but it is also impractical. However, when we applied different kinds of treatment it seemed unavoidable that many interferences came into being. We had to deal with this phenomenon, because if its psychotherapeutic elaboration does not take place, then serious inner tensions and destructive processes might begin to work in the whole community. When we analysed these phenomena we could see that the interferences brought about a more complex appearance of the different forms of transference and resistance which appeared during diagnostic and therapeutic processes. They were transferred from one treatment to another, they would be distributed and would produce very complicated phenomena contaminating with the developing conflicts in reality. We established that we have to conceive the whole organizational system, the therapeutic community, as a psychotherapeutic treatment unit and that the interferences have to be treated medically, i.e. diagnostically and therapeutically within in the staff, too.

We have observed the following forms of phenomena of interferences:

1. *The transposition*

In this case the emotion or cognition which comes into being during one kind of therapy is unconsciously transferred into another therapeutic situation, or to other forms in the life of the ward. The levels of this transferred material can be different in the personality, from the consciously recognized emotions to various resistances and deep transferential phenomena. Naturally the displacement refers also to the staff and to the countertransference.

One example was A.J., 33, a female, with the diagnosis of reactive depres-

sion, which developed after a shattered love affair as a result of a family conflict situation. She became infatuated with her individual therapist who was at the same time the leader of her psychotherapeutic group. This intensive transference gained expression, however, only in her enthusiastic participation in the group sessions. While this was going on, her therapist was usually absent from the large group sessions for objective reasons. On these occasions the patient seized every possible opportunity to enthuse over the large group leader — although she had no closer personal contact with him nor did she seek such contacts with him in the life of the Department. For instance, at a large group session the gipsy question arose a problem which never affected her personally. The leader was entirely passive and nondirective — during this theme —, he only asked one question which we afterwards checked from the tape: »Are there any other ideas in the subject? She praised him in glowing terms, how wisely and understanding he was and what piercing light he had cast on the problem, concluding in a hypomanic mood: »It was simply wonderful!« Of course, there were several responses from the large group. For instance, »Aren't you overdoing this?« To which A.J. explained that she actually found the entire treatment here very valuable, and following other questions she elaborated: »Especially the small group therapy and the individual talks which are so magnificently conducted by Dr. X.« Leader: »Did you say this there, too!«

2. *The division*

As we may experience in free interactional group psychotherapy, we found in the whole life of the ward as well that some transferential material is appearing in divided forms (*Haskel* 1978). The ambivalent content of these is splitting easily in two or more parts and so they are projected into the external environment. The recognition of such a complex phenomenon is a very difficult task. It is easier at such occasions where everyone is taking part in this and their relevant interpersonal relationships are present. We experienced that the easier the projection of this unconscious material is in a divided form, the harder is the integration of it into the conscious psychic life. We experienced that the recognition of this phenomenon was possible by the therapist above all in the large group. This is the most important therapeutic tool managing all kinds of interferences, but the elaboration can be only started here. Generally any further elaboration is the task of the group and individual psychotherapy.

3. *The social conflict transference*

The large group was the best for treating the phenomenon which we called social conflict transference. By this we mean that our patients have formed the

same situation of conflicts in a medical milieu by which they had been surrounded in their real life-situation. This phenomenon can be distinguished from the conflict transference described in other kinds of psychotherapies by the fact that the parts of the conflict model appear not only in one form of therapy, but at the same time in different bio-psycho-sociotherapeutic treatment methods and in the whole ward-life. It is possible to realize the manifestations of social conflict transference by the existing close analogous connections. The beginning of its treatment may start in the large groups, too, where all the participants of the conflict are present simultaneously.

One of our alcoholic patients developed his own »alcoholic game« in the department. The woman-psychiatrist who administered the treatment to awaken aversion toward alcohol was the »persecutor«. The woman-psychologist, his indidvidual psychotherapist, who was understanding and helped in his family problem became the »rescuer«. Incidentally at that time she was the leader of the large group. Later on interestingly she moved to the position of »patsy«, for she had also helped the patient to get leaves and opportunities for cultural programmes, which the patient repeatedly and surreptitiously misused. A nurse was somehow a »go-between«; the patient tried to flirt with her, who, although she had been disciplined for this, liked to act as an intermediary between the physician and the psychologist. As the patient himself was a member of the psychodrama group, which was led according to the principles of transactional analysis, he himself started to identify with the psychodrama leader which referred to his own role as a »victim«. Some patients and staff members joined in. The picture of the game constellation became clarified first in the large group. Not only some of the related roles in the cluster of conflicts in the patient's everyday life appears in this way, but also their chronological dynamisms can sometimes be followed. To reveal the background behind the actual life-conflict is not the taks of the large group any longer, it should be done in small groups, and/or, individual psychotherapy.

4. *The equilibrium of the different systems of tensions and the psychological fields of the department:*

It was found that there is permanent two-directional transformation between the individual personality and the social environment around him. That transforms the intrapersonal tensions and structures into interpersonal ones and the interpersonal forces and structures into intrapersonal, so to speak by building it into the other one. Through an analogous coding-process the intra- and interpersonal transformation are a dynamic process of balance being realized by manifold combinations of interactions to the deep psychological pro-

cesses: projections, introjections, resistances etc.

Similar equilibrium systems exist among the different social groups and even among the different psychological fields of the whole organization of the ward.

In the psychiatric ward intra- and interpersonal tensions come into being permanently and regularly. Some of these are developing spontaneously and others are created therapeutically. The mode of their elaborations may be spontaneous and therapeutic, too. The different kinds of psycho- and sociotherapy from time to time generate and elaborate a great amount of intra- and interpersonal tensions, but if the tension rises to a high degree, this »hypertonic« state can cause acting-outs and increases the possibility of dangerous states. We mean by »intrapersonal tension« such an intrapsychic constellation in which the ego is confronted with unintegrated subconscious material and cannot elaborate it, and in consequence of this considerable emotions and cognitive dissonances come into being. By »interpersonal tension« we mean a state where the usual communications become harder in consequence of the increasing amount of appearing emotions and impulses. We can regard the whole therapeutic situation as a tension-elaborating system: parts of the organization interact with each other and so the tension state of one unit can irradiate to the other through the persons who take part and meet with each other at that time. So more than one part, or even the whole organization may become hypertonic or hypotonic. In the case when tension expands from one to another subsystem it means that the other also joins the tension regulation with its specific manner and in consequence of this the elaboration becomes more effective. Many subsystems or the whole ward become hypertonic when the tension generation and expansion are extremely fast and so the time for digestion is not long enough, or the elaboration processes are insufficient.

A simple example of this was provided after the organization of our department. In summer we set up entertaining evening programmes, four or five per week — according to the desire of our patients —, with dancing, and music, each lasting for about 90 minutes. This organizational arrangement usually generates so much emotional tension, such a quantity of dynamic interpersonal processes that the regulating mechanisms cannot bear it. The »hypertension« irradiates to the whole department.

Manifestations of acting-outs began to occur. An alcoholic smuggled in drinks. Two male nurses quarrelled and almost assaulted each other. A subdifferentiated patient ran away on account of jealousy following a flirt situation. The physician on duty neglected the evening visits because the patients could not be collected on time. The patients became unreliable in attending their occupational therapy sessions in work-therapy. They were late at the meetings of their small group therapy, and so on. We concluded later that the optimum number what our organization could integrate then were one or two evenings of this kind per week.

Such generalization of hypertension caused by negative emotions appears in

the case of some tragic events, e.g. an unexpected death of a well-known patient or a staff member.

The more structures — especially simple control and regulating mechanisms — the subsystems or the whole system contain, the easier a hypotonic state develops and vice versa. The higher the negentropy (organizational complexity) of the therapeutic community, the better is the regulation of tension to an optimal level.

The basic rules of the possibility of the tension generation and elaboration are different in the various kinds of psycho- and sociological fields of the department. We mean by »the psycho- and sociological field of forces« the relatively constant socio-psychological constellations, developing in space and time, in which the inner events are being determined by the given interpersonal constellation. In other words these are determined by the frame parameters. In the main fields of psycho-sociological forces — psychotherapeutically, sociotherapeutically and somatotherapeutically structured periods, the daily routine time connected with the usual basic vital functions and the free time — special forms of psycho-sociological control functions come into being (*Süle* 1980 a, b).

5. *The dilemma of control and freedom in the different kinds of control.*

The therapeutic community is a model society working on the resocialization of the patients in protected circumstances by drawing them into multilateral social participation. In the course of the practieal organization — both in part-organization and in the regulation of the whole ward —, as we experienced, an illusory contrast of control with freedom is a frequently occurring problem in the staff, even among the well-qualified specialists.

Freedom in the ward has been significantly increased by the democratic conception of the therapeutic community, the open-door conception, the psychotherapeutic and socio-therapeutic methods and what these mean by treating the patients in more humane ways. However, one must not forget that even the most cruel physical control fulfils a real role, and to eliminate it is possible only by replacing it with a control of a higher level. Some authors reported of an increasing number of suicides in the wards after starting the open-door principle. According to our experiences, organization of high degree and freedom in the ward are not contradictory. Their synthesis is possible — and we might add — is necessary as well. In brief, if the patient gets into a progressive control-system by which the development of his autoregulation is maximally helped that may result in his recovery (*Süle* 1972). While we ensure the patients freedom, independence, and autoregulation maximally, the advantage of the hierarchically organized social control structures appears in two respects. Partly the patient can learn the problem how to adapt himself — to the existing hierarchic system of society —, and partly it gives possibility for the

projection — connected with the hierarchically organized structures — to appear. In other words, the patients must go through a progressive control system while they have to learn how to make the external control to an internal, how to develop more effective differentiated control forms and how to use the feedback of the different interpersonal contexts to raise their reality-testing and self-realization. It somehow seems a paradoxical statement, but proved by experiments, that a democratic community can exist and act effectively only under a well-organized direction having adequate power (*M. Jones* 1968 b; *Marrice* 1964).

Some authors — in connection with the conception of the therapeutic community — have already dealt with the question that the explicit and implicit standards of the therapeutic community are really a paradoxical requirement and frame of reference system and so the forms of therapy elaborate a pseudo-democratic, incongruent false relationship (*Simon* et al. 1977). The examinations of the paradoxical elements of the communication revealed that they are connected with the fundamental effects of each psychotherapeutic method and they are responsible in the change and recovery (*Haley* 1963). Such is e.g. when the therapist demands or urges the patient — even in an explicit way — to behave openly and to open his heart as sincerely as possible in a spontaneous way. That means to reveal and express his pathological, antisocial parts of personality because so the patient can get psychotherapeutic and sociotherapeutic feed-backs from the community by which the previously repressed material becomes step by step more conscious and gets under the control of the conscious ego. Naturally the therapeutic communities cannot work without the effect of the therapeutic paradox, but when dealing with the paradoxical communications one has to see clearly the difference between the pathological, destructive paradoxes — as double bind — and the therapeutic ones. The main difference between the two is that therapeutic paradoxes make integration and not desintegration or paraintegration in the patient. It makes the hidden communication manifest and its structure is contrary to the patient's inner conflict appearing in his interactions (*Haley* 1963; *Buda* 1973; *Süle* 1971, 1972; *Watzlawik* 1967).

According to our experiences the developing system of control acts in two directions on patients during their career in a therapeutic community. On the first, the dependency and defenselessness of the patient raises. We call this devouring, incorporating or demolishing form of control »catabolic«. On the second, the patient experiences growth, his or her autonomy, freedom, and autoregulation are increasing. We name this developing control »anabolic«. The catabolic control is useful for demolishing pathological structures. The aim of the treatment is to lead the patient mainly in the second way, developing his autoregulation by the multilateral regulating organizations in the special fields of forces of the ward. Competitions among the different kinds of control is an important and frequently appearing question in the ward. But the regulation of these competitions is also the task of the board of psychotherapists.

6. *The regulation of the interference regulators or the ward treatment as a psychotherapeutic unit.*

As a matter of fact the management of interferences between the given subsystems is the business of the psychotherapists. Controlling the ward by the head means controlling the work of the co-workers at the same time. Sometimes this is the hardest task. The management has to deal with the staff members (psychiatrists, psychologists, social workers, occupational therapists, nurses etc.) on special occasions and at different levels. In the structure of the therapeutic community horizontally and vertically organized regular possibilities have to be ensured for the staff too, to discuss their own problems. Multilateral and systematic care for the staff is fundamental for the efficiency of work and means the possibility of its success. Our experience fits very well into the conception of the so-called »Open-System« and »Organizational Development«. The usefulness of these conceptions in psychiatry has already been discussed by many authors (*Argyris* 1970; *Bennis* 1969 — see General System Theory; *Kernberg* 1978).

The main point of this conception is that an open system must develop its own structure so that it can bring better results. In a system like that learning and re-structuring are given, i.e. considered a very important task in reaching its goal. According to the recited literature this conception could be well applied in different psychotherapeutic groups. As for our own experiments this conception proved to be applicable for the department as a whole, too. It means a search for making the work of the whole staff more effective and a part of this is the better understanding of the phenomena of interferences.

However for doing this, it was necessary to consider the whole complex treatment situation as a psychotherapeutic situation and treat it accordingly, i.e. it should be conceived as an complex, but independent, autonomous form of psychotherapy.

The fundamental structures of a psychotherapeutic situation — whether it applies to individual treatment or some kind of group therapy — is a »gestalt« in itself. In other words, this basic structure provides an integrative framework for interpretation of the part processes taking place in it. These »coordinates« are a system of reference which points to the interconnection of the parts on a higher level of generalization. As for instance in the case of group therapy it has been a general experience that individual psychodynamic interpretation will not suffice in itself without reference to processes of the group as a whole. In the case of a therapeutic community we have to regard for all its intricate complexity, the whole treatment as such an entity. We consider the inpatient »departmental psychotherapy« as an autonomous form of treatment in itself that integrates and regulates the various forms of somatic, psycho- and sociotherapy.

We feel that the phenomenon of interferences are the strongest impetus driving a psychiatric ward towards more effective functioning — if it wants to use

psycho- and sociotherapy together, while the degree of its development depends largely on the elaborating level of interferences.

Wechselwirkungen zwischen den verschiedenen therapeutischen Prozessen in einer Psychiatrischen Station

Ferenc Süle (Budapest)

Der Wandel der psychiatrischen Theorien und Behandlungsmethodik in den letzten Jahren auf der Grundlage neuer biologischer, soziologischer und psychologischer Erkenntnisse hat — nach Auffassung des Autors — eine wachsende Komplexität der Behandlungsmethodik innerhalb einer humanen »Psychiatrie der offenen Türen«, wie sie der Autor nennt, zur Folge gehabt, die eine Methodenintegration dringend erforderlich macht, umso mehr, da die einzelnen therapeutischen Methoden in vielfältigen Wechselwirkungen miteinander stehen.

In der vorliegenden Arbeit stellt *Süle* auf der Grundlage seiner langjährigen klinischen Erfahrung als Leiter einer psychiatrischen Abteilung mit 156 Betten an einem ungarischen Gemeindekrankenhaus in der Stadt Karcag die Wechselwirkungsprozesse innerhalb des therapeutischen Milieus dar sowie die Möglichkeiten des therapeutischen Umgehens mit diesen Prozessen.

Im Verständnis des Autors bedeuten die Wechselwirkungen — oder Interferenzen, wie er sie nennt — die Verlagerung von Übertragung und Widerstand von einer Behandlungsform oder -gruppe auf eine andere und die Gesamtgruppe, wobei man das ganze organisatorische System der Klinik als eine therapeutische Einheit ansehen muß.

Die einzelnen Elemente der Wechselwirkungsprozesse sind dabei die unbewußte Verlagerung von Gefühlen und Kognitionen, die Aufteilung der Übertragung auf verschiedene Gruppen, die soziale Konfliktübertragung aus der Primärgruppe und/oder aktuellen Lebensgruppe auf das Klinikmilieu, die Umsetzung intrapersoneller Spannungen und Strukturen in interpersonelle und andererseits die Umsetzung interpersoneller Interaktionsformen in intrapersonelle Strukturen und schließlich die Balance von Kontrolle und Freiheit im therapeutischen Prozess als Grenzsituation zwischen notwendiger sozialer Anpassung und der Übernahme von Selbstverantwortung. Alle diese Elemente müssen für den einzelnen Patienten und die Gruppe in die Gesamtdynamik der Station integriert und therapeutisch wirksam gemacht werden, indem die Verlagerungs-, Übertragungs- und Widerspiegelungsprozesse in der Großgruppe erkannt, deutlich gemacht und bearbeitet werden.

Die theoretische Analyse der Wechselwirkungsprozesse im therapeutischen Milieu wird durch zahlreiche Fallbeispiele untermauert, so z.B. durch die Fallvignette eines Alkoholismuspatienten, der auf allen therapeutischen Ebenen und in der Gruppe des Teams die Verfolger-Opfer-Helfer-Konstellation seiner

Konfliktdynamik wiederherstellt, bis dies in der Großgruppe erkannt und psychodramatisch dargestellt wird.

Die Arbeit des Autors macht deutlich, welche Bedeutung der Großgruppe als integrativem Ort im therapeutischen Milieu einer psychiatrischen Klinik zukommt, aber auch wie bedeutsam die konzeptionelle Methodenintegration ist, wenn der Anspruch humaner Psychiatrie im Sinne vielfältiger therapeutischer Angebote nicht in reinem Eklektizismus enden soll, ohne integrierendes Menschenbild, Krankheits- und Gesundheitsverständnis.

Literature

Ammon, G. (1970): Gruppendynamik der Agression (Berlin: Pinel Publikationen)
Ammon, G. (1973): Dynamische Psychiatrie (Darmstadt-Neuwied: Luchterhand)
Argyris, C. (1970): Intervention Theory and Method (Addison-Wesley)
Bennis, W.G. (1969): Organization Development: Its Nature Origin and Prospects (Addison-Wesley Publ. Company)
Buda, B. (1973): A közvetlen emberi kommunikáció szabály-szerüségei (MRT). In: Tömegkommunikációs Kutató Központ (Budapest)
Füredi, J. (1970): Ideggy. Szle. (23) 168—176
Füredi, J. (1979): A terapiás közösség kialakulása és szociálpszichiátriai vizsgálata (Budapest: Akadémia Kiadó)
Haley, J. (1963): Strategies of Psychotherapy (New York: Grune and Stratton)
Haskel, R.E. (1978): Int. J. Group Psychotherapy (29) 27—54
Jones, M. (1968a): Beyond the Therapeutic Community (New Haven and London: Yale University Press)
Jones, M. (1968 b): Social Psychiatry in Practice. The Idea of the Therapeutic Community (London: Penguin Books)
Kernberg, O.F. (1978): Int. J. of Group Psychotherapy (28) 3—25
Kranz, H.; Heinrich, K. (1977): Bilanz und Ausblick der Anstaltspsychiatrie (Stuttgart: F.K. Schattauer Verlag)
Marrice, J.K.W. (1964): Brit. J. Med. Psychol. (37) 157
Simon, F.B.; Albert, B.; Klein, Ch.; Schude (1977): Psychiatrische Praxis (4) 38—43
Süle, F. (1972): Orvosi Hetilap (113) 79—85
Süle, F. (1979 a): Dynamische Psychiatrie (12) 93—105
Süle, F. (1979 b): Orvosi Hetilap (120) 767—773
Süle, F. (1971): M. Pszichol. Szle. (28) 520—527
Süle, F. (1980 a): Ideggy. Szle. (33) 444—450
Süle, F. (1980 b): Ideggy. Szle. (33) 468—474
Watzlawik, P.; Beavin, J.H.; Jackson, D.D. (1967): Pragmatics of Human Communication. A Study of Integrational Patterns Paradoxes and Pathologies (New York: Norton)
Widroe, H.J. (1968): Ego Psychology and Psychiatric Treatment Planning (New York: Appleton — Century-Croft — Division of Meredith Corporation)

Author's address:
Ferenc Süle, M.D., Ph.D.
National Institute of Sports Medicine
Mentalhygienic Department
Alkotás u. 48
H-1123 Budapest
Hungary

Anorexia Nervosa: A Psychodynamic Holistic Approach**

Marius Erdreich (Haifa)*

Der Autor gibt in seiner Arbeit zunächst einen Literaturüberblick der wissenschaftlichen Untersuchungen der Anorexia nervosa der letzten 20 Jahre.
In seiner eigenen Auffassung ist Anorexia nervosa ein multifaktorielles Syndrom, dessen psychogenetische Ätiologie ihre Wurzeln in der Familiendynamik hat.
An Hand von 3 Fallbeispielen — 3 weiblichen Jugendlichen — betont er besonders die Bedeutsamkeit der gestörten Mutter-Kind-Beziehung mit dem Resultat einer frühen emotionalen Verlassenheit. Auffällig war bei allen drei eine sich widersprechende Einstellung eines oder beider Eltern hinsichtlich Ernährung und Körper-Bild.
Die besondere Bedeutung der Arbeit liegt in dem dynamisch-ganzheitlichen Verständnis, das der Autor in seiner Auffassung von Ätiologie und Therapie der Anorexia nervosa ausdrückt. Er folgt damit Ammon, auf den er sich im wesentlichen bezieht und der die anorektische Reaktion als eine unbewußt determinierte Dysregulation im zentralen Ich versteht. Nach Ammon ist die Familiengruppendynamik gekennzeichnet von sozialenergetischem Defizit und destruktivem Narzißmus. Er sieht eine enge strukturelle Verwandschaft zwischen Anorexia Nervosa und Psychosomatik; insbesondere in Bezug auf die Alexithymie, dem »Weit-weg-sein« von den eigenen Gefühlen.

Literature Review

Western society has for the last 20 years stressed the ideal body image for women to be a »slim narrow body« (*Schleimer* 1983). Twiggy in 1967, launched a new fad and style with her nearly emaciated body. In general, standards and fashions for women and men point to slim bodies, part of a trend towards healthier and more youthful physiques. Teenage girls and young women are most affected and influenced by these trends, with their obsession over body image and general state of attractiveness (*Schleimer*).

In a Scandinavian study *Schleimer* (1983) found that 50% of the teenage girls felt fat and were unhappy with their body images, 35% were on some form of diet, with 10% exhibiting symptoms of anorexia nervosa (AN). The high prevalence of dieting occurs among teenage girls, whereas boys tend to improve their body image and weight problems through physical activity. According to *Schleimer,* dieting may be an early symptom of AN or this may be the factor that triggers AN, with possible predisposing hypothalamic disorders.

Feigher's (1972) diagnostic criteria (somewhat similar to the DSM III but more comprehensive) for anorexia nervosa are as follows:

1. age of onset prior to 25.
2. weight loss of 25% of original body weight.
3. distorted attitude towards eating or weight that overrides hunger, admoni-

* M.D., Director of Psychiatric Services at the Haifa Medical Center (Rothschild Hospital) and the Technion Faculty of Medicine, Haifa.

** Vortrag gehalten auf dem 5. Weltkongreß der WADP und XVIII. Internationalen Symposium der DAP, 6.—10. März 1987, München, zum Thema »Körper, Seele und Geist«

tions, reassurance and threats;
a) denial of illness with failure to recognize nutritional needs.
b) enjoyment in losing weight, food refusal being a pleasurable indulgence.
c) desired body image of extreme thinness, which is rewarding to the patient to achieve and maintain.
d) unusual hoarding or handling of food.

4. no known medical reason for weight loss.
5. no other known psychiatric disorder such as primary affective disorders, schizophrenia, obsessive-compulsion or phobic neurosis.
6. at least 2 of the following manifestations:
   a) amenorrhea
   b) lanugo
   c) bradycardia
   d) periods of overactivity
   e) bulimia
   f) vomiting — self-induced.

Bruch (1977) views AN as a struggle and search for a self-identity. Finding the underlying psychological factors is often complicated by the psychological changes due to the »somatic consequences of starvation« (*Bruch*). The psycho-dynamic issues of AN such as regression, ego-splitting, and fragmented and psychotic-like thinking are also observed in starvation victims of famine and can be viewed according to *Bruch* as a »consequence of the hunger experience«. The starvation effect on the psyche is »responsible for sustaining the illness and complicates the identification resolution of underlying psychological dynamics«. Within the family structure AN would seem to be the consequence of a struggle for power, during the critical adolescent period, when the child begins to make claims for independence. AN victims generally come from well-cared and well-educated families, where the parents are generally overly protective and overly ambitious towards their children, and display a strong need to be in control, which can manifest itself during adolescence with dictatorial demands concerning eating habits. These families appear to be stable on the surface preoccupied with outer appearances, especially as concerns beauty and physical fitness and weight consciousness. In general, they are older than the average, with fathers between the ages of 38—55 and mothers between 30—43 at the time of the child's birth. A large percentage (2/3 of the families studied) involved families of daughters only. These parents display strong tendencies to rigidity and conformity, with high demands for achievement. There is in general a failure to transmit to the child a feeling of a »sense of competence and self-value«. According to *Bruch*, the AN child exhibits difficulties in decision-making with a tendency to overconformity. Anorexic adolescents function at a level of accomodation, at a level of egocentricity, being unable to progress to abstract thinking and evaluations. They tend to be excessive over-achievers, with general high academic levels. These teenagers often have real difficulty asserting themselves in peer relationships, with a

strong tendency to overcompliance. Often they find themselves socially isolated. In general, they have difficulties in sustaining relationships and display rigid, judgmental attitudes. *Bruch* concludes that very often AN patients display a distorted sense of reality, misinterpreting their biological functioning and social roles, hoping to achieve respect and admiration by their excessive thinness.

Rosman (1977) defines transitional characteristics of family functioning in the psychosomatic family; emeshment (triangular structure), overprotectiveness, rigidity, lack of conflict resolution and use of the child to detour conflict, where parents, who are unable to deal with marital conflicts unite to deal with the sick child. Thus the child with the symptoms tends to regulate the internal stability of the family and therefore reinforces the symptoms and maintains the patterns of relationship. His approach provides a basis primarily for the family-therapeutic approach in treating AN. The longer the duration of the illness, the more the symptoms have crystallized and the more they are rigid to change.

Vigersky and *Loriaux* (1977) in their clinical study of AN patients found that all patients showed evidence of some form of hypothalamic dysfunction. Therefore one must come to the conclusion that AN is an abnormality that encompasses both clinical as well as psychological manifestations.

Yellowless (1985), in a British study in 1981, found an association between AN and psychiatric symptoms. Both AN and bulimia groups scored high on anxiety, depression and elation scores. There seems to be a link between AN and depression.

Behaviour modification is a popular form of therapy, used primarily in the hospital to get the patient to begin eating. In a study of 29 patients, *Pertschuk* (1977) attempted to study the long-term results of behaviour therapy. Initially in the hospital setting a large percentage managed to gain weight, however, 12 were subsequently re-admitted. Improvement in the hospital is not predictive of long-term recovery. Normalization of eating patterns did not parallel normalization of weight, obsession with food remained and some form of symptom substitution sometimes occurs with a switch to bulimia and vomiting instead of food restriction.

Crisp et al. (1977) in a long-term study of 350 patients in a London hospital attempted to isolate the factors related to long-term outcome. In their study (follow-up period of 4 years) 40—60% of the cases recovered and 5% ended in death. The factors related to poor prognosis are:

1. being male, 8% of cases were male.
2. lower socio-economic status, obesity is more common in this group. There exists stronger tendencies to resistance to change and less willingness to accept therapy.
3. age of onset, where later onset is related to poorer prognosis.
4. excessive concern by parents over weight control, body shape, exercising, often resulting in contradictory messages to their children.

5. premorbid obesity, which can result in tendencies to binges and vomiting behaviour.
6. marriage to another anorexic results in tendency to resist changes.
7. duration of illness, if it exists for a long period of 10 years or more than it tends to be associated with bulimia and vomiting and also tends to be very resistant to change.
8. excessive compliance or behavioural disorder during childhood, or excessive somatic complaints within the disorder.
9. high level of depression in the parents, obsession in mothers, and high somatic complaints with extrovert traits in father.
10. contained misperception of body with following restoration of weight to normal.
11. persistant overeating and vomiting as primary means to control weight.

Günter Ammon's (1982) theory considers the anorexic reaction as an unconscious determinant, a disregulation in the central ego. He finds similarities with psychosomatic patients such as alexytymia. *Ammon* stresses the family group dynamics as being in a state of social energetic deficiency, and incorporates the important concept of destructive narcissism. *Ammon,* commenting on behaviour therapy, concludes that this approach without a proper therapeutic basis can result in the danger of regression to a psychotic state.

Trauma-oriented Psychotherapeutic Approach to the Treatment of Anorexia Nervosa

In the author's view AN is a multi-factorial syndrome with a psychogenic etiology, and with roots in the family dynamics. It should not be confused with cachexia of somatic origin or other psychiatric entities such as depression or catatonic schizophrenia.
AN as previously described affects mainly young adolescent girls and young women. Family dynamics have a very crucial role in establishing the development of the precursors of AN. The social norms are important patho-plastic determinants especially with a conformistic group such as adolescents.

In the case-studies described here, inadequate mothering was found to be a prime factor, resulting in partial emotional abandonment from an early age. Powerful contradictory messages concerning food and significant traumatization concerning body image were projected onto the child by one or both parents. Usually there existed high expectations regarding school performance. At least one parent exhibited rigid tendencies and contributed to the continous feelings of inadequacy and low self-esteem of the child. It was coincidental that in the three cases presented in the study the mothers were markedly overweight. A serious degree of depression, with suicidal attempts was present in all the cases.

In order to overcome the rejection of any help, the author used a similar approach as appears in the phase one of the trauma-oriented psychotherapy, which enabled a trusting relationship to develop. The course of the therapy quickly brought the patient to the realization of the need to solve the post-traumatic long-term consequences. The use of anti-depressant pharmacological treatment together with trauma-processing therapy centering on the body image, made it possible to proceed towards further dynamics and insight. The trauma-processing took into account those recollections that resulted in over-reaction, over-avoidance or repetition-compulsion pattern. Only than was it possible to reach the stage of insight concerning the feminine identity and subconscious avoidance to becoming a mature woman, and develop new patterns of reactions to the feminine role.

To summarize the author's therapeutic approach, there should exist the following:

1. awareness on the part of the therapist towards the maternal dysfunction.
2. the trauma-processing concerning the body image is essential to further steps in the therapeutic process, because the post-traumatic trap might impede the course of the treatment.
3. developing insight concerning the identity issues and femine role, i.e. the girl versus her mother. At selected stages the therapeutic work must be done together with the mother and selectively working with the whole family as a unit. Sometimes with the full agreement of the patient it is worthwhile to include discussions with a close friend.
4. awareness that when the clinical features have a marked depressive suicidal element, anti-depressant pharmacological treatment must be taken into account.
5. the secondary somatic by-products might induce a vicious circle of malnutrition, generating anorexia and serious somatic complications. They must be treated accordingly, while never disregarding the psychogenic element as primary in this syndrome.

The author has tried to present a long-term psycho-therapeutic approach. It has not been possible to present more comprehensive data on a larger group of patients, using this technique, which consists of a one-to-one therapeutic prolonged process.

Three case studies chosen from a larger sample are described below and illustrate the author's therapeutic approach.

Case-Studies

Case I

R. K., the eldest of two children, started therapy at the age of 17 after her second suicide attempt, in which she had swallowed in large quantity of sleeping

pills. As a result of this she was in a comatose state for almost 4 days. After her initial recovery she was seen by the hospital psychiatrist, who decided that further hospitalization was not required. At the beginning of treatment with the present therapist she weighed 41 Kilos. The family requested the treatment and, during the initial visit, seemed overwhelmed and terrified by what was happening to their daughter, and asked for immediate assistance to save the life of their child. R.K. had previously had conversations with a psychologist, following the first suicide attempts, but at the patient's initiative therapeutic contact was discontinued. The overt factors that seemed to trigger the suicide attempts seemed to center around the remarks concerning her appearance and interpreted by the patient as criticism for being overweight, even though her body weight was only 40 Kilos. R.K. exhibited a willingness to cooperate from the very beginning. (She had previously been a neighbour of the present therapist and as such was acquainted with him prior to the onset of the treatment). R.K. was an attractive adolescent, well-dressed. Initially, she was shy and closed, but slowly opened up in the presence of her mother. While she expressed remorse at the suicide attempts and the grief they had caused her parents, she still felt depressed and disgusted with her appearance. She actually felt her body fat shaking as she was walking and was embarrassed to go to school because her friends would laugh at her appearance and because of the rumours concerning her suicide attempts. She was amenorrhoric and was losing her body hair.

The family: The mother was in her late 40's, intelligent, sensitive, a driving force in the household and in the family business, actively participating in the life of her two children. At the time of therapy she was overweight. The mother was quite supportive during the treatment and always cooperated when called upon even at the expense of her younger child and her business. The father, a businessman, in his early 50's, was also overweight and shorter than average. He was a holocaust survivor who suffered greatly as a child during the war. The father exhibited rigid, obsessive personality characteristics, but was nevertheless devoted to his family. He demanded and expected achievement and respect from his children in an exaggerated way. Both children expressed criticism of their father's attitude, which resulted in anger towards them, when they did not live up to his expectations. The patient's younger brother aged 13, was protective of his sister and participated in several sessions with the therapist.

The patient's history: The patient was born after years of unsuccessful attempts to conceive. When the patient was a year old, the mother joined her husband's business and left the child in the care of a woman who was the child's babysitter for about 3 years. This woman was described by the mother as being devoted and caring while at the same time she was rigid, bound by schedules. The patient herself was rather unwilling to discuss her memories concerning this woman and tried to avoid meeting her again, while at the same time she was not critical of her. This avoidance of meeting her old surro-

gate mother could be interpreted as an unconscious fear of abandonment by her mother.

It would appear that the early traumatizations began with the initial abandonment by her mother to a babysitter. There was compensatory behaviour on the part of the mother in the form of quantitites of rich food and presents. At the age of six during a familiy birthday party, she complied with a request of her family to dance in front of the guests. Her aunt, a woman described as being of dull normal intelligence, openly laughed at the patient's overweight appearance while she was dancing. This aunt continued to be highly critical of the patient's looks for many years. At the age of about 6 to 10 years, her father began to pressure her to restrain her food intake, while at the same time consuming large quantities of rich food was the family pattern. At the age of 13, in a desire to reduce her weight, she embarked on a starvation diet and as a result, succeeded in losing a significant amount of weight. She began to look and feel much better. R.K. during this period was trying to compete with a good friend, who was both attractive and slim. At the age of 10 to 13, she performed quite well scholastically. The present behavioural manifestations began to assert themselves around the age of 16, with her developing sexual maturity and the increasing demands of her emerging feminine status. Bouts of depression and anorexia were becoming more and more frequent, sometimes with intervening eating binges, which were followed by induced vomiting. The father reacted with fear and anger, the mother with desperation. Until the full traumatizations were brought to the surface and dealt with openly, it was impossible for R.K. to cope with and handle her feminine maturity.

At the beginning of the treatment the patient manifested the following behavioural patterns: complaints of being excessively fat, periods of starvation alternating with eating binges, sometimes triggered by minimal frustrations and rationalized in a childish way, depression and irritable behaviour towards her family. The patient's mother was forced to neglect her work in the family business in order to watch her daughter, because of the repeated suicide threats. With the onset of the depression and anorexia (triggered by an inability to achieve the »ideal weight«), the patient's social life deteriorated as she began to lose her friends. From the very beginning, the therapist made himself available and even encouraged frequent contact with the patient, several telephone calls a day becoming the norm. Attempts to achieve an immediate change in her attitude towards eating were futile. Since depression, with suicide tendencies was prominent, the use of anti-depressant medication (resisted at the beginning) was prescribed. A trusting relationship was the outcome primarily of the accountability and availability of the therapist. The empathy and committment of the therapist was accepted by the patient. Gradually the obsessive suicidal thoughts resided. Attempts to understand the psycho-dynamics brought to the forefront the spectrum of post-traumatic longterm results (trauma-oriented psychotherapy). Past traumatizations included: the perception of the »abandonment« by her mother, the double messages concerning

food in the family, the high expectations of her father, the incident at the birthday party, and the repeated references to her being overweight. It would appear that the traumatic structure had an earlier foundation with later build-ups creating a traumatic lifestyle concerning her body image.

At the beginning of puberty, she became more obsessive, especially about her appearance and her scholastic and social achievements. During the psychotherapy, R.K.'s starvation diet at the age of 13 was perceived as an attempt to take on an appearance different from that of her mother. This insight came about during one of the sessions with her mother present. The result was an important confrontation with her mother. The mother reacted wisely and supportively. R.K. became aware that the rejection of the early identification model as represented by her mother manifested itself in starvation behavioural patterns in order to look completely opposite. Her realitiy testing concerning her body image improved. The post-traumatic reactions had taken the form of over-reaction and repetition compulsion. She had stopped over reacting to what might be interpreted as abandonment. Sometimes, when her parents left her alone, she would react either by lying in bed covered up completely or be totally unresponsive or begin an eating binge. The bulimia was interpreted as repetition-compulsion behaviour in the form of over-eating, where this time she would remain in control and be able to eat and not gain weight, since this was often followed by vomiting in an attempt to enforce the pattern.

After a year of treatment, R.K. was gradually able to accept her femininity. She began a serious relationship with a boy and graduated from school with high grades, as well as completing a special school project in lieu of an examination and for which she was awarded a prize by the Educaton Ministry. She successfully completed her military service where she was assigned work as a teacher. She is currently planning to marry. R.K. has returned to her normal body weight and after almost a year has maintained this state.

Case II

An adolescent girl of 16, weighed 38 Kilo (instead of 55) when she was seen by the therapist. She came from a simple, religious family. Her mother who was quite overweight, was employed fulltime outside the home. The patient's ability to abstract was somewhat limited and therefore, it was not really possible to work with this patient at the same level of the patient described in case I. The bouts of starvation were succeeded by eating binges followed by vomiting. The situation appeared to be out of control when she began to run away from home either hiding in the barn, or in a neighhour's home in order to be able to vomit. She was then hospitalized upon the recommendation of the therapist. The therapy in the hospital slanted towards a behaviouristic approach.

After a year of hospitalization, she improved sufficiently to return home and began to attend school again. She continued to receive ambulatory treatment in the same hospital and remained consistently underweight throughout this period.

In this instance, it would appear that the patient had been traumatized not only by the abandonment on the part of her mother but also by the seductive attitude of her older brother. She rejected her mother's physical image, but her intellectual limitations prevented her from achieving insight during trauma-processing.

Case III

A 19 year old, Christian Arab-Israeli girl was in short psycho-therapy following a prolonged period of undereating with severe bouts of starvation. The family was well off, but there were marital problems due to the father's extra-marital affair. The father was an ambitious man, who was very concerned about his daughter's future. The mother, an attractive overweight woman, was distant in her behaviour towards her daughter, often absent from home because of a busy social life. The major starvation bout in fact occurred while her mother was away for several months on a trip abroad. The dynamics in this case point to the mother's absence as a re-activation of the traumatizations following emotional abandonment in the past. The parents cooperated fully and participated in several of the meetings, thus making it possible to build a closer relationship especially between the mother and the patient. A short psychotherapy (trauma-oriented) was enough to restore a healthy eating pattern and an acceptance of her developing femininity. The follow-up in this case was relatively short only six months. The patient has stopped psychotherapy and there seems to be no indication of a relapse.

Final Comment

The approach presented here is a dynamic and holistic one, involving both psychological-somatic and environmental facets. There is a tendency to see psychogenic environmental factors as etiological in this syndrome. The somatic by-products of starvation might result in the formation of a vicious circle both by creating psychological factors and worsening all-ready existing ones, which then in turn tend to perpetuate the starvation state.

In the cases presented there were psycho-traumatic etiological elements present. The trauma centered primarily around the body image of the patient herself and the rejection of the early identification object (the mother) i.e. the re-

jection of the young girl's developing feminine maturity. The viewpoint presented here theorizes that the major stumbling blocks in treating AN are the previous traumaitc experiences, these include traumatization concerning the body image, double messages concerning food, peer attitudes towards parents' appearence, and peer pressure in general. The trauma-oriented psychotherapy allows for the processing of the trauma and the development of the prerequisites to enable the therapist to help the patient to accept and cope with her feminine identity. The post-traumatic reactions are brought to the surface through insight and explanation and the patient is then free to behave in an appropriate and rational manner concerning food, her body and sexuality and in general to develop healthier relationships.

This method is presently being expanded to include a larger group of patients, with the intention of performing a follow-up study. This is another application of psycho-traumatology, a developing chapter in medicine (see *Erdreich* 1984).

Anorexia nervosa — ein ganzheitliches Krankheitsverständnis

Marius Erdreich (Haifa)

Der Ansatz zum Verständnis der Entstehung und Behandlung der Anorexia nervosa, den der Autor in seiner Arbeit vorstellt, ist dynamisch-ganzheitlich: er bezieht psychosomatische wie gruppendynamische Einflüsse mit ein.

In den Fallbeispielen, die der Autor vorlegt, sieht er das psychische Trauma in der Entwicklung der drei Mädchen insbesondere in der Zurückweisung durch das Identifikationsobjekt — die Mutter; d.h. die Zurückweisung der sich entwickelnden weiblichen Reife der Mädchen.

Der Ansatz, der hier vorgestellt wird, konzentriert sich in der Pathogenese auf die traumatisierende Wirkung von Double-Bind-Kommunikation der Eltern in Bezug auf das Essen und den Einfluß der Peer-Gruppen auf das eigene Körper-Bild und das der Eltern.

Die trauma-orientierte Psychotherapie des Autors stellt die Bearbeitung des Traumas in den Mittelpunkt. Da er die Bedeutung der Mutter-Kind-Beziehung besonders betont, führt er in ausgewählten Fällen die Behandlung zusammen mit der Mutter durch. Bei Therapieverläufen mit depressiv-suizidalen Phasen schlägt er die zusätzliche Behandlung mit Psychopharmaka vor. Das therapeutische Ziel ist es, den Patienten zu helfen, ihre weibliche Identität zu akzeptieren und anzunehmen.

Literature

Ammon, G. (Hrsg.) (1982): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 2 (München: Ernst Reinhardt)

Bruch, H. (1977): Psychological Antecedents of Anorexia Nervosa. In: *Vigersky, R.A.* (ed): Anorexia nervosa (New York: Raven Press)
Crisp, A.H.; Kalucy, R.S.; Lacey, J.H.; Harding, B. (1977): Long Term Prognosis in Anorexia Nervosa: Some Factors Preditive of Outcome. In: *Vigersky, R.A.* (ed): Anorexia nervosa, a.a.O.
Erdreich, M. (1984): A Traumata-Oriented Psychotherapy. In: Dyn. Psychiat. (17) 419—431
Feigher, J.P.; Robins, E.; Guze, S.B.; Woodruff, R.A.; Winokur, G.; Munoz, R. (1972): Diagnostic Criteria for Use in Psychiatric Research. In: Arch. General Psychology (26) 57—63
Pertschuk, J.M. (1977): Behaviour Therapy Extended Follow-up. In: *Vigersky, R.A.* (ed): Anorexia nervosa, a.a.O.
Rosman, B.L.; Minuchin, S.; Baker, L.; Liebman, R. (1977): A Family Approach to Anorexia Nervosa: Study, Treatment and Outcome. In: ebda.
Schleimer, K. (1983): Dieting in Teenage Schoolgirl — A Longitudinal Prospective Study. In: Acta Paediatrica Scandinavica Supplement 312
Vigersky, R.A.; Loriaux, D.L. (1977): Anorexia Nervosa as a Model of Hypothalamic Dysfunction. In: *Vigersky, R.A.* (ed): Anorexia nervosa, a.a.O.
Yellowless, A.J. (1985): Anorexia and Bulimia in Anorexia Nervosa: A Study of Psychosocial Functioning and Associated Psychiatric Symptomatology. In: Brit. J. Psychiatry (146) 648—652

Address of the author:
Marius Erdreich, M.D.
Director of Psychiatry Service
Haifa Medical Center (Rothschild)
Faculty of Medicine, Technion
47, Golomb Street
P.O. Box 4940
Haifa
Israel

Buchbesprechungen

Friedrich S. Rothschild
Die Evolution als innere Anpassung an Gott

Verlag Bouvier Herbert Grundmann, Bonn 1986, 455 S., DM 98,—

Friedrich S. Rothschild, Psychiater, Neurologe und Philosoph, beschäftigt sich seit nunmehr fast sechzig Jahren aus einer geisteswissenschaftlichen Perspektive mit der Entwicklung einer neuen psycho-physischen Theorie des Zentralen Nervensystems. 1935 erschien in Berlin sein Werk »Symbolik des Hirnbaus«, in dem er die Struktur und die Funktionen des Zentralen Nervensystems als symbolischen Ausdruck der geistigen und seelischen Prozesse begreift, die durch dieses Organ vermittelt werden. Seine seit seiner Auswanderung 1936 in Israel gewonnenen Erfahrungen in der Therapie psychiatrischer und psychosomatischer Erkrankungen flossen ein in die weiteren Bücher zur psycho-physischen Theorie wie »Das Ich und die Regulationen des Erlebnisvorgangs« (1950). 1976 kam es zu einer ersten Begegnung zwischen *Rothschild* und *Günter Ammon,* der in Jerusalem an der Hebrew University einen Vortrag über Strukturen und Funktionen des Ichs hielt. Aus diesem gemeinsamen Forschungsinteresse entwickelte sich ein enger wissenschaftlicher und menschlicher Kontakt. 1981 wurde *Rothschild* von der Deutschen Akademie für Psychoanalyse die Goldmedaille »in Anerkennung für seine Entdeckung des Symbolismus des Gehirns« verliehen.

Im vorliegenden Buch »Die Evolution als innere Anpassung an Gott« setzt *Rothschild* sich zentral mit der Frage des Sinns der Evolution und vor allem des menschlichen Seins auseinander angesichts einer Situation, die gekennzeichnet ist durch die drohende, durch den Menschen selbst zu verantwortende Zerstörung des Lebens auf unserem Planeten, sowie durch eine allgemeine geistige, religiöse und ethische Verunsicherung. Eine Neuorientierung des Menschen, die ihm einen Weg aus diesen existentiellen Konflikten weisen könnte, verlangt, so *Rothschild,* ein wissenschaftlich begründetes neues Bild vom Menschen, das die vorliegenden Ergebnisse a l l e r Wissenschaften in einer »Metawissenschaft« reflektiert und integriert. »Tatsachenforschung« soll ergänzt werden durch »Sinnforschung«. Die positivistische Methodik der Naturwissenschaften läßt keine Fragen nach dem Sinn des Gegebenen zu; sie haben aber ihre Berechtigung im Rahmen der Allgemeinen Zeichentheorie, der Semiotik, die das unserer Alltagserfahrung wie der wissenschaftlichen Erforschung Gegebene als Zeichen auffaßt, dessen Sinn es zu verstehen gilt. Der Begriff des Zeichens beinhaltet seit seiner Einführung in die Allgemeine Sprachwissenschaft durch *Saussure* ja gerade die Doppeldeutigkeit einer äußeren

Form, Gestalt, die auf einen über sie hinausverweisenden Sinn bzw. Bedeutung bezogen ist. In der Ausdrucksforschung und Erscheinungswissenschaft *Ludwig Klages,* der *Rothschilds* geistige Entwicklung wesentlich beeinflußt hat, wird die Seele als Sinn des Leibes und der Leib entsprechend als Erscheinung der Seele verstanden. *Rothschilds* genuine Leistung, die Biosemiotik, besteht nun in der Anwendung der geisteswissenschaftlichen Methodik der Semiotik auf einen naturwissenschaftlichen Gegenstandsbereich. Alle psycho-physischen Lebensäußerungen werden ihm zu Zeichen, materiellen Ausdrucksformen einer immateriellen, kreativen Potenz, die zu Beginn des Universums Energie und Materie entstehen ließ: Gott. Die Evolution des Kosmos bis hin zur Evolution des Seele und Geist besitzenden Menschen versteht *Rothschild* als einen Sinn tragenden und vermittelnden Zeichenprozeß, für den nicht Kausalität, sondern Ausdruck und Kommunikation die Grundrelationen bilden. Im Unterschied zur äußeren Anpassung von Körpermerkmalen und Verhalten eines Organismus an Umweltbedingungen wird innere Anpassung da wichtig, wo es sich um Sinn vermittelnde Zeichenprozesse handelt: »wenn in Verbindung mit solchen Zeichenprozessen Innerlichkeit, Erleben und schließlich das denkende Ich des Menschen auftritt. Zeichenprozesse enthalten Sinn, und wenn wir die Kommunikation von Sinn und Verstehen und Ausdruck feststellen können, hat eine i n n e r e A n p a s s u n g zwischen einem Sender und einem Empfänger der Kommunikation stattgefunden«.

An den (neo)darwinistischen Theorien der Evolution kritisiert er, daß sie »das Leben und sein Streben sich zu reproduzieren« schon voraussetzen, während er vom »Wunder des Lebens« spricht, das begründet sei« in dem Wunder des Kosmos als einer Schöpfung durch Kommunikation.« Die Evolution wird als ein Dialog begriffen, in dem sich Gott mitteilt. Als eigentlichen Kommunikationspartner Gottes in diesem Dialog sieht *Rothschild* eine zwischen Gott und Welt vermittelnde Innerlichkeit der Welt, die sich mit der Evolution des Kosmos entwickelt und die er, in der Tradition der phänomenologischen Transzendentalphilosophie *Husserls*, »Transzendentale Subjektivität« nennt. Dieses immaterielle psychische Prinzip ist eine Schöpfung Gottes — nicht Gott selbst —, deren konkrete Individuation auf der menschlichen Ebene das »Ich« des Menschen darstellt. Die Evolution versteht *Rothschild* nun als eine Reflexion, ein sich zurückwendendes Nachvollziehen des ursprünglichen Schöpfungsprozesses, in dem sich Gott als »schöpferische Innerlichkeit des Kosmos« in allen Prozessen der Weltentstehung vom »big bang« (Urknall) an in der Materie ausdrückt. Die Transzendentale Subjektivität bringt die anorganische Materie dazu, lebende Organismen hervorzubringen, um die ursprüngliche Schöpfung des Kosmos durch Gott in diesem Sinne zu reflektieren und zu symbolisieren.

Diese symbolische Repräsentation charakterisiert jede evolutionäre Entwicklung bis hin zum Menschen. Zur gleichen Zeit findet eine Differenzierung statt von Innen- und Außensystemen, wobei das Außensystem — etwa auf der Ebene der Zelle Plasma und Zellmembran — ein inneres System — den

Zellkern — ausdrückt, der, als individuiertes Gottessymbol, wiederum die kreative Potenz Gottes repräsentiert.

Rothschild nimmt eine Ähnlichkeit an zwischen der Entwicklung des Erlebens der Welt durch die menschliche Seele bzw. den menschlichen Geist und dem Entstehungsprozeß der Welt nach dem »big bang«. Die Schöpfung als ein Ausdruck Gottes ist nicht identisch mit Gott — aufgrund seiner Entäußerung in der Materie stellt sie eine Entfremdung dar. Diesem Prozeß entspricht die Entfremdung zwischen dem Ich und seinen inneren Erlebnissen, die Opposition der subjektiven Welt von der objektiven Realität. Sie erfährt ihren symbolischen Ausdruck in der Kreuzung der Nervenfaserbahnen im Zentralen Nervensystem, so daß das rechte Gesichtsfeld bzw. die rechte Körperhälfte auf die linke Hemisphäre projiziert wird und umgekehrt.

Der Geist (Vernunft, Logos, Selbstbewußtsein) erschafft das Ich mit den nur dem Menschen eigenen Fähigkeiten des Denkens und des Willens. Der Geist des Menschen wird durch zwei Tatsachen gekennzeichnet: er hat kein neues somatisches inneres System entwickelt und er hat den Menschen veranlaßt, sich selbst ein eigenes Zeichensystem zu schaffen: die Sprache. So erschafft der Mensch das System, das ihn selbst konstituiert. Gleichzeitig mit der Entwicklung des menschlichen Geistes entstehen Werte. In diesen ästhetischen, ethischen und religiösen Werten enthüllt sich die ursprüngliche Intention der Evolution: die innere Anpassung an Gott.

Nachdem der Autor in einem I. Teil ausführlich die Grundlagen seiner biosemiotischen Theorie der Evolution dargestellt hat, geht er im II. Teil »Die innere Anpassung zwischen den Zeichensystemen« an die Aufgabe, aus der Anatomie und Physiologie der Nervensysteme deren symbolische Eigenschaften zu untersuchen, um sie auf die Sinn vermittelnde Struktur dieser Systeme zu beziehen. Auf dieser Basis analysiert und vergleicht er im Folgenden die verschiedensten Ich-Zustände wie Wachen, Schlafen, Träumen, Hypnose und Meditation sowie Gefühle und deren Ausdruck etwa im Lachen und Weinen. Ein großer letzter Teil ist der inneren Anpassung in Religion und Geschichte gewidmet. Hier beschäftigt sich *Rothschild* mit den Werten der Wahrheit und Heiligkeit, deren phänomenologischer Beschreibung und biosemiotischer Deutung. Die großen Weltreligionen werden als verschiedene Wege auf der Suche nach Erlösung gedeutet, mit unterschiedlichen Lösungen für das Verhältnis von Verinnerlichung und Veräußerlichung.

In der europäischen Kulturgeschichte stellt *Rothschild* seit Beginn der Neuzeit eine kontinuierliche Zunahme der äußeren Anpassung fest, die mit der Entwicklung der Dominanz der linken Hirnhemisphäre einhergeht. »Die Konfliktsituationen und Gefahren für den heutigen Menschen . . . sind Folgen der ungehemmten Dominanz der linken Hemisphäre, die von der rechten nicht mehr kompensiert wird, wie es früher durch die von der rechten Hemisphäre angeregten und mit Sinn erfüllten Religionen möglich war.« Eine Lösungsmöglichkeit sieht *Rothschild* in einem Bewußtseinswandel, der dazu führen müßte, daß wir »die Selbstbehauptung vermittels der linken Hemisphäre

und der rechten Körperseite der Bereitschaft zur Selbsthingabe und Sinnoffenheit der rechten Hemisphäre und der linken Körperseite unterstellen.« Dies würde bedeuten, daß der Mensch mit seiner Gotteskindschaft Ernst macht. Das Buch endet mit der Aufforderung: »es ist uns aufgetragen, die Kommunikation und den Dialog an Stelle der Überwindung und der Zerstörung des Anderen zu setzen, — der Andere, der doch ein Du sein kann und ein Geschöpf Gottes ist wie jeder von uns selbst.«

Rothschilds kühner Wurf einer semiotisch begründeten Ontologie hebt nicht nur den Dualismus zwischen Naturwissenschaften und Geisteswissenschaften auf, überwindet nicht nur die eng abgesteckten Grenzen von wissenschaftlichen Einzeldisziplinen wie Philosophie, Psychologie und Neurologie, sondern wagt es auch, Wissenschaft und Religion miteinander zu versöhnen. Seine zeichenwissenschaftlichen Analysen beruhen ausgewiesenermaßen auf der metaphysischen Voraussetzung eines »schöpferischen, sinngebenden Grundes der Welt«, der mit Gott identifiziert wird. Hier befindet er sich im Einklang mit zeitgenössischen prominenten Physikern und Astronomen (wie *Erich Jantsch,* mit dem er sich auseinandersetzt), die ebenfalls wieder die Frage nach Gott stellen.

Gabriele von Bülow (Berlin)

Christof Schorsch
Auf der Suche nach der Einheit. Ein philosophischer Essay

Verlag Die Blaue Eule, Essen, 1987, 108 S., Dm 21,—

Christof Schorsch, ein junger Berliner Kommunikationswissenschaftler und Philosoph, beschäftigt sich schwerpunktmäßig mit dem Verhältnis von Wissenschaft, Philosophie und Religion. Auf den letzten beiden Weltkongressen der World Association for Dynamic Psychiatry WADP stellte er unter den Titeln »Auf der Suche nach der Einheit — Philosophische Gedanken zum Begriffspaar »Kommunikation« und »Kommunion« und »Sehnsucht nach dem verlorenen Paradies« einen philosophischen Entwurf zur Evolution von Mensch und Kosmos auf kommunikationswissenschaftlicher Basis vor. Nun liegt sein »philosophischer Essay« vor, der die Ansätze beider Arbeiten in erweiterter Fassung ausführt.

Der Autor versteht Evolution als einen universellen Prozess eines Gesamtsystems, wodurch sich das Absolute im Relativen und als dieses entfaltet. Das Absolute stellt das fundamentale Seinsprinzip dar, das Unbedingte, das Göttliche, den Ursprung, den Urgrund und zugleich Ziel von allem bedingt und abhängig Seienden oder Relativen. Durch die Einbeziehung von systematischen Ansätzen verschiedenster Disziplinen sucht er die Rekonstruktion eines einheitlichen Weltbildes zu erstellen, wobei der neueste Stand naturwissenschaft-

licher Forschung Berücksichtigung findet.

Der Autor beschreibt die Entwicklung von Mensch und Kultur als einen evolutionären dialektischen Prozess, der durch Differenzierung und Komplexion von Materie, Leben und Bewußtsein zu höherer Ordnung voranschreitet. Hierin stellt das sich entfaltende Etwas, das Göttliche dar, das im mystischen Bewußtsein zu sich selbst kommen kann. Dies Absolute oder Göttliche ist nicht nur vergangenen Ursprungs, sondern auch gegenwärtiger Urgrund und zukünftiges Ziel der Welt. Erklärungshintergrund dieser evolutionären Dialektik, die mit einer Fülle von Daten aus Naturwissenschaft und Philosophie belegt wird, bilden die Zeitperspektiven der Diachronie und Synchronie. Diachronie bedeutet Werden und Evolution, Gerichtetheit der physikalischen Zeit, wobei zwei zeitliche Momente aufeinander folgen. Die Evolution hat damit einen definitiven Anfang und ein definitives Ende. In der Synchronie ist das evolutionäre Werden selbst in einer höheren Einheit aufgehoben. Nicht der Strom der Zeit ist hier bedeutsam, sondern »die unzeitliche Gegenwart des Einen im ewigen Jetzt seines absoluten Seins.« Auf der Ebene menschlichen Erlebens entspräche dieser synchronen Perspektive eine besondere Qualität psychischen Zeiterlebens, mit der sich *Günter Ammon* in seiner Arbeit »Das Konzept der Zeit und ihre Bedeutung für die Behandlung in der Dynamischen Psychiatrie« auseinandergesetzt hat: die durch bedeutsame Begegnungen und sinnvolles Tätigsein erfüllte, lebendige Zeit, die ebenfalls die linear verlaufende Zeit auf einer neuen Dimension überwindet und sich bis zu einem Gefühl von Ewigkeit steigern kann.

Schorsch zeichnet sodann Entstehung und Entwicklung des Universums nach. Über den Anfang der Welt gibt es nichts Sicheres, aber es gäbe gute Gründe für die Vermutung eines Anfangs, eines singulären Zustands unendlicher Dichte, einer allesumfassenden Einheit, eines singulären Etwas, aus dem sich das Universum durch den »Urknall« ausfaltet, expandiert und differenziert, um in einem umgekehrten Prozess seine Geschichte wieder zu beenden. Auch die Entstehung des menschlichen Bewußtseins ist als ein allmählicher Prozess der Ausdifferenzierung aus einer unbewußten Einheit zu begreifen. Ihm entsprechen im evolutionären Prozess entstandene Bewußtseinstrukturen, die der Autor in Anlehnung an *Jean Gebser* als archaische, magische, mythische und mentale bezeichnet. Er beschreibt den Prozess der »Ausdifferenzierung des mentalen Ich-Bewußtseins aus dem mythischen Gruppenbewußtsein« als eine »dramatische epochale und beispiellose Verlagerung der Loyalität vom Unpersönlichen zum Persönlichen.« Jetzt wird das Individuum zum Maß aller Dinge, mit weitestgehender Unabhängigkeit von der Natur und sogar Kultur. Erst jetzt wurde es möglich, daß das Ich sich selbst zum Objekt des Denkens machen konnte. Allerdings wird die Herausbildung des individuellen Ichs als leidvolle Trennung und Fragmentierung erfahren, als Quelle von Entfremdung und als Antrieb, diese aufzuheben und die verlorengegangene Einheit wiederzufinden. Diese Angst des einsamen Ichs läßt sich als menschliche Urangst auffassen, oder auch als Urfrage, die Getrenntheit überwunden wer-

den kann, wie man das eigene individuelle Leben transzendieren und einswerden kann.

Diese Frage versteht der Autor als zentrale Frage des Menschen, die stets die gleiche war, auf die nur die Antworten verschiedenartig lauteten. Aus der Perspektive einer evolutionären Dialektik folge die Notwendigkeit einer Fortentwicklung des mentalen Selbstbewußtseins zu einem »mystischen Überbewußtsein« — das von *Gebser* »integrales Bewußtsein« genannt wird — für den einzelnen Menschen und für die kulturelle Evolution.

Stellt die Religion den Versuch dar eines Rückbezugs der Vielheit auf die Einheit, bietet die Mystik einen direkten Zugang zur Gegenwärtigkeit von Einheit und Vielheit. Während Philosophie und Erkenntnistheorie noch im Streit liegen um eine Kongruenz von Erkenntnis und Wirklichkeit, vermag der Mystiker die Welt zu erfahren, wie sie »an sich« ist. »Mystische Erfahrung ist reine Empirie«. Zu dieser Erfahrung sind die Menschen fähig, sie haben nur vergessen, wonach sie in Wahrheit und von Anbeginn streben: Heilung besteht darin, hinaufzusteigen zu dem Uranfang im eigenen Selbst und aus der Vielheit ein Eines zu werden.

Mit der »Systemphilosophie«, so der Anspruch des Autors, die zwischen mentalem und mystischem Bewußtsein anzusiedeln sei, ließe sich ein konsistentes Wirklichkeitsmodell darstellen, das die Vielzahl der Ereignisse in einen sinnvollen Gesamtzusammenhang einordnet. Hierdurch ließe sich eine philosophische Neubegründung für den Menschen, für die Verantwortung für andere Menschen, für die Ehrfurcht vor dem Leben und für die allumfassende Verbundenheit der Menschen ableiten: durch die Einheit mit dem Sein und durch ein evolutionäres Gewordensein sind wir mit allen anderen verbunden. Damit läßt sich auch eine Verantwortung begründen für die Art und Weise der gesellschaftlichen Evolution, die auch den anderen Menschen einschließt. »Wir können nicht allein um unser eigenes Heil kreisen«.

Die derzeitige krisenhafte Entwicklung der Gesellschaft macht die individuelle und kollektive Suche nach neuen menschlichen Lebensformen, Werten und Philosophien und die Frage nach dem Sinn des eigenen Lebens und nach dem gesellschaftlichen Handeln immer dringlicher. Aber eine »kollektive Heimkehr« des Menschen aus Trennung und Entfremdung zur Einheit mit dem Einen sei noch nicht in greifbare Nähe gerückt. Der Weg zum Göttlichen sei bislang immer nur ein individueller gewesen, »die Mystik taugt nicht zur Massenbewegung«.

Die Systemphilosophie, wie sie uns *Schorsch* in seinem Essay vermittelt, vermag die Notwendigkeit eines Verständnisses, das sich auf Gesamtzusammenhänge evolutionärer Prozesse richtet, deutlich zu machen. Die Weiterentwicklung oder Transformation des mentalen zum anvisierten mystischen »Überbewußtsein« allerdings bleibt abstrakt. War etwa die Entwicklung des mentalen Bewußtseins noch an Gruppenprozesse gebunden, wird die weitere Entwicklung jetzt als ein individueller Akt gesehen. Dem möchten wir entgegenhalten, daß Individuierung und Weiterentwicklung stets innerhalb von Gruppen

prozessen erfolgen, die so eine Vermittlungsebene für die Entstehung neuer Bewußtseinsstrukturen bilden können.

Durch die Integration unterschiedlicher Disziplinen und Wissensgebiete in ein philosophisches zusammenhängendes Deutungssystem ist *Schorsch* ein sehr anregendes Büchlein gelungen. Den geistigen Hintergrund seiner Arbeit bildet das seit einiger Zeit neu erwachte Interesse an einer ganzheitlichen Theorie der Evolution, die in den Naturwissenschaften ebenso wie in den Geisteswissenschaften die Frage nach der Sinnhaftigkeit von evolutionären Prozessen aufwirft. Erwähnt seien hier nur *Erich Jantschs* »Die Selbstorganisation des Universums«, in dem er Sinn »als evolutionäre Verbundenheit«, als Maß evolutionären Fortschritts versteht, die Auseinandersetzungen des Philosophen *Hans Jonas,* dem gerade der Friedenspreis des Deutschen Buchhandels für seine Bemühungen um eine Ethik der Verantwortung verliehen wurde, um den Begriff eines evolvierenden Gottes; schließlich *Friedrich S. Rothschilds* »Evolution als innere Anpassung an Gott« (siehe die Besprechung auf S. 270ff).

Jürgen Blechschmidt, Gabriele von Bülow (Berlin)

Luciano Rispoli (Hrsg.)
Il Corpo E Le Psicoterapie (Der Körper und die Psychotherapien)

Idelson, Napoli, 1985, 150 S.

Das Buch »Der Körper und die Psychotherapien«, von *Luciano Rispoli,* dem Präsidenten und Mitgründer des Wilhelm-Reich-Studienzentrums in Neapel herausgegeben, beinhaltet Vorträge und Diskussionen aus zwei wissenschaftlichen Kongressen, die unter den Titeln »Der Körper und die Psychotherapien« und »Logisches und kreatives Denken« in Neapel 1983 stattfanden.

Die Tatsache, daß die Diskussionsbeiträge von Teilnehmern unterschiedlicher Berufe und Fachrichtungen (neben Psychiatern und Psychologen auch Kindererzieher, Erziehungswissenschaftler, Sozialtherapeuten, einer Architektin u.a.), sowie von Vertretern mehrerer therapeutischer Konzepte stammen, erlaubt eine umfassende, facettenreiche Beleuchtung der komplexen Thematik.

Im ersten Teil des Buches findet der Leser eine historische und theoretische Einführung in die Reich'sche Charakteranalyse und ihre heutige Weiterentwicklung als ein Körper und Psyche integrierendes Therapiekonzept. Gerade heute — schreiben *Luciano Rispoli* und *Barbara Andriello* — nach einer langen Vorgeschichte viktorianisch geprägter Moral falscher Tugendhaftigkeit und eines erbitterten Kampfes »gegen die Präsenz, die Bedürfnisse und Erwartungen des Körpers und einer wahrgenommenen und erlebten Sexualität«, gilt es, dem anderen Extrem entgegenzuwirken, indem man auf die mangelhafte theoretische und experimentelle Untermauerung moderner Körpertechniken hin-

weist. Hinter dem Versuch, das »Wiederfinden der Lebensfreude« mit mehr oder weniger einfachen Rezepten herbeizuführen, verbirgt sich die alte Trennung von Körperlichkeit und Emotionalität, von analytischer Intelligenz und Geistigkeit unter neuem Gewand. Demgegenüber postuliert Wilhelm Reich eine primäre Körper-Psyche-Einheit, deren spätere Entwicklung beim Kleinkind unter dem Druck pathologischer Einflüsse der Umgebung — insbesondere durch eine gestörte Mutter-Kind-Beziehung — blockiert wird und zu einer Spaltung Soma/Psyche, später zu ihrer Opposition führt.

Ermöglicht wird diese pathologische Spaltung durch den ursprünglich vorhandenen Gegensatz zwischen dem Ich und der äußeren, narzißtische Unbefriedigtheit und Frustration implizierenden Umwelt. Die Folge ist die einseitige, desintegrierte, oder die pathologisch gestörte, kranke Persönlichkeit. Deshalb ist es konsequent, in der Therapie auf beiden Niveaus, dem psychischen und dem somatischen, einzuwirken, durch Analyse charakterlicher Widerstände einerseits und neurovegetative Mobilisation andererseits (unter dem Gesamtbegriff der Charakteranalytischen Vegetotherapie) mit dem Ziel ihrer Reintegration und einer daraus resultierenden autonomen Individualität. Therapie bedeutet in diesem Zusammenhang nicht Wiederherstellung, sondern Aufbau der zerstörten Einheit auf einer höheren Ebene, auf der Körperlichkeit mit Phantasie und Emotionen integriert wird. Aus der gleichen Erkenntnis heraus stellt sich andererseits auch die präventive Aufgabe im Bereich der Arbeit mit Kleinkindern und ihren Familien.

Sinnvollerweise werden die theoretischen Ausführungen durch einige Fallbeschreibungen ergänzt, in denen sich Störungen der Körperhaltung, der Atmung und insbesondere der muskulären Tonisierung als Symbole früherer Konflikte und gestörter psycho-somatischer Einheit entpuppen und richtungsweisende »Schlüsselpunkte« für den weiteren, kombiniert psychotherapeutisch-vegetotherapeutischen Prozeß liefern. Körper heißt für *Rispoli* »mehr als ein bloßer Botschaftssender: Im Körper sind Situationen kristallisiert, die in frühkindlichen und späteren Evolutionsphasen erlebt wurden«. Gleichzeitig sind die Körpergrenzen auch »Elemente, auf welchen das Bewußtsein der eigenen Bewegung im Raum und der eigenen Identität basiert«. Das Reich'sche Konzept der Bewegung beinhaltet neben ihrer sichtbaren Aspekte auch subtilere, innere Energieverschiebungen, die sich in vegetativen Funktionen wie Darmperistaltik, Blutzirkulation und Blutdruck äußern.

Der letzte Teil behandelt die Prävention im Licht der psychopädagogischen Erkenntnisse der Forschungsarbeit im Wilhelm-Reich-Studienzentrum; insbesondere werden primärgruppenbedingte, soziale und kulturelle Einflüsse auf die Entwicklung des Kindes hervorgehoben und untersucht. Betont werden Probleme der sprachlichen Erwachsenen-Kind-Kommunikation, sowie der Überbetonung des Kognitiven auf Kosten des Kreativen in der Erziehung, die letzten Endes zu einer Antithese zwischen linearer Logik und mehrdimensionaler Kreativität führt, die die Spaltung Körper/Psyche dupliziert. Ansätze einer anderen, auf spielerischem Lernen basierenden, logisch-kreativen und kör-

perlich-geistigen Pädagogik, wie im eigenen Experimentellen Kindergarten des Zentrums praktiziert, werden diskutiert.

Die Bedeutung des Buches liegt gerade in der klaren Betonung einer ganzheitlichen, mehrdimensionalen Anschauung des Menschen, in dem Körper und Geist, Logik und Kreativität nicht mehr Gegensätze, sondern verschiedene Seiten einer reifen menschlichen Individualität darstellen.

Egon E. Fabian (München)

Mario Bonetti
Staat und Gesellschaft im karibischen Raum im 16. Jahrhundert. Beiträge zur Soziologie und Sozialkunde Lateinamerikas. Bd. 25

Fink-Verlag, München, 1984, 668 S., mit zahlr. Abb. u. Tab.

Die Entstehung der Bevölkerungs- und Klassenstrukturen der heutigen Dominikanischen Republik ist ein tragisches, aber auch außerordentlich spannendes Kapitel in der Geschichte des karibischen Raums im 16. Jahrhundert: Die physische Vernichtung der indianischen Urbevölkerung, die brutale Ausbeutung der afrikanischen Sklaven und die blutige Unterwerfung ihrer Aufstände stehen am Anfang dieser Geschichte. Sie sind die Mittel, mit denen die Spanier ihre Herrschaft auf der Insel »Hispaniola« durchsetzten und damit die Grundlagen für deren weitere Entwicklung bis in die Gegenwart hinein legten. Am Anfang steht aber auch der in allen Formen geleistete Widerstand und die afrikanoide Gegenkultur, die sich der spanischen Herrschaftsideologie entgegenstellte und damit einen Raum für Selbstbestimmung ließ.

Aus europäischer Sicht von besonderem Interesse ist, wie all diese Auseinandersetzungen eingebunden sind in einen internationalen Kontext, in dem die damaligen europäischen Großmächte, neben Spanien v.a. England, Frankreich und Holland, sich einen Interessenkampf bis aufs Messer lieferten, bei dem es um den Zugang zu den amerikanischen Edelmetallen und Märkten ging. Hier kam es zu exotischen Allianzen zwischen europäischen Piraten und afrikanischen Sklaven, zwischen Protestanten und Anhängern afrikanischer Religionen, zwischen Aufständischen und einfachen Gangstern, zwischen diesen und Angehörigen der kolonialen Oberschicht, die sich — wenn auch aus unterschiedlichen Motiven — gemeinsam gegen die spanische Krone richteten.

Der erste Teil des Buches ist der ersten Phase der auf Goldwirtschaft beruhenden Kolonialgeschichte gewidmet. Hier wird dargestellt, wie die Suche nach dem Gold der eigentliche Antrieb für die koloniale Unternehmung war, der die einheimische Bevölkerung gnadenlos geopfert wurde: Bereits in den 20er Jahren des 16. Jahrhunderts war die Urbevölkerung durch die Greueltaten der Spanier, durch Versklavung und Überausbeutung, durch Krankheit und Unterernährung sowie durch kollektiven Selbstmord nahezu vollständig

ausgerottet. Dies sowie die gleichzeitige Erschöpfung der Goldvorkommen machten eine grundlegende Umstrukturierung der Kolonialwirtschaft erforderlich.

Im 2. Teil wird dargestellt, wie dies durch die Umstellung auf Zuckerwirtschaft und die Einführung von afrikanischen Sklaven erfolgte. Santo Domingo entwickelte sich dabei aufgrund seiner günstigen Lage zu einem wichtigen Umschlaghafen für den Handel Spaniens mit seinen Kolonien. Diese zweite Phase der Kolonisierung ging etwa bis 1570, als sich das Interesse der spanischen Krone zunehmend nach Mexiko, Kolumbien und Peru verlagerte und gleichzeitig die Zuckerproduktion durch wiederholte Sklavenaufstände in die Krise geriet.

Damit setzte eine dritte Phase der Kolonialwirtschaft ein (3. Teil des Buches), während der sich die Produktion auf kleinere landwirtschaftliche Erzeugnisse, u.a. Ingwer, und auf die Viehzucht bzw. Produktion von Rohfellen orientierte, für die von Seiten Europas eine gute Nachfrage bestand. Sowohl die Zuckerproduktion, als auch die Land- und Viehwirtschaft der 3. Phase beruhten auf der Ausbeutung afrikanischer Sklaven. Daneben wurde eine noch größere Zahl von Afrikanern als Haussklaven bei der insularen Oberschicht, bestehend aus den Beamten der spanischen Krone, dem Klerus, den Händlern, Zuckerproduzenten und Viehzüchtern, beschäftigt. Bereits in den 50er Jahren des 16. Jahrhunderts war die schwarze Bevölkerung zahlenmäßig bei weitem überlegen, so daß in den Kultur- und Lebensformen die afrikanischen gegenüber den spanisch-katholischen Elementen dominierten. Die Klassenstruktur war weitgehend durch den Antagonismus von Sklavenhaltern und Sklaven bestimmt. Die Ausbeutungsmethoden waren dabei zunächst nicht weniger brutal als vorher gegenüber den indianischen Ureinwohnern. Gegen Ende des Jahrhunderts lockerten sich diese Formen etwas, es entstanden mildere Varianten wie die Lohn- und Mietsklaverei, wodurch ein Raum geschaffen wurde, in dem sich eine autonome afrikanische Kultur entwickeln konnte. Diese Subkultur war gleichzeitig auch der Nährboden für die Herausbildung einer delinquenten Unterwelt, in der gestohlen, geschmuggelt und gemordet wurde, wobei sich immer stärkere Kontakte und eine immer intensivere Zusammenarbeit mit den in der Karibik agierenden europäischen Piraten entwickelte.

Von einer Integration der Afrikaner in die koloniale Klassengesellschaft konnte somit keine Rede sein: Der unverbundene Kulturdualismus zwischen der feudal-monarchistischen Weltanschauung der Aristokratie einerseits und der afrikanoiden Subkultur der Sklaven andererseits zeugen von dem völligen Versagen integrativer, gegenüber der sozialen und politischen Hierarchie und ihren Symbolen Loyalitäten schaffender Herrschaftsmethoden, so daß systemkonformes Verhalten nur durch beständigen äußeren Zwang hergestellt werden konnte.

Der 4. Teil untersucht, wie sich aus diesem Dualismus heraus anarchistische Gegenstaaten bildeten, die ihre Vorläufer bereits in den indianischen Aufständen der 20er Jahre hatten. Eine echte Systembedrohung entstand aber erst

durch die Aufstände der »cimarrones«, der entlaufenen afrikanischen Sklaven, in der zweiten Hälfte des Jahrhunderts.

Mit der Dynamik dieser Aufstände und ihrer historischen Bedeutung beschäftigt sich der 5. und Hauptteil des Bandes: *Bonetti* zeigt hier, daß die Cimarrones-Bewegung nicht denkbar ist ohne ihre Einbettung in den damaligen internationalen Kontext, der v.a. durch den Gegensatz zwischen Spanien und seinen europäischen Feinden, d.h. England, Holland und Frankreich geprägt war. Der aufstrebende Kapitalismus in diesen Ländern war am Gold und den Märkten der spanisch-amerikanischen Kolonien interessiert. Bedingt durch die feudale Rückständigkeit Spaniens und die überlegene englische und flandrische Produktion floß einerseits das amerikanische Gold — über den Umweg über Spanien — indirekt in die europäischen Nachbarländer. Gleichzeitig wurde das Handelsmonopol der spanischen Krone mit den Kolonien zunehmend durch spanische Lieferschwierigkeiten unterhöhlt. Daneben jedoch taten die europäischen Piraten das Ihre, um spanische Silberschiffe zu kapern und die Handelsströme durch Schmuggel umzulenken. Die herrschende Klasse auf Hispaniola kallaborierte aufs engste mit den Piraten, da diese sie mit billigeren und besseren europäischen Waren versorgen konnten. Es kollaborierten aber auch die Afrikaner, v.a. die Cimarrones, die ihre Diebesgüter gegen die begehrten Waren der Piraten tauschen konnten. Somit wurde der Schmuggel zu einem die gesamte Inselbevölkerung umfassenden Glied, welches diese in ihrer Gesamtheit in Gegensatz zum spanischen Mutterland brachte. Demgegenüber trat der Klassengegensatz zwischen Sklaven und Sklavenhaltern zeitweilig sogar in den Hintergrund. Das Vorgehen der Krone gegen den Schmuggel war deshalb von ständigen Mißerfolgen gekennzeichnet, weil ihre ausführenden Organe z.T. selbst mit in dem Geschäft steckten. Gleichzeitig sicherten die Cimarrones-Aufstände den Schmuggel dadurch ab, daß sie die westlichen Gebiete der Insel für die verfolgenden Truppen unsicher machten. Die Afrikaner waren so zu nützlichen Verbündeten für die Weißen geworden, und die Cimarrones-Kämpfe nahmen immer mehr den Charakter einer Separationsbewegung von Spanien an.

Die europäischen Mächte, v.a. die Holländer, suchten sich diese revolutionäre Situation zunutze zu machen und in ihrem Sinne zu lenken, indem sie protestantisches Gedankengut auf Hispaniola einführten. Aus der Verbindung zwischen dieser Strömung und den afrikanischen Traditionen entstanden basis-demokratische Kulturformen, welche die spanische katholisch-hierarchische Herrschaftsideologie noch grundlegend in Frage stellten.

Da somit der gesamte Bestand der Kolonie gefährdet war und überdies die Gefahr bestand, daß das Beispiel Hispaniolas auch in anderen spanischen Kolonien Schule machte, entwickelte die spanische Krone einen weitgehenden Plan zur Aufstandsbekämpfung: Die Bewohner der nordwestlichen Gebiete sollten in die Nähe von Santo Domingo umgesiedelt, ihre Häuser in Brand gesteckt und ihr Land verwüstet werden. Mit dieser Politik der »verbrannten Erde« gelang es zu Beginn des 17. Jahrhunderts, die Aufstände endgültig nieder-

zuschlagen.

Aus der Verbindung zwischen Cimarrones und Piraten ging jedoch etwas hervor, was von *Bonetti* als Realisierung der Cimarrones-Utopie bezeichnet wird: Die sog. »Brüderschaft der Küste«, ein anarchistisches Staatengebilde auf der kleinen Insel »Tortuga«, welche der Hispaniola im Nordwesten vorgelagert ist. Bei seiner Gründung hatte sich eine Skala von Vertretern aller sozialen Klassen der europäischen und amerikanischen Gesellschaft, von Cimarrones bis zu verarmten Adligen über Verbrecher und Abenteurer zusammengefunden. In der radikal basis-demokratisch organisierten Gemeinschaft gab es kein Privateigentum; die Piraterie-Beute wurde nach strengen Regeln unter den Mitgliedern verteilt. Führerschaften entstanden auf der Grundlage persönlicher Beziehungen, wobei das Prinzip des Sozialdarwinismus herrschte. Weiße Frauen waren nicht zugelassen, um Rivalitäten zu vermeiden. Diese anarchistische Gemeinschaft konnte sich immerhin bis in die 80er Jahre des 17. Jahrhunderts, bis etwa zur Gründung der französischen Kolonie Haiti halten, mit der auch die Tortuga immer mehr ins französische Kolonialsystem integriert wurde.

Der 6. und letzte Teil des Buches als Exkurs geschrieben, beschäftigt sich mit der Rolle des deutschen Kaufmannskapitals, allen voran der Welser, im karibischen Raum des 16. Jahrhunderts. V.a. wird auf den entscheidenden Anteil der Welser bei der Sicherung und Regulierung des Sklavenhandels hingewiesen. Weiterhin zeigt *Bonetti*, daß die spanische Kolonialadministration ihren vielfältigen Aufgaben der Eroberung und Besiedlung, des Aufbaus von Produktionssystemen, der Versorgung und politisch-militärischen Absicherung zu weiten Teilen nicht gewachsen war und daher vielfach auf die Hilfe privater Unternehmungen zurückgreifen mußte. In diesem Zusammenhang fiel den Welsern eine entscheidende Rolle der Kolonialisierung Venezuelas und Santo Domingos zu, wo sie u.a. mit Hilfe einer überlegenen Technik und erfahrener Arbeitskräfte an der Entwicklung des Bergbaus beteiligt waren und wo sie über ein hoch entwickeltes Kommunikations- und Transportnetz den Kolonialhandel organisieren halfen.

Was also das Buch *Bonettis* insgesamt so spannend macht, ist, daß hier ein Kapitel der Geschichte des karibischen Raums als ein Kapitel der europäisch-amerikanisch-afrikanischen Begegnung geschrieben worden ist, in dem die jeweils sehr unterschiedlichen Kultur- und Entwicklungsbeiträge der in die Auseinandersetzungen verwickelten sozialen Gruppen in ihrem teils widersprüchlichen Zusammenspiel dargestellt werden.

Barbara Töpper (Berlin)

Bernhard Richarz
Heilen, Pflegen, Töten — Zur Alltagsgeschichte einer Heil- und Pflegeanstalt bis zum Ende des Nationalsozialismus

Vandenhoeck und Ruprecht 1987, 201 S., mit 27 Tab., Kart. DM 39,80

Jahrzehntelang hatte sich die Psychiatrie und Psychoanalyse in Deutschland das Thema »Drittes Reich und Holocaust« und ihre eigene Rolle in jener Epoche nahezu mit Schweigen übergangen. Nachdem sich *Alexander Mitscherlich* unter dem Eindruck des Nürnberger Ärzteprozesses 1949 in seinem Buch »Wissenschaft ohne Menschlichkeit« und 1960 zusammen mit *Fred Mielke* in dem weiteren Buch »Medizin ohne Menschlichkeit« mit den Verbrechen der Humanwissenschaft in der NS-Zeit beschäftigt hatte, war es ruhig um die Diskussion dieses Tatbestandes geworden.

Ende der 70er Jahre und verstärkt in den 80er Jahren begann nun vor allem die junge Generation der Psychologen, Psychoanalytiker und Mediziner, sich mit der Berufsauffassung, ethischen Haltung und Mitwirkung ihrer Berufskollegen an den Verbrechen der Nationalsozialisten auseinanderzusetzen: *Ulfried Geuter* setzte sich in seinem 1984 erschienenen Buch kritisch mit der ethischen Haltung und dem Menschenbild der deutschen Psychologie im Nationalsozialismus auseinander (vgl. unsere Buchbesprechung in Dyn. Psychiat. (18) 448—449) und die Zeitschrift »Psyche« beschäftigte sich 1983 und 1984 in einer Aufsatzreihe mit der Rolle der in Deutschland gebliebenen Psychoanalytiker zwischen Anpassung und Widerstand (vgl. die Besprechung der 1984 erschienenen Buchausgabe der Aufsätze von *H.M. Lohmann* in Dyn. Psychiat. (18) 449—450). Ebenfalls 1984 hielt *Günter Ammon* auf Einladung israelischer Wissenschaftler im Rahmen eines Symposiums über Holocaust der Universität Haifa und anderer wissenschaftlicher Einrichtungen Israels als erster deutscher Psychoanalytiker einen Vortrag zur Dynamik des Holocaust, in dem er die ethische Dimension des Holocaust zu erfassen sucht und seine identitätszerstörende Wirkung. Er plädierte dafür, durch methaphorisches Denken in der Therapie das Umgehen mit dem immensen Leid, das man nicht weganalysieren kann, zu erleichtern und neue Perspektiven für das Leben zu suchen. Konzentrierte sich *Ammon* vor allem auf den identitätszerstörenden Aspekt des Nazi-Terrors und seine psychotherapeutische Aufarbeitung, setzte sich *Hartmut Hanauske-Abel* mit der Haltung der Mediziner zu den Nazi-Verbrechen auseinander und ihren Folgen für unsere Gesellschaft: Im Mai 1986 hielt er vor dem 6. Weltkongreß der Internationalen Vereinigung der »Ärzte für die Verhütung des Atomkrieges« in Köln vor über 4 000 Ärzten aus 59 Ländern einen Hauptvortrag zum Thema: »Vom Nazi-Holocaust zum nuklearen Holocaust — Wiederkehr eines historischen Modells?«, der im August 1986 in der englischen Medizin-Zeitschrift »Lancet« abgedruckt wurde. Keine deutsche Ärzte-Zeitung druckte seinen Beitrag nach, der die Rolle des deut-

schen Ärzteblattes als Sprachrohr rassenbiologischer Pseudotheorien und die Beteiligung der Ärzte an Menschenversuchen in den KZs nachzeichnet. Im Gegenteil, der Präsident der Deutschen Ärztekammer, *Karsten Vilmar,* kritisierte in einem Interview im Deutschen Ärzteblatt am 30.4.1987 unter der Überschrift »Die ›Vergangenheitsbewältigung‹ darf nicht kollektiv deutsche Ärzte diffamieren« die »Diskreditierung deutscher Ärzte im Ausland« und schrieb die Verbrechen von Ärzten im Dritten Reich einer kleinen Gruppe von etwa 400 Ärzten zu. Immerhin griffen viele kritische Leserbriefe seine apologetischen Thesen an und schließlich beschloß der Deutsche Ärztetag im Mai 1987 als Auftrag an seinen Vorstand, das »Thema Medizin und Nationalsozialismus in geeigneter Form weiter zu diskutieren und aufzuarbeiten.«

Eine solche wissenschaftliche gründliche Auseinandersetzung mit der Rolle der Anstaltspsychiatrie im Nationalsozialismus ermöglicht *Berhard Richarz* in seiner bei Vandenhoeck und Ruprecht erschienenen Studie über die Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar bei München, eine überarbeitete Fassung seiner Promotionsarbeit an der Universität Erlangen.

Die akribisch dokumentierte Alltagsgeschichte einer Heil- und Pflegeanstalt macht die tiefe ethische Ambivalenz deutlich, die die Geschichte der Anstaltspsychiatrie seit ihren Anfängen am Beginn des 19. Jahrhunderts durchzieht: sahen die Humanisten unter ihnen — wie *Langermann* und *Stahl* — die Menschenwürde des psychisch kranken Menschen als wesentlich an, den menschlichen Kontakt mit ihm, das Gespräch, die Wiederherstellung und Reintegration seiner geistigen und körperlichen Fähigkeiten, so griffen die »Somatiker« aufgrund ihres rein somatischen Krankheitsverständnisses zu zwangsweisen somatischen Therapien wie Aderlaß, Duschbäder, Salbeneinreibungen oder Fixierung durch Zwangsinstrumente, Ausdruck eines fehlenden therapeutischen Kontaktes zwischen Arzt und Patient und der Mißachtung der Menschenwürde und oft auch Ausdruck therapeutischer Hoffnungslosigkeit der Ärzte. Auch im 20. Jahrhundert setzte sich, wie auch die Geschichte der Heil- und Pflegeanstalt Haar belegt, dieser tiefgreifende Konflikt um Menschenbild und Therapieansatz in der Anstaltspsychiatrie fort: Auf der einen Seite förderten ab 1926 die Ärzte in Haar die Einführung der von *Hermann Simon* in der Anstalt Gütersloh entwickelten Arbeitstherapie, die die gesunden Funktionen des Patienten fördern und ihn wieder an ein werktätiges Leben in seiner sozialen Umgebung gewöhnen soll, eine Therapieform, die Ärzte und Pfleger zu einem stärkeren Kontakt mit den Patienten motiviert, wie es der Haarer Anstaltsarzt *Mayr* 1929 ausdrückte: »Es unterliegt keinem Zweifel, daß die Durchführung dieser Therapie eine bedeutsame Umformung der bisherigen Tätigkeit des Abteilungsarztes mit sich bringt, die sich vor allem in einem intensiveren Sich-Einfühlen in den Kranken äußern wird.« (*Mayr* 1929, zitiert nach *Richarz* 1987). Ebenso auf die Stärkung der konstruktiven Fähigkeiten des psychisch Kranken und seine Reintegration in die Gesellschaft zielte die in den 20er Jahren eingerichtete offene Fürsorge der Anstalt, die durch ambulante psychiatrische und soziale Nachsorge und Aufklärung der Angehörigen die

Patienten nach ihrer Entlassung therapeutisch zu stabilisieren suchte. Beide Therapieformen — Arbeitstherapie und offene Fürsorge — gehen von einem Krankheitsverständnis aus, das die psychiatrische Erkrankung als zumindest teilweise umweltabhängig und deshalb durch gezielten therapeutischen Kontakt beeinflußbar ansieht.

In einer therapeutischen und ethischen Grauzone zwischen jenen am menschlichen Kontakt orientierten, den Kranken ernstnehmenden Therapieformen und dem »Verwahren« der psychisch Kranken, wie es für viele Patienten auch in Haar weiter praktiziert wurde, bewegten sich die somatischen Therapieformen der Insulinschocktherapie, der Krampftherapie durch Cardiazolinjektionen und der Elektrokrampftherapie. Sie sollten im Verständnis der sie anwendenden Ärzte die Patienten aus akuten psychotischen oder depressiven Zuständen befreien, sie »umstimmen«, und stellten eine somatische therapeutische Intervention anstelle therapeutischer Passivität dar, griffen aber zugleich tief in die Körperlichkeit und die Psyche des Patienten ein, ohne daß die Ärzte über genügend Wissen um die körperlichen Risiken und Psychodynamik der Therapien verfügten. Den Hintergrund bildete ein Krankheitsverständnis, das nicht die eigene aktive Rolle des Patienten in der Heilung durch Zutrauen und Forderung des Therapeuten beinhaltete, sondern die Beeinflussung oder Durchbrechung physiologischer und psychischer Mechanismen von außen, wenn auch Effizienzstatistiken ihre Wirksamkeit zu belegen scheinen.

Bewegten sich — wie *Richarz*'s Buch durch seine präzisen Fallgeschichten deutlich macht — jene somatischen Verfahren in einer ethischen Grauzone zwischen dem Respekt vor der Persönlichkeit jedes Menschen einerseits und der Manipulation der Menschen durch den Therapeuten andererseits, bewirken die dominierenden erbbiologischen Konzeptionen in der Universitätspsychiatrie, wie sie am Beginn des 20. Jahrhunderts von prominenten Psychiatern wie *Kraepelin* vertreten wurden, in ihrer Konsequenz die Herausbildung einer dualistischen Ethik von »biologisch höher- und minderwertigen« Menschen und führen nach Auffassung ihrer Vertreter zur sog. »Rassenhygiene«, d.h. zu der Auffassung, die Menschen sollten in ihren zwischenmenschlichen Beziehungen nur mit Menschen mit biologisch als höherwertig definiertem Erbgut Kontakt haben — eine unmenschliche Ethik und Gesellschaftsauffassung, die geistig-moralisch den Verbrechen des Nationalsozialismus den Boden bereitet. Für *Kraepelin* haben, wie er 1927 in seinem Psychiatrielehrbuch ausführt, »soziale Auslesevorgänge« wie Krieg und Berufskrankheiten zur allmählichen »Ausmerzung« der »besten Anlagen« geführt, was seines Erachtens die Ausbreitung psychiatrischer Krankheiten fördert. Er stellt bei über 40 % aller psychiatrischen Patienten eine »erbliche Entartung« als Ursache der psychischen Erkrankung fest, u.a. bei Schizophrenie und Depression (vgl. *Kreapelin* und *Lange* 1927, Bd. 1, zitiert nach *Richarz* 1987). Diese dominante erbbiologische Richtung in der Universitätspsychiatrie, die trotz schwerer methodischer Unzulänglichkeiten von einem gesicherten Beweis der Erblichkeit psychischer

Erkrankung ausgeht, übte einen zunehmenden Einfluß auf die Anstaltspsychiater in Deutschland aus, selbst die Vertreter der offenen Fürsorge beteiligten sich an Vorträgen über »Rassenbiologie« und »Rassenhygiene« und es kam schon in der Weimarer Republik in psychiatrischen Anstalten zu Sterilisierungen gegen den Willen der Patienten — sogar ohne gesetzliche Regelung, wie sie die NS-Bürokraten später schufen.

Richarz' Buch macht an dieser Stelle überdeutlich, wie bereits **vor** dem organisierten Verbrechen der Nationalsozialisten und ihrer politischen, juristischen, militärischen und medizinischen Helfer eine unmenschliche biologistische Rassenethik, die Menschen in zwei Gruppen spaltet, und ein therapeutischer Nihilismus zu Verbrechen an Menschen durch Zwangssterilisierung führte. Im Nationalsozialismus wurde dann das erbbiologische und rassenbiologische Denken in der Psychiatrie in grausiger Konsequenz angewendet: Wie *Richarz* in bedrückenden Statistiken, bürokratischen Briefwechsel, Krankheitsgeschichten und erschütternden Patientenbriefen deutlich macht, wurde als erster Schritt der Entmenschlichung der Medizin nach von den Nazis 1933 geschaffenen gesetzlichen Grundlagen unter Mitwirkung der Anstaltsärzte als Antragsteller und weiteren Ärzten als Beisitzer an den sog. »Erbgesundheitsgerichten« Tausende von Zwangssterilisierungen von psychiatrischen Patienten verfügt und von Ärzten durchgeführt, alleine in Haar mindestens 1 700, in Deutschland insgesamt ca. 350 000.

Eine Ethik, die die körperlich-psychische Verstümmelung der Zwangssterilisierung bei psychisch Kranken billigt mit dem Argument ihrer Unheilbarkeit und ihrer »erbbiologischen Minderwertigkeit«, führt in ihrer Konsequenz zur Überlegung, aus wirtschaftlichen und ideologischen Gründen und wiederum mit dem pseudohumanitären Argument der Unheilbarkeit auch die Tötung, d.h. den Mord an psychisch Kranken zu organisieren.

Von 1939 bis 1941 wurde — wiederum unter bürokratischer Mitwirkung zahlreicher Ärzte als Auswählende in den Anstalten und Gutachter in den bürokratischen Todeskommissionen die sog. Euthanasie, d.h. der Mord an über 10 000 psychisch Kranken organisiert: a) über den sog. »Reichsausschuß zur wissenschaftlichen Erforschung von erb- und anlagebedingten schweren Leiden« von 1939 bis zum Kriegsende der Mord an körperlich und geistig behinderten Kindern (etwa 5 000); b) über die »Reichsarbeitsgemeinschaft Heil- und Pflegeanstalten« die Tötung von Patienten der Heil- und Pflegeanstalten, die nach der Anschrift der verantwortlichen Dienststelle in Berlin, Tiergartenstr. 4 »Aktion T 4« genannt wurde als Tarnname; c) die Tötung psychisch Kranker und arbeitsunfähiger Häftlinge in KZs nach Begutachtung durch eine Ärztekommission, was unter dem Decknamen »14 f 13« lief.

Die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Bürokraten beim Massenmord funktionierte dabei — wie *Richarz* deutlich macht — fast reibungslos — nur wenige Ärzte und Pfleger in der Anstalt lehnten sich auf, viele ahnten das weitere Schicksal der abtransportierten Patienten, wollten aber nichts näheres wissen. In Haar fielen »Aktion T 4« über 900 Patienten zum Opfer.

Der zunehmende Protest aus den Reihen der evangelischen und katholischen Kirche, von Juristen und Ärzten, gipfelnd in der Predigt des Bischof von Münster, Graf Galen, am 3.8.41 in der er die Euthanasie-Aktion als Mord bezeichnete, führte zum offiziellen Stop der Tötungsaktion durch Hitler am 23.8.41, nachdem bereits 70 000 Menschen der Aktion T 4 zum Opfer gefallen waren. Wie sehr das inhumane Denken sich aber schon bei Ärzten und lokalen Behörden verselbständigt, belegen die von *Richarz* dokumentierten weiteren »unbürokratischen«, Tötungsaktionen von Patienten in Haar nach dem August 1941 durch Barbituratinjektionen und durch eine vom bayerischen Innenministerium verfügten »fettarmen Sonderkost« für die Patientengruppe, auf die die Kriterien der T-4-Aktion zugetroffen hatte, was bei exakter Durchführung ihren Hungertod bedeutete. Obwohl Köche und Pfleger versuchten, diese Unterernährung zu unterlaufen durch heimliche Zusatzrationen und Fälschung der Gewichtslisten, fielen der »Hungereuthanasie« in Haar über 400 Patienten zum Opfer. Daß die Zahl nicht höher war, lag — so haben *Richarz'* Forschungen ergeben — am Widerstand der Ärzte und Pfleger, die zwar den Abtransport der Patienten bei der eigentlichen Euthanasieaktion nicht verhinderten, aber nicht selber zu Mördern werden wollten. Erschreckend ist in diesem Zusammenhang die Rolle des Bayerischen Innenministeriums als regionaler Fortsetzer der zentral gestoppten »Euthanasie«.

Das erschütternde zeitgeschichtliche und medizinisch-statistische Material, das *Richarz* aufgearbeitet hat, macht die makabre Allianz von NS-Politikern, Bürokraten und Ärzten sichtbar, die zur Zwangssterilisierung und Tötung psychisch Kranker im Dritten Reich geführt hat, eine Allianz, die wissenschaftlich abgesichert wurde, wie *Richarz* belegt, durch psychiatrische Forschungseinrichtungen wie das Institut für Genealogie und Demographie der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie in München mit seiner erbbiologischen Forschung und seinen rassenhygienischen Publikationen.

Wie wichtig die rückhaltlose Aufklärung unserer Gesellschaft über die »Opfer der NS-Psychiatrie«, wie sie ein Artikel in der Frankfurter Rundschau im November 1987 nannte, für eine wirkliche Aufarbeitung der Medizingeschichte ist, machen einige unglaubliche Sachverhalte deutlich: Bundesfinanzminister Stoltenberg hat, so berichtete die Direktion des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen, Irmgart Gaertner, auf einer Tagung zum Thema »Psychiatrie im Nationalsozialismus« im November 1987, öffentlich festgestellt, eine Wiedergutmachung sei bei »Euthanasie«-Opfern »naturgemäß nicht möglich«, eine Verhöhnung aller Opfer. Bis heute haben auch die meisten von der Zwangssterilisierung Betroffenen keine Wiedergutmachung erhalten. Und erst im Sommer 1987 wurde in Berlin eine Gedenktafel an dem Platz angebracht, wo die Zentrale der »Aktion T 4« ihren Sitz hatte. Auf der anderen Seite dokumentiert *Richarz'* Buch im Anhang, wie »gut« viele der medizinischen Komplizen und Mitläufer des NS-Regimes das Ende des Dritten Reiches überstanden haben.

Richarz' Buch leistet nicht nur einen wichtigen Beitrag zur Aufklärung über

die NS-Psychiatrie, sondern gibt einen Anstoß zur Diskussion der ethischen Maßstäbe in der Psychiatrie: Letztlich — so macht *Richarz'* Buch deutlich — führt jede Ethik in der Medizin, die nicht jeden Menschen in seinem Wert, seiner Würde, seinen Fähigkeiten annimmt und ernstnimmt, zur Inhumanität und leistet jeder therapeutische Nihilismus solchen Tendenzen Vorschub.

Bernhard Richarz gebührt Dank für seinen Mut, das oft verdrängte Thema der Psychiatrie im Nationalsozialismus exemplarisch in einer Fallstudie aufzuarbeiten.

Helmut Volger (Berlin)

Nachrichten/News

Vorschau auf den kommenden Weltkongreß der WADP und DAP vom 7.—11. März 1988 in der Ludwig-Maximilians-Universität München zum Thema »Schizophrenie und Psychosomatik. Strukturelle und prozeßhafte menschliche Dimensionen (Behandlungsmethodik und Forschungskonzeptionen in der Dynamischen Psychiatrie)«

Seit 19 Jahren veranstaltet die Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP) — seit 6 Jahren zusammen mit der World Association for Dynamic Psychiatry WADP — internationale Kongresse unter der wissenschaftlichen Leitung ihres Gründers, Präsidenten und geistigen Vaters *Günter Ammon,* auf denen Wissenschaftler aus aller Welt neue Wege und Konzeptionen der Behandlung und Erforschung psychischer Krankheit vorstellen und diskutieren.

Auf dem bevorstehenden 6. Weltkongreß werden Schizophrenie und Psychosomatik in ihren strukturellen und prozeßhaften menschlichen Dimensionen thematisiert. Bei beiden Krankheitsbildern kann man strukturelle Gemeinsamkeiten beobachten und erforschen: Während man bei der Schizophrenie — oder besser gesagt der schizophrenen Reaktion — von geistiger Psychose sprechen kann, hat *Ammon* die Psychosomatik (in ihrer schwersten Form) auch als organische Psychose bezeichnet. So ist zu beobachten, daß bei einer schizophrenen Reaktion die Psychose unterbrochen wird, wenn eine körperliche Erkrankung auftritt, und umgekehrt, daß bei einer psychosomatischen Erkrankung eine psychotische Reaktion auftreten kann, sobald das somatische Symptom aufgehoben ist. Ebenso könnte man die Alexithymie, die bei der Psychosomatik oft beschrieben wird, mit dem emotional zurückgenommenen Zustand bei der Schizophrenie vergleichen.

Ein Höhepunkt des kommenden Kongresses ist die Teilnahme des Nobelpreisträgers und Neurophysiologen Professor Sir *John Eccles* aus der Schweiz. Als besonderes Ereignis darf ebenso gewertet werden, daß erstmals sowjetische Psychiater an einem Psychiatrie-Kongreß in der Bundesrepublik teilnehmen werden: Vom Bechterew-Institut in Leningrad hat eine Delegation unter der Leitung von Professor *Kabanov* ihre Teilnahme zugesagt. Aus der DDR nimmt der Krebsforscher und Physiker Professor *Manfred von Ardenne* aus Dresden teil, aus Österreich der Suizidforscher Professor *Erwin Ringel* (Wien), aus Israel der Hirnforscher und Begründer der Biosemiotik Professor *Friedrich S. Rothschild* (Jerusalem) sowie von der Medizinischen Hochschule Hannover der Sozialpsychiater Professor *Klaus-Peter Kisker.*

Im folgenden das vorläufige Kongreßprogramm:

6. WELTKONGRESS DER WORLD ASSOCIATION FOR DYNAMIC PSYCHIATRY WADP inc. Bern

XIX. Internationales Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V.

SCHIZOPHRENIE und PSYCHOSOMATIK

Strukturelle und prozeßhafte menschliche Dimensionen Behandlungsmethodik und Forschungskonzeptionen in der Dynamischen Psychiatrie

7.—11. MÄRZ 1988

Ludwig-Maximilians-Universität München

Wissenschaftliche Leitung: Dr. med. Günter Ammon

Klinischer Nachkongreß in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige, München, 12. März 1988

— Vorläufiges Programm —

Auskunft und Anmeldung:

Wissenschaftliches Komitee:
Dr. med. Günter Ammon, Lehr- und Forschungsinstitut für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik, Wielandstr. 27/28, 1000 Berlin 15, Tel. (0 30) 8 81 80 50/59

Organisationskomitee:
Alexander Stumvoll, Lehr- und Forschungsinstitut der DAP, Klenzestr. 55, 8000 München 5, Tel. (0 89) 2 01 15 86 / 87

Kongreßgebühr:
DM 300,— / Studenten: DM 100,—
Bankverbindung: Bank für Sozialwirtschaft, Kto. Nr. 8 882 606
(BLZ 700 205 00)

Montag 7. März 1988

Im Lehr- und Forschungsinstitut (LFI) der DAP, Klenzestraße 55, 8 München 5

14.00 Uhr Sitzung des Executive Council der World Association for Dynamic Psychiatry WADP
16.00 Uhr Sitzung des Board of Governors der WADP
18.00 Uhr Registration
21.00 Uhr Referenten-Empfang

Während des gesamten Kongresses:

Ausstellung: Die heilende Kraft in der Maltherapie.
Entwicklung in der Malerei von Patienten der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige
Ort: Ludwig-Maximilians-Universität

Dienstag 8. März 1988

8.30—9.30 Uhr Registration in der Ludwig-Maximilians-Universität
9.30 Uhr Meditation mit **Suman Bakhshi** (Frankfurt/M.)
10.00 Uhr **Eröffnung**
Eröffnungsansprache durch
Dr. med. Günter Ammon (Berlin/München)
Präsident der World Association for Dynamic Psychiatry WADP
Präsident der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP)
Chefkonsilarius der Dynamisch-Psychiatrischen Kliniken in Bayern

Ballade für Klavier in As-Dur opus 47
von Fréderic Chopin
Hildegard Stenda (München)

Überreichung der Goldmedaille und Urkunde
der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) an Team und Patienten der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige München, vertreten durch Dr. med. Rolf Schmidts, Chefarzt der Klinik

Überreichung der Ehrenfellowship der Deutschen Akademie für Psychoanalyse
an **Dr. Edward Dehné** (Carson City)
durch den Präsidenten Dr. Günter Ammon

Verlesen der Grußbotschaften an den Kongreß
durch Dr. med. Rolf Schmidts

Grußworte

Professor Dr. phil. Sir John Eccles, Schweiz
Nobelpreisträger für Medizin (Contra)

Professor Dr. med. Erwin Ringel, Österreich
Ordinarius für Psychologie an der Universität Wien, Ehrenpräsident der Internationalen Vereinigung für Selbstmordprophylaxe, Leiter der Psychosomatischen Abteilung der Psychiatrischen Universitätsklinik Wien, Chairman des österreichischen Zweiges der World Association for Dynamic Psychiatry WADP (Wien)

Profesor Dr. med. Friedrich Rothschild, Isreael
Hebrew University Jerusalem, Ehrenpräsident des Isreaelischen Zweiges der WADP (Jerusalem)

Professor Dr. h.c. mult. Manfred von Ardenne, DDR
Direktor des Forschungsinstitutes Manfred von Ardenne bzw. sein Vertreter Dr. Winfried Krüger (Dresden)

Erwin Eßl, BRD
Präsident der Bayerischen Gesellschaft zur Förderung der Beziehungen zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Sowjetunion e.V. (München)

Professor Dr. med. M. Kabanov, UdSSR
Direktor des Bechterew-Institutes (Leningrad)

Dr. med. Béla Buda, Ungarn
Leiter der Psychotherapeutischen Abteilung des National Institute for Nervous and Mental Diseases, Vize-Präsident der Ungarischen Psychiatrischen Gesellschaft, 1. Vize-Präsident der WADP, Chairman des Ungarischen Zweiges der WADP (Budapest)

Dipl.-Psych. Ilse Burbiel, BRD
Leiterin der Psychologisch-Diagnostischen Abteilung der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige München, Pressereferentin der WADP (München)

Professor Dr. med. Hallym Calehr, Indonesien
Präsident des International Acupuncture Psychosomatic Center Indonesia, Chairman des Indonesischen Zweiges der WADP (Djakarta)

Professor Judge Amnon Carmi, Israel
Richter am District Court of Haifa, Präsident der Society for Medicine and Law in Israel, Vize-Präsident der World Association of Medical Law, Präsident des Israelischen Zweiges der WADP (Haifa)

Dr. med. Edward Dehné, USA
Excutive Vice-President Continuing Medical Education of the International Health Society, 2. Vize-Präsident der WADP, Chairman des Amerikanischen Zweiges der WADP (Carson City)

Professor Dr. med. Dr. phil. Nicholas Destounis, Griechenland
President of the Hellenic Society of Psychosomatic Medicine, Director of the Department of Psychiatry of the University of Virginia, V.A. Medical Center Richmond, Chairman des Griechischen Zweiges und Vize-Chairman des Amerikanischen Zweiges der WADP (Richmond)

Professor Dr. med. Pier L. Eletti, Italien
Ordinarius für Psychische Hygiene an der Universität Florenz/Siena, Direttore Istituto di Psicoterapia di Firenze, Chairman des Italienischen Zweiges der WADP (Florenz)

Dr. med. Marius Erdreich, Israel
Director of Psychiatric Services Haifa City Medical Center (Rothschild), Chairman des Israelischen Zweiges der WADP (Haifa)

Dr. med. Jan Hermans, Niederlande
Kinder- und Jugendpsychiater, Chairman des Niederländischen Zweiges der WADP (Roermond)

Dr. med. John Kadri (Braimah), Ghana
Chairman des Ghanaischen Zweiges der WADP (Accra)

Amtsrat Hans Joachim Meyer, BRD
Vizepräsident der Union der Widerstandskämpfer und Verfolgtenverbände (UDWV) (Frankfurt/M.)

Professor Dr. phil. Elisabeth Philipow, BRD
Internationale Akademie für Ganzheitliches Lernen, Präsidentin der Deutschen Transpersonalen Gesellschaft (Schloß Berlepsch, Witzenhausen)

Professor Dr. med. Rita Rogers, USA
Clinical Professor of Psychiatry UCLA School of Medicine, Chief of the Division of Child Psychiatry at Harbor-UCLA Medical Center (Los Angeles)

Dr. med. Rolf Schmidts, BRD
Chefarzat der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige München, Chairman des Deutschen Zweiges der WADP (München)

Professor Dr. phil. Jai B.P. Sinha, Indien
A.N.S. Institute of Social Studies Patna, 3. Vize-Präsident der WADP, Chairman des Indischen Zweiges der WADP (Patna)

Dipl. Psych. Bernard Stritih, Jugoslawien
Höhere Schule für Sozialarbeit Ljubljana, Chairman des Jugoslawischen Zweiges der WADP (Ljubljana)

Professor Dr. med. János Szilárd, Ungarn
Direktor der Neuropsychiatrischen Klinik der Medizinischen Universität Szeged, Präsident der Ungarischen Psychiatrischen Gesellschaft (Szeged)

Vorträge

Chairman: Günter Ammon (Berlin/München)

Günter Ammon (Berlin/München)
Zur Humanstrukturellen Verwobenheit von Psychosomatik und Schizophrenie in einem ganzheitlichen Krankheitsverständnis

John C. Eccles (Contra)
The Spiritual Nature of the Self

Erwin Ringel (Wien)
Lebensfeindliche Tendenz als Gemeinsamkeit und Unterschied in Psychosomatik und Schizophrenie

13.00 Uhr	**Pressekonferenz** zum Thema »Schizophrenie unter Berücksichtigung von Erkenntnissen aus der Hirnforschung« Leitung: Ilse Burbiel

15.00 Uhr Großer Saal

Chairman: Günter Ammon (Berlin/München)

M. Kabanov (Leningrad)
Rehabilitation psychisch Kranker

Rita Rogers (Los Angeles)
Common Security in Europe — Psychosomatik Considerations

Friedrich Rothschild (Jerusalem)
Die Beziehung von Physik und Parapsychologie
unter besonderer Berücksichtigung psychokinetischer Phänomene vom Standpunkt der Biosemiotik

Klaus-Peter Kisker (Hannover)
Mögliches und Unmögliches im psychiatrischen und psychotherapeutischen Handeln

---

18.00 Uhr Diskussionsgruppen

20.30 Uhr Arbeitsgruppen und Kurzvorträge (im Lehr- und Forschungsinstitut der DAP, Klenzestraße 55)

Tara-Raum

Günter Ammon/Maria Berger
(Berlin/München)
Humanstruktureller Tanz
(AG)

Bibliothek
Chairman: Ulrich Koeppen (München)
Reverend Radha (München)
Das »Ich« und das Krokodil —
Ein schizophrener Vortrag
(KV)

L.I. Bhushan (Bhagalpur)
A Peep into Certain Yogic Techniques of Mental Health (KV)

Sayed A.A. Qaiyumi (Hannover)
Beziehung zwischen den non-audiotorischen Sensationen und den radiologischen Befunden bei Cochlear-Implant-Patienten (KV)

Raum 1
Chairman: Ilse Burbiel (München)

Ilse Burbiel/Helmut Volger
(München/Berlin)
Gruppendynamische
Aspekte bei der Erstellung wissenschaftlicher Arbeiten aus dem Doktoranden- und Diplomandenseminar an den Lehr- und Forschungsinstituten der DAP in München und Berlin (AG)

Raum 2

Reverend Radha (München)
Wort und Stille
(Meditationsgruppe)

Mittwoch 9. März 1988

9.30 Uhr Großer Saal: **Meditation mit Suman Bakhshi** (Frankfurt)

10. Uhr
Großer Saal
Chairman: Günter Ammon (Berlin)

Manfred von Ardenne/
Winfried Krüger (Dresden)
Milderung der Nebenwirkungen von Psychopharmaka durch Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie (HV)

Günter Ammon/Ilse Burbiel
Ulrich Köppen/Winfried Tiedge
(Berlin/München)
Sozialenergetisches Feld und Integrationsfähigkeit. Eine Vergleichsuntersuchung zwischen zwei Gruppen von Patienten in ambulanter und stationärer dynamisch-psychiatrischer Behandlung (Pilot-Study aus dem Schlaf- und Traum-Labor) (HV)

Amnon Carmi (Haifa)
The Patient's Right in Psychiatry (Comparative Work) (HV)

Nicholas Destounis (Richmond)
Aids: A Medical Desaster (HV)

Maria Berger (Berlin)
Psychologische Untersuchungen von Patienten während der Humanstrukturellen Tanztherapie in der Klinik Menterschwaige (HV)

Saal A
Chairman: Béla Buda (Budapest)

Béla Buda (Budapest)
Der Ausbruch der Schizophrenie.
Ein Geschehen in Erleben, in Verhalten und in interpersoneller Dynamik (HV)

Günter Ammon/Ilse Burbiel
Volker Peschke
(Berlin/München)
AKL und funktionelle Hemisphärenasymmetrie (HV)

János Füredi (Budapest)
Family Therapy with Schizophrenics (HV)

Gertraud Reitz (München)
Die Entwicklung der Liebesfähigkeit im therapeutischen Prozeß unter besonderer Berücksichtigung der ambulanten Tanztherapie (HV)

Bernhard Stritih/Mirian Mocina
Mareike Rutten-Saris (Ljubljana/Nijmegen)
Erforschung eines komplexen sozialen Systems auf der Ebene von Gruppendynamik und Körpersprache (HV)

13.00 Uhr **Pressekonferenz** zum Thema
»Krebserkrankung – das ungelöste Problem unserer Zeit«
Leitung: Ilse Burbiel

15.00 Uhr

Großer Saal
Chairman: Edward Dehné (Carson City)

Edward Dehné (Carson City)
Promises in Solving Comprehensive Health Problems in the Year 2000 (HV)

J. W. Aleksandrowicz/Bogda Pawelec/ Marta Dubinska (Krakau)
Therapist's Personality Impact on the Treatment of Neurotic Patients (HV)

Marius Erdreich (Haifa)
Selective Psychopharmacology and Psychotherapy in Eating Disorders (HV)

Maria Orwid (Krakau)
Reflection on Dynamic and Systemic Psychiatry (HV)

Arif Hassan (Patna)
Soical Stress and Mental Health (KV)

Saal A
Chairman: Ilse Burbiel (München)

Margit Schmolke (Berlin)
Der Identitätsbegriff bei Ammon in Vergleich zu anderen psychotherapeutischen Schulen (KV)

Rita Jost/Ulrike Schanné (München)
Der Ausdruck prozeßhafter Entwicklung bei schizophren reagierenden Patienten in der klinischen Testpsychologie in Begleitung zu einzeltherapeutischen Prozessen. Ein kasuistischer Beitrag (KV)

Georg Kress (München)
Die heilende Kraft in der Maltherapie. Entwicklung in der Malerei von Patienten der Klinik Menterschwaige (KV)

Gabriele von Bülow (Berlin)
Diagnostik in der ambulanten Psychotherapie (ein Vergleich von TAT, Intelligenz-Struktur-Test und ISTA) (KV)

L. Drozdzowicz/K. Ostoja-Zawadzka/ A. Cechnicki/H. Pytko (Krakau)
Die Einschätzung des ISTA in neurotischen, psychotischen und gesunden Gruppen. Krakauer Untersuchungen (KV)

18.00 Uhr Diskussionsgruppen

20.30 Uhr Arbeitsgruppen und Kurzvorträge (im Lehr- und Forschungsinstitut der DAP, Klenzestraße 55)

Tara-Raum
Chairman: Rolf Schmidts (München)

Günter Ammon/Maria Berger
Berlin/München)
Methodik der Psychosentherapie mit Kasuistik (AG)

Raum 1
Chairman: Jürgen Blechschmidt/ Györgyi Körmendy (Berlin/Miskolc)

Volker Peschke/Elisabeth Müller (München)
Kindergarten-Projektarbeit (AG)

Bibliothek
Chairman: Renate Splete (München)

Hallym Calehr (Djakarta)
Ich-Struktur-Puppentest und tantrische Tanztherapie (AG)

Raum 2

Reverend Radha (München)
Worte und Stille
(Meditationsgruppe)

Raum 3

Maha Lila-Theater des Brahma-Kumaris-Zentrums Köln
Performance »Star Search«
Leitung: **Conny Dietzschold** (Köln)

Raum 4
Chairman: **Richter Amnon Carmi** (Haifa)

Juristischer Workshop »Psychiatry, Law and Ethics«

mit Panel-Diskussion unter Beteiligung von RA Uwe Lehmann-Brauns (Berlin), RA Ulrich Ziegert (München), Carmen Nathan (Bobhuthatswana), RA Thomas Hessel (München), Rolf Schmidts (München), Sayed A. Qaiyumi (Hannover), Marius Erdreich (Haifa), I. Diegritz (BRD)

Donnerstag 10. März 1988

9.30 Uhr Großer Saal: **Meditation mit Suman Bakhshi** (Frankfurt/M.)

10.00 Uhr
Großer Saal
Chairman: Jai B.P. Sinha (Patna)

E.W. Subkoff (Leningrad)
Rehabilitation von alten Kranken mit neuropsychologischen Störungen (HV)

Jai B.P. Sinha (Patna)
Collectivism, Social Energy and Mental Health (HV)

Elizabeth Philipov (Göttingen)
Transpersonalität und Psychosomatic (HV)

Helmut Volger (Berlin)
Der Begriff von Frieden und Entwicklung aus politischer und psychologischer Sicht (HV)

Vadim S. Rotenberg (Moskau)
Neuroleptic Syndrome in the Context of the Biochemistry of Behaviour (HV)
(wird verlesen)

Saal A
Chairman: János Szilárd (Szeged)

János Szilárd/Beáta Temesvary/ Zoltán Janka (Szeged)
Zur komplexen, ganzheitlichen Betrachtung der Schizophrenie (HV)

Pier L. Eletti (Florenz)
N.N.

Alida Cresti (Florenz)
N.N.

Hallym Calehr (Djakarta)
Tantrische Tanztherapie zur kreativ-spirituellen Entwicklung der Persönlichkeit (KV)

Jochak Shapira (Nathanya)
Die jüdische Einstellung zu den physiologischen und psychologischen Bedürfnissen des Menschen (HV)

13.00 Uhr **Pressekonferenz** zum Thema
»Juristische und ethische Fragen in Psychiatarie, Wissenschaft und Staat«
Leitung: Ilse Burbiel

15.00 Uhr
Großer Saal
Chairman: Gertraud Reitz (München)

Manfred von Ardenne/ Winfried Krüger (Dresden)
Aufwecken aus dem Koma durch Sauerstoff-Mehrschritt-Energieimpuls (HV)

Ulrich Köppen/Rudolf Schäfer/ Friedrich Bauer (München)
Gruppendynamische Theatertherapie in der Klinik Menterschwaige (KV)

Györgyi Körmendi (Miskolc)
Eine »verzauberte« Welt — Krisenintervention für Kinder in der Stadt Miskolc (KV)

Saal A
Chairman: Jerzy Aleksandrowicz (Krakau)

Renato Berger (Zürich)
Trance und Nicht-Trance — Aspekte der Trance im Lichte der Bewußtseins-Strukturierung von Jean Gebser (KV)

T.N. Sinha (Patna)
Androgynity: A Holistic Approach to Psychological Health (KV)

S.E. Hussain (Ranchi)
Psychotherapy in India: Some Basic Considerations (KV)

Egon Fabian (München)
Archaischer Ausdruck in der Musiktherapie (KV)

Klaus-Dieter Dresler (Berlin)
Drogengebrauich, -abhängigkeit und Psychose (KV)

Hallym Calehr (Djakarta)
Orientalisches Konzept der Psychogenizität (KV)

Jyoti Verma (Patna)
Coming Face to Face with the Problem: An Examination with J. Krishnamurti (KV)

Eve Mayer (Scottsdale)
The Use of Dreams in the Treatment of Schizophrenia — A Bridge Between Patient and Healer (KV)

J. P. Mishra (Singhbhum)
Projective Techniques in Dynamic Psychiatry Research (KV)

18.00 Uhr Diskussionsgruppen

20.30 Uhr Arbeitsgruppen und Kurzvorträge (im Lehr- und Forschungsinstitut der DAP, Klenzestraße 55)

Tara-Raum
Chairman: Petra Hieber/Margit Schmolke (München/Berlin)

Renato Berger (Zürich)
Was ist Candomblé? Afrikanische Tanztechnik — Improvisation — Modell von 'candomblé' diaspora
(Lecture Demonstration) (AG)

Raum 1
Chairman: Helmut Volger (Berlin)

Oskar Sahlberg (Berlin)
Der kreative Prozeß und seine peri- und pränatalen Wurzeln (KV)

J.P. Mishra/Devendra Mishra
(Shinghbhum)
Problem of Man's Basic Behaviour.
A Holistic View (KV)

Raum 3
Chairman: Friedrich Bauer (München)

Rolf Schmidts/Egon Fabian
(München)
Musiktherapie (mit archaischen Instrumenten) (AG)

Bibliothek
Chairman: Ulrich Köppen (München)

A. Szymusik/A. Cechnicki/A. Bielanska
(Krakau)
Theatertherapie für psychotisch reagierende Patienten in der psychiatrischen Klinik in Krakau (mit Video) (AG)

Raum 2

Reverend Radha (München)
Worte und Stille (Meditationsgruppe)

Freitag 11. März 1988

9.30 Uhr Großer Saal: **Meditation mit Suman Bakhshi** (Frankfurt/M.)

10.00 Uhr
Großer Saal
Chairman: Nicholas Destounis (Richmond)

A.A. Turkin (Leningrad)
Die Organisation der psychotherapeutischen Hilfe in der Sowjetunion (HV)

Paul Schmalisch/Gerhard Menzel (Berlin/Freiburg)
Der therapeutische Prozeß im Spannungsfeld von Bindung und Beziehung (KV)

Heinrich Kleylein (München)

Dynamisch-Psychiatrische Sozialarbeit mit schizophren reagierenden Patienten und ihren Familien (KV)

Laszlo Döme (Budapest)
N.N.

K. Bierzynski (Krakau)
The Provoke Difficult Situations in Psychotherapy in Neurotics (KV)

Saal A
Chairman: Andrzej Piotrowski (Warschau)

Dénes Goldschmidt (Budapest)
N.N.

Andrzej Piotrowski/Leslaw Kowalski/ Andrzej Axer (Warschau)
Maritial Adjustment of an Alcoholic Dependent Male (HV)

Jerzy Pawlik/Elzbieta Pierzkalska (Warschau)
Analysis of Dream Material Reports in Small Analytical Groups (KV)

Hanna Jaklewicz (Gdansk)
Position of the Child in Alcoholic Family (KV)

Czeslaw Czabala (Warschau)
Mutual Perception in the Families of Psychotic Patients (KV)

Danuta Durak (Gdansk)
Family Therapy in Alcoholics (KV)

13.00 Uhr **Pressekonferenz** zum Thema
»AIDS. Die Leidenden und die Gesellschaft (Vorbeugung, Behandlung und Psychotherapie)«
Leitung: Ilse Burbiel

15.00 Uhr
Großer Saal
Chairman: Amnon Carmi (Haifa)

Nicholas Destounis (Richmond)
Psychological Aspects of In Vitro Fertilization Participants (HV)

Renata Modrzejewska/Ewa Czaplak/ Malgorzak Sibiak Kobayashi (Krakau)
Child Protection System in Poland (KV)

Barabara Józefik (Krakau)
Family Therapy and Child Therapy (KV)

Saal A
Chairman: Marius Erdreich (Haifa)

Jacek Bomba (Krakau)
Research Programmes on Juvenile Depression (KV)

Jerzy Kubiak/Jalgorzata Piotrowicz (Krakau)
Dynamisch-Psychiatrische Behandlung von depressiven Patienten (KV)

Barabara Mróziak (Warschau)
The Mother-Son Relations in Schizophrenia Patients (KV)

Ilona Kolbik/Dorota Orlowska (Krakau)
TAT in measurement of Therapy Effect in Neurotic Patients (KV)

J.P. Mishra/M. Verma/Rajani Bhagat/ Anjali Nigam
(Singhbhum/Kanpur/Ranchi)
Perennial Strategy of Rehabilitation — Based on Bhagavad Gita (KV)

Ety Ida Bohm (London)
Holistic Approach for Psychiatric Rehabilitation of Creative and Ergo Skills (KV)

Anna Bautsch (Krakau)
Pro and Contra Dynamic Psychiatry (KV)

Charles Sheridan (Kansas City)
Technological versus Psychodynamic Treatment of Impaired Stress Management (KV)

Ingo Gemmer (Düsseldorf)
Psychische Erkrankung als Hintergund für Lernbehinderung (KV)

18.00 Uhr Diskussionsgruppen

20.30 Uhr Arbeitsgruppen und Kurzvorträge (im Lehr- und Forschungsinstitut der DAP, Klenzestraße 55)

Tara-Raum
Chairman: Gabriele von Bülow/ Gerhard Wolfrum (Berlin/München)

Dorothea Makulik (Berlin)
Sprachentwicklung im Kindesalter (AG)

Raum 1
Chairman: Petra Hieber/Renate Splete (München)

Suman Bakhshi (München)
Meditations-Workshop

Raum 3
Chairman: Rita Jost (München)

Doane Sheawin
(Washington)
The Psychodynamic Origin of the Disease Called Post-Traumatic Stress Disorder in American Vietnam Veterans (KV)

Ingeborg Urspruch (München)
Zur Gruppendynamik der Schwangerschaft (KV)

M. Verma/J.P. Mishra/Jaya Verma
(Kanpur/Singhbhum)
Indian Path of Mental-Health Preservation (Indian Psychological Concepts) (KV)

Bibliothek
Chairman: Ingo Gemmer (Düsseldorf)

Jürgen Blechschmidt (Berlin)
Arbeitslose Jugendliche — Persönlichkeitsentwicklung und berufliche Qualifizierung (AG)

Raum 2

Reverend Radha (München)
Worte und Stille (Meditationsgruppe)

— Änderungen vorbehalten —
— Changes reserved —

KLINISCHER NACHKONGRESS
der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige, München

am 12. März 1988

Programm

10.00 Uhr **Großgruppe**
mit Referenten Team und Patienten der Klinik.
Leitung: **Günter Ammon**
Führung durch die Klinik: **Rolf Schmidts**
Führung durch die Diagnostische Abteilung: Günter **Ammon, Ilse Burbiel, Ulrich Koeppen**

14.00 Uhr **Gemeinsames Mittagessen**
mit allen Patienten und Mitarbeitern der Klinik

15.00—17.00 Uhr **Gruppenpsychotherapie**
(Beobachtung durch den 2-Weg-Spiegel)
Leitung: **Günter Ammon**
(Es nehmen nur die Patienten an der Demonstration teil, die die Klinik von der ärztlichen Schweigepflicht entbunden haben.)

18.00—20.00 Uhr **Humanstrukturelle Tanztherapie, Günter Ammon** und **Maria Berger**
anschließend Imbiß (kaltes Büffet)

21.00 Uhr Aufführung der **Theatertherapie-Gruppe** von
»Wie es Dschasu in Kambodschha erging«
nach einem indischen Märchen
Leitung: Dorothee Doldinger, Lutz Haas

Die Veranstaltung in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige ist auf 70 Teilnehmer aus dem Kreis der Referenten und Teilnehmer des 6. Weltkongresses der WADP und XIX. Internationalen Symposium der DAP beschränkt.
Geschlossene Veranstaltung der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige, München, in Zusammenarbeit mit dem 6. Weltkongreß der WADP und XIX. Internationalen Symposium der DAP.

Anmeldung erforderlich: Voraussetzung für die Teilnahme an diesem Nachkongreß ist die schriftliche Bestätigung der Anmeldung durch das Organisationskomitee des Kongresses.

Dynamisch-Psychiatrische Klinik Menterschwaige, München
Klinik für stationäre Psychotherapie und Psychosomatik
— als gemeinnützig anerkannt —
Geiselgasteigstraße 203, 8000 München 90, Tel.: 0 89 / 64 40 15

— Änderungen vorbehalten —

Nachrichten aus der WADP / News from the WADP

Aus dem israelischen Zweig der WADP

A. Shapirastr., 42317 Natanya 8.9.1987

Herrn
Dr. Gunter Ammon
Wielandstr. 203
1000 Berlin W 15
W. Germany

Lieber Freund:
Ich habe Ihren lieben und gefühlvollen Brief, sowie auch das letzte Heft, welches voller Wissen und Weisheit ist, erhalten.

Ich danke Ihnen für den Vorschlag, an dem Kongress teilzunehmen und dabei eine der Hauptvorlesungen zu geben. Als Thema möchte ich vorschlagen: »Die Jüdische Einstellung zu den physiologischen und psychologischen Bedürfnissen des Menschen.« oder: »Die psychologische Struktur der Gebote der Tora als Vorbeugende Medizin gegen Geisteskrankheiten.«

Ich möchte Ihnen noch sagen, wie sehr ich Ihre wunderbare Arbeit schätze.

Bitte grüßen sie recht herzlich Frau Berger, Dr. und Frau Schmidts, und alle Ihre Kollegen, die an Ihrem Werk teilnehmen.

Ich wünsche Ihnen weiter viel Erfolg.

Mit besten Grüßen
Rabbi Schapira

Aus dem Dominikanischen Zweig der WADP

Grundsteinlegung für eine neue humanistische psychiatrische Klinik in der Dominikanischen Republik — Ehrung für Ammon

». . .Am 5.11.1987 nach der Grundsteinlegung der neuen Irrenanstalt am 28. Kilometer der nördlichen Autobahn, sagte Dr. *Corona,* der Leiter eines staatlichen Krankenhauses, daß erst wegen der massiven und harten Kritik, die der deutsche Psychiater *Günter Ammon* an der damaligen Irrenanstalt geübt habe*, und wegen der Resonanz dieser herben Kritik in Fachkreisen, sich die Regierung entschlossen habe, eine neue 14 Millionen Pesos kostende Anstalt zu bauen; und er fügte hinzu, dieses Land brauche mehrere *Günter Ammons* für die Aufhebung seiner sozialen Mißstände!
Da diese Sätze nicht vor der Presse gesprochen wurden, gibt es keinen Zeitungsausschnitt, den ich Ihnen schicken könnte. . . .«

Auszug aus einem Brief von Dr. *Mario Bonetti,* Direktor des Humboldt Institutes für den Deutsch-Dominikanischen Kulturaustausch, Santo Domingo und Mitglied des Dominikanischen Zweiges der WADP an Dr. *Ammon*

* *siehe hierzu auch Pressestimmen zu Günter Ammons Besuch in der Dominikanischen Republik, Heft 101 der ›Dynamischen Psychiatrie/Dynamic Psychiatry‹, S. 560 ff.*

Aus Italien

Il Cardinale Corrado Ursi
Arivescovo Emerito di Napoli

Napoli, 12 novembre 1987

Caro Professore,

mi è pervenuta la sua lettera del 29 ottobre u.s. e. Le sono moto grato dei sentimenti di stima e di amicizia che ancora una volta ha voluto manifestarmi.

Ricordo sempre con ammirazione i nostri incontri in Italia ed a Travemünde, sarei pertanto lietissimo di poter partecipare al Congresso mondiale che si terrà nel prossimo maggio a Monaco.

Le mie condizioni di salute, per cui ho lasciato il governo della Diocesi di Napoli, non me lon consentono. Mi sentirò presente in ispirito ai lavori, implorando dal signore pienezza di luce per gli studiosi e fortezzie d'animo per gli operatori sanitari ed i pazienti.

Mi è gradita la circostanza per rinnovare i sensi del mio deferente ossequio alla S.V., alla sua Signora ed a tutti i collaboratori.

Corrado Cardinale Ursi

Ill. mo Signor
Prof. Günter Ammon
Wissenschaftliche Leitung
Wielandstraße 27/28
1000 Berlin-West 15
(Germania O.)

Lieber Professor,
ich habe Ihren Brief vom 29.10.1987 erhalten, und ich bin Ihnen sehr dankbar für die von Ihnen zum Ausdruck gebrachte Hochachtung und Freundschaft.

Ich erinnere mich immer mit Begeisterung an unsere Treffen in Italien und in Travemünde.

Es würde mich sehr freuen, im März an dem Weltkongreß in München teilnehmen zu können. Aber meine Gesundheit erlaubt es mir nicht. Aus dem gleichen Grunde habe ich die Leitung der Diözese in Neapel aufgegeben.

Im Geiste werde ich dabei sein. Ich werde auch Gott bitten um Fülle von Licht für die Wissenschaftler und für die Seelenstärke Ihrer Mitarbeiter und Patienten.

Ich benutze die Gelegenheit, Ihnen, Ihrer Frau und allen Mitarbeitern meine Ergebenheit zu bezeigen.

Corrado Cardinale Ursi

20 Jahre Casa Ammon — Tagungszentrum der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) in Paestum (Süditalien)

Die 70. Gruppendynamische Klausurtagung, die zum Thema »Körper, Seele und Geist« vom 21. bis 31. August 1987 im Tagungszentrum der DAP in Paestum unter der Leitung von Dr. med. *Günter Ammon* stattfand, war verbunden mit den Feierlichkeiten zum 20-jährigen Bestehen der Casa Ammon. Bereits am Tag der Offenen Tür anläßlich der 20-Jahr-Feier am 20. August kamen zahlreiche Bewohner Paestums, die mit großem Interesse und Wertschätzung die Casa und die ganze Anlage der DAP besichtigten.

Am Tag der offiziellen Feierlichkeiten, die im Amphitheater des Zentrums stattfanden, kamen neben zahlreichen Besuchern besonders geladene Ehrengäste, wie der Bürgermeister der Gemeinde Capaccio/Paestum, Avvocato *Desimone,* Avvocato Patroni Luigi *Griffi,* der Justitiar des Deutschen Konsulats in Neapel, Dr. *Luciano Rispoli,* der Leiter des Wilhelm-Reich-Instituts in Neapel, Dr. *Aristide Saggino,* Direktor des Institutes für Persönlichkeitsforschung in Neapel, Dr. *Miran Mozina* als Vertreter der WADP aus Jugoslawien, Dr. *John Kadri,* als Vertreter der WADP aus Ghana, Dr. *Rolf Schmidts,* Chefarzt der Klinik Menterschwaige und Vertreter der WADP in der BRD, Dipl. Psych. *Ilse Burbiel* als Vertreterin der DAP und WADP: Die italienische Zeitung »Il Mattino« berichtete ausführlich über die Bedeutung des Zentrums und Ammons Werk in Italien (vgl. hierzu in diesem Heft S. 12).

In seiner Eröffnungsansprache dankte *Günter Ammon* für die Liebe, Freundschaft und Fürsorge, die sein Lebenswerk in Paestum gefunden hat. Er betonte, daß es in der Psychiatrie wesentlich ist, den schizophren reagierenden Patienten eine Heilkunst anzubieten, in der sie als Partner und verstehbare Menschen in ihrer Persönlichkeit erreicht und mit Hilfe psychiatrischer Psychotherapie behandelt werden. Die Verantwortung des Arztes ist es, sich so gut und so lange wie möglich ausbilden zu lassen, um den ihm anvertrauten Menschen gerecht werden zu können. In diesem Zusammenhang kritisierte *Ammon* das italienische Psychiatrie-Experiement *Basaglia's,* bei dem ein erster richtiger Schritt getan wurde, nämlich die großen psychiatrischen Anstalten aufzulösen, bei denen aber dann die Kranken verlassen wurden, da ihnen keine weitere Behandlung mehr angeboten wurde. In einer Zeit des allgemeinen Paradigmenwechsels setzt sich die Schule der Dynamischen Psychiatrie, zusammen mit vielen anderen Ärzten und Wissenschaftlern, für eine holistische und ganzheitliche Auffassung des Menschen ein, um so die aufspaltenden Dualismen zu überwinden. »Unsere Partei«, so *Ammon,* »ist der Humanismus in der Welt«. Dipl. Psych. *Ilse Burbiel* (München) beschrieb die Casa als eines der Energiezentren der Erde, da sie die Keimzelle einer wissenschaftlichen, geistigen und gesellschaftlichen Bewegung ist, die von Deutschland und Italien aus in zahlreiche andere Länder wirkt.

Ein tiefes Verständnis für Frieden und Humanismus als Hauptanliegen der Dynamischen Psychiatrie offenbarte sich in der Ansprache des Bürgermeisters

von Capaccio/Paestum, *Desimone.* Für ihn als Politiker ist das Schaffen *Ammons* eine Hilfe im Umgang mit alten, kranken und hilfsbefürftigen Menschen, weil hier der Kranke in den Mittelpunkt gestellt wird — und zwar nicht als Objekt, sondern als Subjekt, als Mensch im eigenen Recht. Eine Gesellschaft, die sich als fortschrittlich versteht, darf seiner Meinung nach nicht an den wahren, nicht-materiellen Bedürfnissen der Menschen verbeigehen, und als Politiker empfindet er es als eine Herausforderung, die Strukturen zu schaffen, die ihm eine Erfüllung ermöglichen. Die auf *Basaglia* zurückgehende Reform der italienischen Psychiatrie versagte gerade an diesem Punkt entscheidend. Als Bürgermeister mußte er mit ansehen, wie psychisch Kranke aus den aufgelösten Anstalten entlassen wurden und unruhig und verlassen auf den Straßen umherirrten. Es bedeutete für ihn eine furchtbare Erfahrung, miterleben zu müssen, wie ohnmächtig er war, als einer seiner besten Freunde psychisch erkrankte und er ihm nicht helfen konnte. Für ihn war die Begegnung mit *Ammon* und der Aufenthalt in der Casa gerade deshalb eine einzigartige Erfahrung, weil er hier etwas grundlegend anderes kennenlernen konnte.

Avvocato *Griffi,* Träger des Bundesverdienstkreuzes erster Klasse, der lange Jahre mit *Ammon* in Freundschaft verbunden ist und in seiner Arbeit als Justitiar des Deutschen Generalkonsulats viel verwenden konnte, was er in der Dynamischen Psychiatrie gelernt hatte, unterstrich, welche Bedeutung *Ammons* wissenschaftliche Arbeit hat, denn sie vermittelt ein neues Verständnis des Menschen, das nicht nur die Psychiatrie beeinflußt, sondern z.B. auch die Kriminologie und Soziologie. Dr. *Luciano Rispoli* und Dr. *Aristide Saggino* aus Neapel äußerten die Hoffnung, die wissenschaftliche Zusammenarbeit mit *Ammon* und der Dynamischen Psychiatrie fortzusetzen und vertiefen zu können. Grußworte sprach *Emilia Vecchio,* die ehemalige Leiterin der italienischen Bürgerinitiative für Günter Ammon und sein Wirken für die Menschenrechte in der Psychiatrie, und für die regionalen Zweige der WADP Dr. *Mozina, Dr. Kadri* und *Dr. Schmidts,* letzterer auch in seiner Eigenschaft als Chefarzt der Klinik Menterschwaige.

Dank und Anerkennung wurden in den Feierlichkeiten zum 20-jährigen Bestehen der Casa Ammon und des DAP-Zentrums auch *Francesco Pepe* ausgesprochen, der als Hausmeister und Gärtner 15 Jahre lang die Anlage gepflegt hat.

Zum Abschluß der Feierlichkeiten fand ein Festessen in dem benachbarten Hotel und Restaurant Martini statt, bei dem Bürgermeister *Desimone* eine erneute Ansprache an alle Teilnehmer hielt. Anläßlich des 20-jährigen Bestehens des Tagungszentrums der Deutschen Akademie für Psychoanalyse in Paestum wurde eine Festschrift herausgegeben, die die Entwicklung des Zentrums aufzeigt. Sie soll hier wiedergegeben werden, ebenso wie der Zeitungsartikel des »Il Mattino«.

20 Jahre CASA AMMON 1967—1987

TAGUNGSZENTRUM DER DEUTSCHEN AKADEMIE FÜR PSYCHOANALYSE (DAP)

20 anni CASA AMMON

Centro Congressi dell'Accademia Tedesca per la Psicoanalisi

Als *Günter Ammon* 1965 aus Amerika zurückkehrte, schwebte ihm vor, nach dem Vorbild der Menninger Foundation Zentren zu schaffen, in denen psychisch kranken Menschen ein milieutherapeutisches Feld zur Verfügung gestellt wird, in dem sie sich entwickeln und ihre vielfältigen kreativen Möglichkeiten entdecken und ausprobieren können. Sie sollten aber auch ein Raum und ein Ort sein, an dem freies Denken und freie Rede möglich ist, ein Ort des geistigen Austausches und der menschlichen Begegnung.

So fanden in Paestum die ersten grundlegenden Internationalen Symposien der Deutschen Akademie für Psychoanalyse über »Psychoanalyse und Psychoanalytische Gruppentherapie« (1969), »Gruppe und Aggression (1970) und »Zur psychoanalytischen Theorie und Technik psychosomatischer Syndrome« (1972) statt, die die Grundzüge der therapeutischen Konzeption und des Menschenbildes zum Inhalt hatten.

So trafen sich bereits auf dem ersten Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse 1969 Psychiater, Psychotherapeuten und Psychoa-

Quando *Günter Ammon* nel 1965 tornò dal l'America, gli venne in mente di creare alcuni centri sul modello della fondazione Menninger, nei quali venissero messi a disposizione dei malati di mente spazi terapeutici ambientali nei quali essi potessero svilupparsi e scoprire e sperimentare le loro molteplici possiblità creative. Essi devevano essere anche un luogo ed uno spazio nel quale fossereo possibili il pensiero libero e la parola libera, un luogo di scambio spirituale e di incontro umano. Così ebbero luogo a Paestum i primi basilari simposi internazionali dell'Accademia Tedesca per la psicoanalisi su »Psicoanalisi e terapia di gruppo psicoanalitica« (1969), »Gruppo e aggressione« (1970) e »Sulla teoria psicoanalitica e la tecnica della sindrome psicosomatica« (1972), che avevano come contenuto i tratti fondamentali della concezione terapeutica e dell'immagine umana.

Così in occasione del primo simposio dell'Accademia tedesca per la psicoanalisi nel 1969 si incontrarono per discutere le possibilità di applicazione

nalytiker aus aller Welt in der Casa Ammon, um die Anwendungsmöglichkeiten der Gruppenpsychotherapie zu diskutieren, u.a. die Professoren *Rudolf Ekstein* (Los Angeles/USA), *Martin Grotjahn* (Beverly Hills/USA), *Raoul Schindler* (Wien), *Hedy Schwartz* (London), *José L. Gonzales* (Mexiko City), *Leighton Whitaker* (Denver/USA), *L. Székely* (Stockholm), *Angel Garma* (Buenos Aires), *Julius Kaye* (London), *Benjamin Kotkov* (Putney/USA), *Theodor Doszukov* (Prag), *Györgi Hidas* (Budapest), *Béla Buda* (Budapest), *Gerdhild von Staabs* (Berlin), *Adelheid Fuchskamp* (Berlin) und *Dorothea Fuchskamp* (Berlin).

Desweiteren alle Leiter der damaligen studentischen psychotherapeutischen Beratungsstellen in der Bundesrepublik, um in bis in die Nacht gehenden Colloquien eine erste Bilanz der Hochschulpsychotherapie zu ziehen.

Günter Ammon entwickelte hier bereits die Grundzüge dynamisch-psychiatrischer Gruppenpsychotherapie, die er als therapeutisches Instrument dem gleitenden Spektrum von psychischen Krankheiten gegenüberstellte.

Nach dem Scheitern des Experimentes Basaglia ist die Dynamische Psychiatrie umso mehr von Notwendigkeit, da sie über eine Theorie und eine Praxis verfügt, die über Jahrzehnte gewachsen ist.

Nicht nur um die psychisch Kranken geht es in der Dynamischen Psychiatrie, es geht auch um die Suche nach neuen Formen des Zusammenlebens, Formen, die eine konstruktiv-kreative Entwicklung ermöglichen, nicht

della psicoterapia di gruppo, psichiatri, psicoterapeuti e psicoanalisti di tutto il mondo, tra gli altri professori *Rudolf Ekstein* (Los Angeles, USA) *Martin Grotjahn* (Beverly Hills, USA), *Raoul Schindler* (Vienna), *Hedy Schwartz* (Londra), *Josè Gonzales* (Mexico city), *Leighton Witaker* (Denver, USA), *L. Szèkely* (Stoccolma), *Angel Garma* (Buenos Aires), Julius Kaye (Londra), *Benjamin Kotkow* (Putney, USA), *Theodor Dosuzkoy* (Praga), *Gyorgi Hidas* (Budapest), *Bela Buda* (Budapest), *Gerdhild von Staabs* (Berlino), *Adelheid Fuchskamp* (Berlino) e *Dorothea Fuchskamp* (Berlino).

Ed inoltre tutti i conduttori dei consultori studenteschi psicoterapeutici della Repubblica Federale Tedesca, per trarre un primo bilancio, in colloqui inoltratisi fino a tarda notte, della psicoterapia dell'alta scuola.

Günter Ammon sviluppò in questa occasione i tratti basilari della psicoterapia di gruppo, psichiatriaca, dinamica, che si contrapponeva come strumento terapeutico allo spettro conduttore delle malattie psichiche.

Dopo il fallimento dell'esperimento Basaglia la psichiatria dinamica è diventata tanto più necessaria poichè dispone di una terapia e di una attività cresciuta nel corso di decenni.

Nella Psichiatria Dinamica non vengono trattati solo i malati psichici, ma ance la ricerca di nuove forme della convivenza, forme che rendono possibile uno sviluppo costruttivo creativo, non solo per i bambini, ma per tutti gli individui della nostra società. A questa ricerca e all'esperienza

nur für die Kinder, sondern für alle Menschen unserer Gesellschaft.
Dieser Forschung und der Selbsterfahrung dienen die gruppendynamischen Klausurtagungen — in jedem Jahr finden mehrere in Paestum statt — in denen es um das Studium von Gruppenprozessen, gruppendynamische Selbsterfahrung und intellektuelles Lernen in den abendlichen Seminaren geht. Seit Dr. *Ammon* 1982 den humanstrukturellen Tanz entwickelte, wird auch die Körperlichkeit zusammen mit dem psychischen Erleben und der Geistigkeit des Menschen mit einbezogen.
So standen die letzten vier Tagungen unter dem Thema »Körper, Geist und Seele«.
Eine langjährige Zusammenarbeit mit der italienischen Wissenschaft besteht unter anderem mit Prof. *Pier L. Eletti* von der Universität Florenz, dem Chairmen des italienischen Zweiges der Weltgesellschaft für Dynamische Psychiatrie WADP, mit Prof. *Lucio Pinkus* von der Universität Rom, Prof. *Panconesi* von der Universität Florenz, und dem Wilhelm-Reich-Institut in Neapel.
Das Zentrum dient aber über die Wissenschaft hinaus der italienisch-deutschen Freundschaft.
So besteht eine langjährige Beziehung Dr. *Ammons* zu seiner Eminenz Kardinal *Corrado Ursi,* dem Erzbischof von Neapel, Avvocato *Patroni Griffi,* dem Justitiar des Generalkonsulats der Bundesrepublik Deutschland in Neapel, dem Richter *Mario Vechcio* (Paestum), Dr. *Gaetano Fasolino,* Deputierter der Provinz Salerno, den Bürgermeistern und den Ratsmitgliedern der Kommune Paestum, aber

personale servono i convegni-clausura di dinamica di gruppo — ogni anno ne hanno luogo diversi — nei quali viene trattato lo studio dei processi di gruppo esperienza personale di dinamica di gruppo e apprendimento intellettuale in seminari serali.

Da quando nel 1982 il Dott. *Ammon* sviluppò la danza strutturale umana, anche la corporeità dell'individuo viene coinvolta con l'apprendimento psichico e la spiritualità dell'individuo. Così gli ultimi 4 congressi si sono svolti all'insegna del tema »Corpo, Spirito e Anima«.

Una collaborazione che dura da anni con la scienza italiana sussiste tra l'altro con il professore Pier *L. Eletti* dell'Università di Firenze il 'Chairman' del ramo italiano della »Weltgesellschaft für Dynamische Psychiatrie WADP« (società mondiale per la psichiatria dinamica), con il Prof. *Lucio Pinkus* dell'Università di Roma, Prof. *Panconesi* dell'Università di Firenze e l'Istituto Wilhelm-Reich di Napoli.
Il centro serve però che alla scienza, anche all'amicizia italo tedesca. Sussiste infatti da anni un rapporto tra il Dr. *Ammon* e sua Eminenza il Cardinale *Corrado Ursi,* l'archivescovo di Napoli, l'avvocato *Patroni Griffi,* il giurista del consolato generale della Repubblica Federale Tedesca a Napoli, il guidice *Mario Vecchio* (Paestum), il Dr. *Gaetono Fasolino,* deputato della provincia di Salerno, il sindaco e i membri del consiglio comunale di Paestum, oltre ad uno stretto contatto con la cittadinanza. Già nel 1972 il

auch ein enger Kontakt mit der Bevölkerung. Bereits 1972 wurde Dr. *Ammon* Ehrenbürger der Kommune Paestum und im gleichen Jahr wurde ihm das Großkreuz der Gerechtigkeit des Konstantinischen Ordens vom Heiligen Georg überreicht.

Das Kulturzentrum dient auch der Erholung von Psychiatern, Krankenschwestern und Pflegern der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige München, und Wissenschaftlern besonders der Weltgesellschaft für Dynamische Psychiatrie WADP, die sich hier zurückziehen und in geistigen Gesprächen auszutauschen können.

Dadurch ist die Casa Ammon auch eine Art Ferienstudierplatz für die Wissenschaftler der Akademie und der Weltgesellschaft geworden. Der italienische Zweig der WADP, unter Leitung von Prof. *Eletti* (Florenz), hat die direkte aktive Arbeit in Italien übernommen, da die Casa Ammon mehr ein Retreat für Studium und geistigen Austausch ist.

Mit viel Liebe und Engagement wurde in 20 Jahren die Casa Ammon mit ihrer Anlage gebaut. Mauern, Terrassen und Torbögen entstanden, und da besonderer Wert auf eine spezielle Pflanzen-Ökologie gelegt wurde, sind die wichtigsten mediterranen Pflanzen vertreten. Die Erde wurde lastwagenweise angefahren, denn der Boden war karg und steinig.

Die Westterrasse wurde aus Tempelbruch, der Dr. *Ammon* von Professor *Napoli* überlassen wurde, geschaffen. Das ganze Zentrum wurde bewußt in der Tradition der griechisch-römischen Kulturlandschaft gestaltet und geschmückt mit griechisch-römi-

Dr. *Ammon* è diventato cittadino onorario di Paestum e nello stesso anno gli fu offerta la gran croce della giustizia dell'Ordine Costantino di S. Giorgio.

Il centro culturale serve anche al riposo di psichiatri, assistenti ed infermieri della clinica di psichiatria dinamica Menterschwaige Monaco e studiosi, in particolare della »Weltgesellschaft für Dynamische Psychiatrie WADP, che qui possono ritirarsi ed avere scambi in colloqui spirituali.

Per cui Casa Ammon è diventata una specie di luogo di studio-vacanza per gli studiosi della accademia e della società mondiale.

Il ramo italiano della WADP ha assunto sotto la guida del prof. *Eletti* (Firenze) il lavoro attivo diretto in Italia poichè la casa AMMON è più un ritiro per studio e scambio spirituale. Casa Ammon e i suoi impianti sono stati costuiti in 20 anni con molto amore ed impegno. Sorsero mura, terrazze ed arcate e poichè è stato riposto particolare valore in una speciale ecologia vi sono rappresentate le più importanti piante meditteranee.

La terra è stata trasportata con carri perchè il terreno era sterile e pietroso. La terrazza occidentale è stata costruita con pietre dei templi, che furono date al dott. *Ammon* dal prof. *Napoli,* L'intero centro fu creato volutamente nella tradizione del paesaggio culturale greco-romano e adornato con copie greco-romane ed opere tradizionali della ceramica folcloristica.

schen Kopien und Werken folkloristisch-keramischer Tradition.
In dieser Atmosphäre von geistiger Öffenheit entstanden auch die meisten Bücher, die *Günter Ammon* geschrieben hat: »Psychoanalyse und Psychosomatik«, »Dynamische Psychiatrie« und viele seiner Vorträge, die er in aller Welt hält, zuletzt schrieb er hier im Sommer 1986 sein Buch »Der mehrdimensionale Mensch«. Unzählige Diplomarbeiten, Vorträge, Dissertationen schrieben hier auch seine Schüler und Studenten.
Die Casa Ammon ist zu einem Ort der Begegnung geworden, wo sich Wissenschaftler und Menschen aus aller Welt treffen, besonders seit Gründung der Weltgesellschaft für Dynamische Psychiatrie WADP 1982, mit ihren 22 Mitgliedsländern, zu denen u.a. die USA, die UdSSR, China, aber auch Israel, Kenia, Ägypten, Brasilien, Polen und die Dominikanische Republik gehören, um nur einige zu nennen.
Die Grundphilosophie der Dynamischen Psychiatrie ist, daß alle Wissenschaft humanistisch ist und dem Frieden dienen soll.

In questa atmosfera di apertura spirituale sono nati la massima parte dei libri, che il Dottore *Ammon* ha scritto; »Psicoanalisi e Psicosomatica«, »Psichiatria Dinamica« e molte delle sue conferenze, che egli tiene in tutto il mondo. Ultimamente ha scritto nell'estate del 1986 il suo libro »L'uomo pluridimensionale«.
Innumerevoli tesi di laurea, relazioni e dissertazioni sono state scritte qui dai suoi allievi e studenti.

La Casa Ammon è diventata un luogo d'incontro, dove si incontrano studiosi ed individui di tutto il mondo, specialmente dopo la fondazione della Società mondiale per la Psichiatria Dinamica con i suoi 22 paesi membri, ai quali appartengono tra gli altri gli Stati Uniti d'America. la Russia, la Cina, ed anche Israele, Kenia, Egitto, Brasile, Polonia e la Repubblica Doninicana, per nominarne solo alcuni.
La filosofia di base della Psichiatria Dinamica è che tutta la Scienza è umanistica e deve servire alla pace.

Abb. 1

Abb. 2: 20 Jahr-Feier der »Casa Ammon« im Amphitheater der Casa

Abb. 3: Dr. Günter Ammon bei seiner Eröffnungssprache

Abb. 4: Bürgermeister der Gemeinde Capaccio/Paestum, Avvocato Desimone, bei seiner Ansprache

Abb. 5: Dipl.-Psych. Ilse Burbiel, Pressereferentin der WADP und Leiterin der psychologisch-diagnostischen Abteilung der Klinik Menterschwaige München

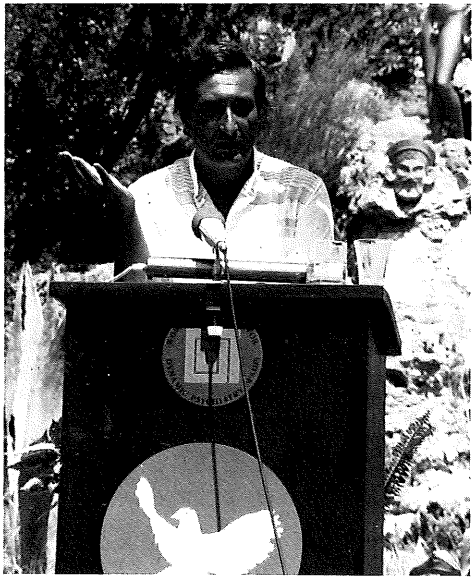


Abb. 6: Dr. Luciano Rispoli, Direktor des Wilhelm-Reich-Institutes Neapel

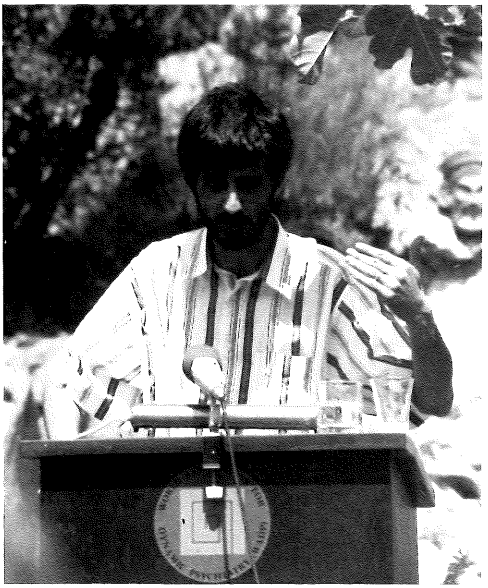


Abb. 7: Dr. Aristide Saggino, Direktor des Zentrums für Persönlichkeitsforschung, Neapel

Abb. 8: Emilia Vechio, der »gute Geist« der Casa Ammon für viele Jahre und ehemalige Leiterin der italienischen Bürgerinitiative für Dynamische Psychiatrie in Italien

Abb. 9: Dr. Ammon dankt dem Gärtner und Hausmeister Pepe Franceso für seine treue Pflege der Anlage seit 15 Jahren

Abb. 10: v.l.n.r.: Dr. Rolf Schmidts, Chefarzt der Klinik Menterschwaige und Vertreter der WADP für Deutschland, mit seiner Frau, Avvocato Luigi Patroni Griffi, Justitiar des Deutschen Konsulats in Neapel, Margit Schmolke, organisatorische Leiterin des Berliner DAP-Instituts

Abb. 11: Der Bürgermeister mit seiner Frau; Dr. Günter Ammon, Maria Berger, Geschäftsführerin der Klinik Menterschwaige München; Dr. Rolf Schmidts, Chefarzt der Klinik Menterschwaige

Abb. 12: Auf dem Monte Solaro auf der Insel Capri, während der Klausurtagung: der »Il Mattino«-Artikel ist soeben erschienen!

Paestum-Gelehrte versammelt zur Zwanzig-Jahr-Feier der Casa Ammon: Psychiatrie unter den Tempeln

Die Entwicklungsprozesse der dynamischen Psychiatrie konnte man in Paestum in der 'Casa Ammon' direkt verfolgen bei der 20 Jahr-Feier der 'Casa' in der Stadt der Tempel.

In ein Kongreßzentrum der deutschen Akademie für Psychoanalyse umgewandelt, wurde die Casa Ammon mit den Jahren der Treffpunkt für internationale Versammlungen, wo Wissenschaftler und Gelehrte aus der gesamten Welt über die Entwicklung der Dynamischen Psychiatrie, Prozesse in der Gruppe und über die Erfahrungen der Gruppendynamik und des intellektuellen Lernens diskutiert haben: Die Casa Ammon wurde in den Jahren von 1967 bis 1987 zu einem fast permanent belebten Zentrum, wo immer deutlicher wurde, daß die philosophische Grundlage der Akademie auf einer insgesamt humanistischen Grundlage aufgebaut ist und dem Frieden und damit der Freundschaft unter den Völkern dienen soll.

Die Casa Ammon hat zum Jahrestag der Gründung die Flagge gehißt, unter der sich Délegationen aus vielen Ländern, wie Ghana, Jugoslawien, Israel getroffen haben und die Bedeutsamkeit der Gründerpersönlichkeit gewürdigt haben.

Als sehr junger Mann in Paestum angekommen, wollte Dr. *Ammon* ein Zentrum in Paestum als einen Ort der Erholung und als Zentrum der Weiterrentwicklung der dynamisch-psychiatrischen Forschung aufbauen. Der Anfang in Paestum war nicht einfach. Es hat ein stetiger Wandel stattgefunden, dank auch der Unterstützung der Gemeinde von Capaccio aufgrund der Ehrenbürgerschaft von Dr. Ammon.

Seitdem es einen direkteren Draht zu den öffentlichen und privaten Einrichtungen am Ort gibt, haben sich auch die Beziehungen zur kirchlichen Hierarchie intensiviert, z.B. zu Kardinal *Corrado Ursi* — denn der Mensch braucht die Religion.

Als Präsident der internationalen Vereinigung für Dynamische Psychiatrie mit seinen 22 Mitgliedsländern wollte Dr. *Ammon* den Anwesenden den Reiz und die Geheimnisse seiner Casa verdeutlichen, indem er von der Überwindung der unterschiedlichen Erfahrungen bei der Bewältigung tiefgehender Problematiken sprach.

Mit den Methoden der Dynamischen Psychiatrie wird nicht nur psychisch Kranken therapeutischen Hilfe angeboten, sie dient ebenso der Suche nach neuen Formen des Zusammenlebens und ermöglicht eine konstruktive Entwicklung der Gesellschaft.

Insbesondere für Experten, Gelehrte und Politiker bietet die Casa Ammon eine gute Gelegenheit zur Verständigung über die Behandlungsmethodik von Dr. *Ammon* an: Einzel- und Gruppentherapie, Verwirklichung der eigenen Persönlichkeit, was verbunden ist mit dem Bestreben, sich auf ein Leben in Freiheit und eigener Verantwortlichkeit vorzubereiten, auch mit Hilfe der

Musiktherapie.

In den 20 Jahren seit Bestehen hat die Auseinandersetzung mit den verschiedenen Methoden bewiesen, daß die Casa Ammon zum internationalen Mittelpunkt der Dynamischen Psychiatrie geworden ist, einer Psychiatrie, die immer mehr den Bedürfnissen der Menschen entspricht.

(*Il Mattino* 27.8.1987) *Pietro Comite*

(Übersetzt durch Dr. *Ferdinando Bellelli,* Paestum)

Paestum / Studiosi riuniti per il ventennale di Casa Ammon
Psichiatri fra i templi

PAESTUM — I processi evolutivi della psichiatria dinamica in visione diretta a Paestum nel corso del ventennale della istituzione di Casa Ammon, nella città dei Templi. Trasformata in centro congressi dell'Accademia tedesca per la psicoanalisi, Casa Ammon è divenuta, negli anni, il luogo di incontro per riunioni internazionali, dove scienziati e studiosi di tutto il mondo hanno discusso dello sviluppo della psichiatria dinamica, dei processi di gruppo, dell'esperienza propria della dinamica di gruppo e degli apprendimenti intellettuali.

Un continuo cenacolo, negli anni 1967—87, per l'affermazione che la filosofia di base dell'accademia è che »tutta la scienza à umanistica e deve servire alla pace e con essa all'amicizia tra i popoli«.

Casa Ammon ha inalberato il gran pavese per un anniversario che ha visto la presenza di tantissimi studiosi con delegazioni di Jugoslavia, Ghana, Israele che hanno dato l'importanza dovuta allo sforzo continuo del suo fondatore, *Günter Ammon,* direttore dell'Istituto di Psichiataria Dinamica a Berlino.

Approdato a Paestum in giovanissima età, il dottor Ammon volle realizzare il centro perché »fosse luogo di ripose e di studio per una scienza in continua evoluzione«. Difficile l'iniziale rapporto con la realtà di Paestum, trasformatasi successivimente col conferimento della cittadinanza onoraria da parte del consiglio comunale di Capaccio. Da allora un filo diretto con le istituzioni pubbliche e private, un rapporto preferenziale con le gerarchie ecclesiastische (cardinale *Ursi*) »perchè l'uomo ha bisogno della religione«. Presidente della associazione mondiale di Psichiatria Dinamica, con 22 Paesi membri, il dottor *Ammon* ha voluto aprire al pubblico il fascino ed il mistero della sua casa perchè vi si potesse confluire con le diverse intelligenze ed esperienze nel superamento e nell' approfondimento della particolare problematica. Nella psichiatria dinamica dello studioso tedesco non vengono trattati soltano i malati psichici, ma anche la ricerca di nuove forme di convivenza che rendono possible uno sviluppo costruttivo per tutti i componenti la società. Casa Ammon, perciò, è diventata un luogo di studio-vacanza per gli studiosi dell'Accademia e della società mondiale.

Dinanzi ad esperti, studiosi e politici, l'assunto della scienza professata da *Ammon:* terapie singole e di gruppo, esaltazione dell'Io più profondo connesso

alla volontà di reinerimento totale nella vita quotidiana, esperimenti von terapia musicale. Nel ventennnale della sua istituzione, il confronto sulle diverse analisi e proposte ha fatto di casa Ammon l'epicentro internazionale della psichiatria dinamica sempre più aderente alle nuove esigenze.
(*Il Mattino*, 27.8.87) *Pietro Comite*

Vortrag und Workshop über Humanstrukturellen Tanz auf der 1. Deutschen Tagung für Tanztherapie September 1987

Vom 11.—13. September 1987 veranstaltete die Fritz-Perls-Akademie für psychosoziale Arbeit und Kreativitätsförderung zusammen mit der Deutschen Gesellschaft für Tanztherapie (DGT) die 1. Deutsche Tagung für Tanztherapie. Anliegen der Tagung war, wie es die 1. Vorsitzende der mitveranstaltenden DGT, *Elke Willke,* es formulierte, »einen Eindruck von den Möglichkeiten der Arbeit mit Tanz unter therapeutischen Gesichtspunkten zu vermitteln« und einen Gedankenaustausch mit den Tanztherapeutinnen und -therapeuten aus anderen europäischen Ländern zu ermöglichen. In Vorträgen und Workshops wurden während der Tanztagung die verschiedenen tanztherapeutischen Richtungen vorgestellt und unter den rund 80 Teilnehmern lebhaft diskutiert.

Günter Ammon war von *Elke Willke* eingeladen worden, die von ihm entwickelte Humanstrukturelle Tanztherapie in einem Workshop und einem Vortrag vorzustellen. *Petra Hieber* und *Renate Splete* übernahmen diese Aufgabe in seiner Vertretung.

In dem Workshop zum Humanstruturellen Tanz stellte *P. Hieber* zunächst dessen Grundzüge dar, wobei die absolute Freiwilligkeit des Tanzes, die Freiheit des Körperausdrucks und das Verständnis von Körpersprache als »Straße zum Unbewußten« gespannt von den Teilnehmern aufgenommen wurde. Obwohl alle bereits Erfahrungen mit verschiedensten Methoden von Tanztherapie oder Tanzarbeit hatten, war es für jeden eine besondere Erfahrung, sich nach der gemeinsamen Meditation ohne vorgegebene Struktur der Bewegung und mit freigewählter Musik von der eigenen tänzerischen Kreativität und dem damit verbundenen Erleben überraschen zu lassen. Die Echtheit und Offenheit der Tanzenden und das sensible Feed-Back der Gruppe war beeindruckend. Das Interesse an der Arbeit der Dynamischen Psychiatrie setzte sich am nächsten Tag fort, als *R. Splete* den Vortrag von *Günter Ammon* »Humanstruktureller Tanz—Heilkunst und Selbsterfahrung« verlas. In der anschließenden eineinhalbstündigen Diskussion stand im Vordergrund die klinische Arbeit, das Verständnis des Humanstrukturellen Tanzes als eine Facette des therapeutischen Klinikmilieus und seine Bedeutung für die Identitätsentwicklung derjenigen Patienten, die mit anderen Therapieformen nicht oder nur schwer erreicht werden konnten und für die *Ammon* den Humanstrukturellen Tanz entwickelte.

Breiten Raum nahm auch die Frage nach dem Gesamtkonzept der Klinik und nach der Therapie der Dynamischen Psychiatrie ein.

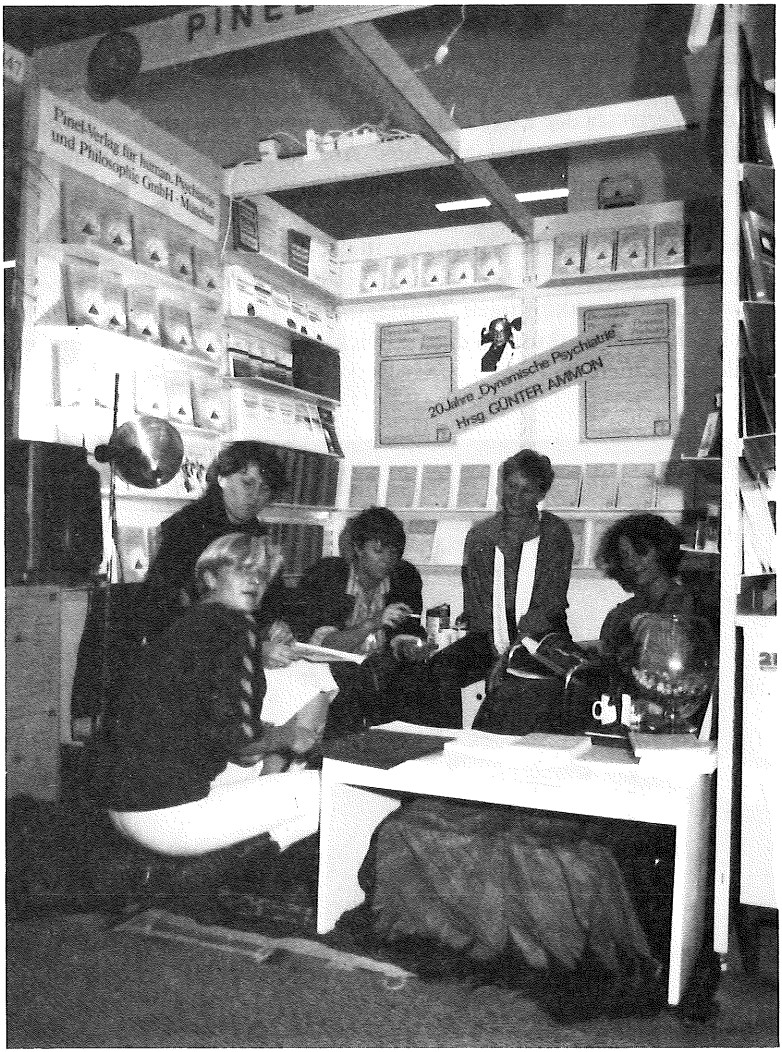
Andere Beiträge der Tagung stellten die tanztherapeutische Konzeption der führenden Vertreter der DGT, *Elke Willke* und *H. Waidelich* vor, beschäftigten sich mit den choreographischen Aspekten, der Körperhaltung und -bewegung, religiösen und transkulturellen Aspekten des Tanzes.

Im Abschlußvortrag der Tagung forderte *G. Hölter* angesichts vieler eklektischer Ansätze zu recht klare Konzepte in der Tanztherapie, verbunden mit einer Darlegung des Menschenbildes und des Krankheitsverständnisses. In dem Maß, wie dies den zukünftigen Tanztagungen gelingen wird, werden sie ein Forum fruchtbarer Diskussion der Entwicklung der Tanztherapie in Deutschland bilden können.

»Pinel«-Verlag auf der Frankfurter Buchmesse vom 7.—11.10.1987

Der »Pinel«-Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie GmbH war auch auf der diesjährigen Internationalen Fankfurter Buchmesse wieder mit einem Stand vertreten. Im Mittelpunkt stand diesmal ganz die Zeitschrift »Dynamische Psychiatrie/Dynamic Psychiatry«, die nunmehr im 20. Jahrgang erscheint.

Während der Buchmesse nahmen die Mitarbeiter des »Pinel«-Verlags Verbindungen auf zu anderen in- und ausländischen Verlagen, die an Lizenzausgaben des Buches von *Günter Ammon* »Der mehrdimensionale Mensch« interessiert sind.



Vortrag von Dr. med. Béla Buda, Budapest in der Ludwig Maximilians-Universität, München am 30.10.1987

Zum Thema »Kriterien der Selbstmordgefährdung bei psychisch kranken Menschen« sprach Dr. *Béla Buda* aus Budapest in der Ludwig Maximilians-Universität, München. In diesem Vortrag, den er zuvor anläßlich eines Besuches in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik vor Mitarbeitern der Klinik gehalten hatte, wies Dr. *Buda* darauf hin, daß das Erkennen von Selbstmordgefährdung bei psychisch kranken Menschen gerade für Ungarn von hoher Brisanz ist, da Ungarn an der Spitze der Länder, die bei der WHO mit Selbst-

mordstatistik geführt werden, steht. Weiter ging Dr. *Buda* auf gesellschaftliche, religiöse und politische Bedingungen ein, um dann auf die Bedeutung des emotionalen Kontaktes zu suizidgefährdeten Menschen im therapeutischen Prozeß hinzuweisen. Dieser Kontakt sollte von Empathie und menschlicher Wärme getragen sein, um den Menschen zu helfen, diese große Krise durchzustehen. Geschlossene Abteilungen und medikamentöse Versorgung helfen keineswegs eine Suizid zu verhindern, sondern verlängern diese Krise nur. Besonders wies Dr. *Buda* auch auf die Gefährlichkeit eines Umfeldes hin, in dem der Suizid idolisiert und heroisiert wird. In der abschließenden sehr angeregten Diskussion wurde von Dr. *Ammon* noch auf die Bedeutung der Einstellungsänderung bei Menschen hingewiesen, und auf das falsche Denken von Suizidgefährdeten, die nicht sehen, daß das Leben ein Prozeß ist, daß Krisen dazugehören und daß man sie mit Hilfe von Menschen durchstehen kann.

Verlag Internationale Psychoanalyse gegründet

Rund 70 Jahre nach der Gründung des von Sigmund Freud initiierten Internationalen Psychoanalytischen Verlages, der durch die Nationalsozialisten aufgelöst wurde, haben der Verlag Urban & Schwarzenberg, der Beltz-Verlag und die Psychologie-Verlags-Union einen neuen deutschsprachigen psychoanalytischen Verlag gegründet, den »Verlag Internationale Psychoanalyse«. Er setzt sich zum Ziel, »aktuelle Beiträge zur Theorie und klinischen Praxis der deutschsprachigen und internationalen Psychoanalyse« herauszubringen, die Geschichte der Psychoanalyse — vor allem auch im Faschismus — zu analysieren sowie Gesamtausgaben wichtiger Denker der Psychoanalyse zu edieren. Dabei sollen nach der Intention der Gründer »alle wichtigen Schulen vertreten sein, die Arbeit des neuen Verlages ist nicht auf eine Richtung beschränkt. Er will und wird Forum sein.« Zum internationalen wissenschaftlichen Beirat des Verlages gehören u.a. Didier Anzieu, Leon Grinberg, Otto Kernberg, J.B. Pontalis und Robert Wallerstein. Das Verlagsprogramm 1988 umfaßt u.a. ein Buch von Otto Kernberg über die Objektbeziehungstheorie, von Bela Grunberger über »Narziß und Anubis — die Psychoanalyse jenseits der Triebtheorie«, von Morris Eagle über »Neuere Entwicklungen in der Psychoanalyse« und von Ursula Welsch und Michaela Wiesner über Lou-Andreas-Salomé.

Psychologie-Almanach erschienen

Im Oktober dieses Jahres ist ein Psychologie-Almanach erschienen, der im Taschenbuchformat die erste Gesamtübersicht über alle psychologischen Bücher bietet, die im Buchhandel erhältlich sind, mit insgesamt ca. 6 000 Titel. Durch die systematische Gliederung erhält der Leser einen schnellen Überblick über die ganze Breite des Angebotes, der auch wissenschaftlichen An-

sprüchen genügt. Das Spektrum reicht von den Anfängen und Vorläufern der Psychologie, über die verschiedenen Theorien und Schulen der Psychologie bis hin zur spirituellen und Transpersonalen Psychologie. Neben den zahlreichen redaktionellen Beiträgen, die teils lexikalischen Charakter haben und teils Leseproben sind, enthält die erste Ausgabe des Almanachs auch einen Serviceteil, der aus nützlichen Adressen, einem Zeitschriftenverzeichnis und einem kleinen Lexikon der Psychologie besteht.

Dittmar, Jens (Hrsg.) Psychologie-Almanach
Von den Anfängen der Psychologie zur modernen, Psychotherapie. Mit umfassenden Verzeichnis der Literatur.
Rossipaul Verlag, München 1987.
400 Seiten, 88 Abbildungen. Broschiert DM 16,80

2nd World Congress on Drugs and Alcohol of The World Association For Prevention of Drug und Alcohol Abuse (WAPDAA)

13.—17.11.1988 in Tel-Aviv, Israel. International scientific commitee: Judge Amnon Carmi, Israel, Chairman, Mrs. Laure Benmuvar, Switzerland, Dr. Brenda Davies, England, Prof. Carmen Nathan, Bophuthatswana, Dr. Harold Ron, U.S.A., Prof. Denis Szabo, Canada. Main topics: the phenomenon of Drugs and Alcohol use/misuse. Intervention
— Education, Prevention, Treatment
— Fields
— Systems
— Organs
— Conceptions
In: * Medicine
* Social Work
* Law Enforcement
* Education
Non Professional Aid — Voluntary Bodies
General Topics
Secretariat: P.O.B. 6451, Haifa 31063, Israel

Wichtige Mitteilung! **Wichtige Mitteilung!**

Weihnachtsklausurtagung in Stelzerreut
Anmeldung noch möglich!

71.
Gruppendynamische Tagung

zum Thema

Begegnungen

27. Dezember 1987 – 6. Januar 1988

in Stelzerreut, bei Freyung (Bayer. Wald)
Tagesklinik für
intensive Gruppenpsychotherapie

Leitung: Ingeborg Urspruch,
Psychoanalytikerin

ANMELDUNG: Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V., 8000 München 5, Klenzestraße 55, Tel. 2011586
oder: Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V., 1000 Berlin 15, Wielandstr. 27/28, Tel. 030/8818059

Mitteilung des
Exekutivsekretärs der
DAP Dr. Helmut Volger

Im nächsten Heft erscheint. . .

Günter Ammon, Ilse Burbiel, Ulrich Köppen, Winfried Tiedge (Berlin/München)
Die Organisation der Ruhe- und Aktivitätsprozesse und deren Integration als Indikator für die Entwicklung des Menschen im therapeutischen Prozeß
Teil II: Interpretation von Schlafprofilen mit Strukturparametern
— zwei Fallbeispiele

Vadim S. Rotenberg (Moskau)
The two hemispheres and the problem of psychotherapy

Nicholas Destounis (Richmond)
The medical and human genius of Hippocrates

Jai B. P. Sinha (Patna)
The hindu view of body, mind and psyche

Christof Schorsch (Berlin)
Die Sehnsucht nach dem verlorenen Paradies

Erik P. Igenbergs (München)
Das Denken in Raum und Zeit

Helmut Volger (Berlin)
Frieden und Entwicklung. Zum Paradigmenwechsel in der internationalen Politik

Rita Rogers (Los Angeles)
Reencounter with Romania

— Änderungen vorbehalten / changes reserved —

Impressum

Verlag, Sitz und Geschäftsstelle/Publishing House, seat and office:
»Pinel« Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie GmbH München, Klenzestraße 55, 8000 München 5, Tel. (0 89) 2 01 15 86.
Gesellschafter des Verlages (mit Einlagen über 5% des Stammkapitals): Dr med. Günter Ammon, Arzt für Neurologie und Psychiatrie, Psychoanalyse, Psychotherapie, Meierottostraße 1, 1000 Berlin 15 (20%)
Geschäftsführer des Verlages: Anna Scharnagl. Betriebswirtin, Pariser Straße 34, 8000 München 80,
Druck: Alfa-Druck, Buch- und Offsetdruckerei, Levinstraße 9a, 3400 Göttingen.
Herausgeber/Editor: Dr. med. Günter Ammon, Meierottostraße 1, 1000 Berlin 15 (verantwortlich für den wissenschaftlichen Teil).
Buchbesprechungen/Book reviews: Dr. phil. Helmut Volger, Ludwigkirchstraße 2, 1000 Berlin 15 (verantwortlich).
Nachrichtenteil/News: Verantwortlich sind Dipl.-Psych. Ilse Burbiel, Presse- und Informationsreferentin im Executive Council der World Association for Dynamic Psychiatry WADP, Karl-Theodor-Str. 73, 8000 München 40; R.A. Thomas Hessel, Justitiar und Schatzmeister im Executive Council der World Association for Dynamic Psychiatry WADP, Arcisstraße 59, 8000 München 40.
Anzeigen/Advertising Manager: Petra Hieber, Karl-Theodor-Str. 73, 8000 München 40 (verantwortlich).
Abonnentenabteilung/Subscription management: Michael Birk, Klenzestraße 55, 8000 München 5.
Manuskripte nehmen entgegen/manuscripts should be sent to:
Hauptschriftleitung Dr. med. Günter Ammon, Wielandstraße 27/28, 1000 Berlin 15.

Anschrift der Redaktion/Address of the editorial staff:
Wielandstraße 27/28, 1000 Berlin 15

Weitere Mitglieder der Redaktion/Members of the editorial staff:
Maria Berger, Dipl. Soz. Jürgen Blechschmidt, Dipl.-Psych. Ilse Burbiel, Dipl.-Psych. Gabriele von Bülow, Dipl.-Psych. Daniel Hermelink, Dipl.-Psych. Volker Peschke, Dr. med. Bernhard Richarz, Dr. med. Paul Schmalisch, Dr. med. Rolf Schmidts, Margit Schmolke, Elisabeth Teichmann, Dr. phil. Barbara Töpper, Dr. phil. Helmut Volger, Dipl.-Psych. Gerhard Wolfrum.

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 25 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 Manuskriptes und seiner Veröffentlichung geht das Verlagsrecht für alle Sprachen und Länder einschließlich des Rechts der photomechanischen Wiedergabe oder einer sonstigen Vervielfältigung an die »Pinel« Verlag für humanistische Psychologie und Philosophie GmbH München über. Für unverlangt eingesandte Manuskripte, Fotos etc. wird keine Haftung übernommen.
Die Dynamische Psychiatrie erscheint zweimonatlich. Jahresabonnement DM 96,— (zzgl. Porto), für alle Mitglieder der DAP, der DGG, der DGPM, der WADP und der DGDP, für Ärzte im Vorbereitungsdienst und Mitarbeiter der Psychoanalytischen Kindergärten gegen Nachweis nur in Deutschland DM 81,— (zzgl. Porto), Studenten DM 48,— (zzgl. 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 Jahresabonnement bis zum 1.4. d. J. auf das folgende Konto: Münchner Commerzbank 225 295 500.

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-spaces typed pages). Literary references 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 25 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. No liability is undertaken for manuscripts being sent in without request.
With the acceptance of the manuscript and its publication, the »Pinel« Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie GmbH München reserves the copyrights in all countries and languages. This journal, or parts there of, may not be reproduced in any form, by photocopy or any means without written permission from the publisher.
Dynamic Psychiatry is published bi-monthly. Annual subscription rate $ 48,— per individual copy $ 9,—. 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« Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie GmbH Münchener Commerzbank 225 295 500.

raum&zeit

Die neue Dimension der Wissenschaft

Avantgardistisch

raum&zeit ist eine avantgardistische Fachzeitschrift, die sich konstruktiv-kritisch mit der Schulmedizin auseinandersetzt.
Namhafte Wissenschaftler und Forscher sind Autoren von raum&zeit, die damit zunehmend an Ansehen im In- und Ausland gewinnt.

Erfolgreich

Kaum eine Fachzeitschriften-Neugründung war in den letzten Jahren so erfolgreich, wie die von raum&zeit.
In den ersten fünf Jahren wuchs die Zahl der Abonnenten stetig.
Die Auflage hat die 18.000-Grenze längst überschritten.
Die Tendenz ist nach wie vor steigend.

Kostenlos

Wenn Sie raum&zeit kostenlos und unverbindlich kennenlernen wollen, füllen Sie untenstehenden Bestellschein aus. Schicken Sie ihn an:

Ehlers Verlag GmbH · Hohenzollernstraße 60 · 8000 München 40

Bitte senden Sie ein kostenloses Probe-Exemplar von raum&zeit an:

Vorname _____ Name _____

Straße _____ PLZ _____ Ort _____

Literaturwissenschaft

Paolo Chiarini
Bausteine zu einem neuen Goethe
1987. 188 Seiten, geb.
mit Schutzumschlag, DM 48,–
ISBN 3-610-08908-3

„Immer dicht vor dem Sturze…“
Zum Werk Robert Walsers
Herausgegeben
von Paolo Chiarini und
Hans Dieter Zimmermann
1987. 352 Seiten, geb.
mit Schutzumschlag, DM 78,–
ISBN 3-610-08901-6

Burghard Dedner (Hrsg.)
Georg Büchner: Leonce und Lena
Kritische Studienausgabe
Büchner-Studien, Band 3
1987. 448 Seiten, geb.
mit Schutzumschlag, DM 78,–
ISBN 3-610-08909-1

Iring Fetscher
Die Wirksamkeit der Träume
Literarische Skizzen
eines Sozialwissenschaftlers
1987. 208 Seiten, kart. DM 28,–
ISBN 3-610-08439-1

Franz Josef Görtz
Innenansichten
Über Literatur als Geschäft
1987. 144 Seiten, kart. DM 28,–
ISBN 3-610-08452-9

Hans Höller
Ingeborg Bachmann
Das Werk
1987. 368 Seiten, geb.
mit Schutzumschlag, DM 68,–
ISBN 3-610-08912-1

Kurt Mautz
Georg Heym
Mythologie und Gesellschaft
im Expressionismus
3. unveränderte Auflage.
1987. 387 Seiten,
gebunden mit Schutzumschlag,
DM 58,–
ISBN 3-610-08929-6

Helmut Schmiedt
Karl May
Studien zu Leben, Werk und
Wirkung eines Erfolgs-
schriftstellers
2., völlig überarbeitete
und ergänzte Auflage.
1987. 304 Seiten, geb.
mit Schutzumschlag, DM 78,–
ISBN 3-610-08902-4

Zeitgenossenschaft
Zur deutschsprachigen
Literatur im 20. Jahrhundert
Herausgegeben von
Paul Michael Lützeler u. a.
1987. 352 Seiten, geb.
mit Schutzumschlag, DM 84,–
ISBN 3-610-08921-0

athenäum