ISSN 0012-740 X

Dynamische Psychiatrie

Herausgegeben von Günter Ammon

Dynamic Psychiatry

Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse

Günter Ammon
Das Borderline-Syndrom, eine humanstrukturelle Erkrankung: Zur Weiterentwicklung der Ergebnisse des DAP-Borderline-Symposiums 1976

Jules H. Masserman
Evolutionary Reintegrations of Psychiatric Diagnoses and Therapies

Benjamin Wolman
The Protoconscious

Swetlana Lourié
Zum Problem der Entwicklung des ethischen Bewußtseins

Julia Nekrasova
Wiederherstellung einer gestörten Kommunikation (am Beispiel einer Logoneurose)

Charles L. Sheridan
Technological versus Psychodynamic Treatment of Impaired Stress Management

Györgyi Körmendy
Fokale Kurztherapie bei einem psychosomatisch erkrankten Kind — Kasuistik

Ingo Gemmer
Über den Zusammenhang von Sozialenergie, Lernen und Identitätsentwicklung am Beispiel der sog. Lernbehinderung. Eine empirische Grundlagenstudie über psychische Erkrankung als Hintergrund schwerer Lernstörungen

Luciano Rispoli
Schizophrenia and Concepts of Split in the Corporal Self in a Clinical Model of Body-Character Psychotherapy

Jochak Shapira
Die jüdische Einstellung zu den physiologischen und psychologischen Bedürfnissen des Menschen

Adam Szymusik, Maria Orwid, Andrzej Piotrowski
Sociocultural Determinants of Identity Formation in Young People

Buchbesprechungen

Nachrichten

22. Jahrgang
1./2. Heft 1989

114/115

»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

22. Jahrgang, 1./2. Heft 1989, Nr. 114/115

Herausgegeben von Günter Ammon
unter Mitarbeit von
F. Antonelli, Rom — 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 / Contents

Günter Ammon (Berlin/München)
Das Borderline-Syndrom, eine humanstrukturelle Erkrankung: Zur Weiterentwicklung der Ergebnisse des DAP-Borderline-Symposiums 1976 1
The Borderline-Syndrome — A Humanstructural Illness: On the Further Development of the Results of the DAP-Symposium 1976 13

Jules H. Masserman (Chicago)
Evolutionary Reintegrations of Psychiatric Diagnoses and Therapies 16
Evolutionäre Reintegration psychiatrischer Diagnosen und Therapien 19

Benjamin Wolman (New York)
The Protoconscious 22
Das Proto-Bewußtsein 27

Swetlana Lourié (Moskau)
Zum Problem der Entwicklung des ethischen Bewußtseins 31
About the problems in the development of ethical consciousness 35

Julia Nekrasova (Moskau)
Wiederherstellung einer gestörten Kommunikation (am Beispiel einer Logoneurose) 37
Repair of disturbed communication in Logoneurosis 48

Charles L. Sheridan (Kansas City)
Technological versus Psychodynamic Treatment of Impaired Stress Management 51
Technologische versus psychodynamische Behandlung von beeinträchtigtem Umgang mit Streß 56

Györgyi Körmendy (Miskolc)
Fokale Kurztherapie bei einem psychosomatisch erkrankten Kind — Kasuistik 59
Focal Short-Term Therapy with a Psychosomatic Child — a Case Study 70

Ingo Gemmer (Düsseldorf)
Über den Zusammenhang von Sozialenergie, Lernen und Identitätsentwicklung am Beispiel der sog. Lernbehinderung. Eine empirische Grundlagenstudie über psychische Erkrankung als Hintergrund schwerer Lernstörungen 74
About the Connection of Social Energy, Learning and Development of Identity, shown by Cases of Learning-Handicaps. An Empiric Basis Research about Psychic Illness as Background to Understand Learning Disturbances 101

Luciano Rispoli (Neapel)
Schizophrenia and Concepts of Split in the Corporal Self in a Clinical Model of Body-Character Psychotherapy 104
Schizophrenie und Spaltung im Körper-Selbst in einem klinischen Modell charakteranalytischer Körpertherapie 110

Jochak Shapira (Nathanya)
Die jüdische Einstellung zu den physiologischen und psychologischen Bedürfnissen des Menschen 111
The Jewish Attitude towards the Physiological and Psychological Needs of Man 123

Adam Szymusik, Maria Orwid, Andrzej Piotrowski (Krakau/Warschau)
Sociocultural Determinants of Identity Formation in Young People 125
Soziokulturelle Bedingungen für die Identitätsentwicklung junger Menschen 128

Buchbesprechungen / Book Reviews 131

Nachrichten / News 142

Ankündigungen / Announcements 179

Das Borderline-Syndrom, eine humanstrukturelle Erkrankung: Zur Weiterentwicklung der Ergebnisse des DAP-Borderline-Symposiums 1976*

Günter Ammon (Berlin/München)

Günter Ammon hat bereits 1976 das Borderline-Syndrom als ein eigenständiges Krankheitsbild entwickelt und ihm einen wesentlichen Stellenwert innerhalb der archaischen Ich-Krankheiten zugeordnet. In der vorliegenden Arbeit geht er in Weiterentwicklung des humanstrukturellen Verständnisses der Borderline-Erkrankung auf die Spezifität der Persönlichkeitsstruktur, der Diagnostik und der Behandlung ein.
Er diskutiert ausführlich die verschiedenen Ansätze in der Literatur, ausgehend von Kraepelin über Wilhelm Reich bis hin zu Kernberg, Fürstenau und die Problematik der diagnostischen Einordnung nach Davison und Neale, Endicott u.a.
Gerade die symptomatologische Vielfältigkeit stellt seines Erachtens das besondere Kennzeichen der Persönlichkeitsstruktur dieser Patienten dar. Das Wechseln von psychischen, somatischen, Verhaltens- und Kommunikationsstörungen scheint für die bestehenden diagnostischen Manuals und theoretischen Konzeptionen schwer greifbar zu sein. Dies spiegelt aber gerade die Zersplitterung des Borderline-Syndroms wider.
Das zentrale Anliegen der Arbeit ist es, die Erkrankung ganzheitlich zu erfassen und von einem integrierten Gesamtpersönlichkeitsverständnis her zu sehen. Vom humanstrukturellen Verständnis aus drückt sich die Borderline-Persönlichkeit durch eine sog. intakte Fassade der sekundären Humanfunktionen (der bewußten Verhaltenspersönlichkeitsstruktur) aus, wohingegen im zentralen Humanfunktionsbereich (der nicht-bewußten Persönlichkeitsstruktur) Störungen aller Humanfunktionen vorliegen, sowohl defizitärer, wie auch destruktiver Ausprägung. Die Störung der Identität mit ihrer Integrationsschwäche ist entscheidende und zentrale Störung dieser Erkrankung. Der Patient drückt es aus durch eine ständige Flucht vor sich selbst, passageren, oberflächlichen Kontakten und innerer Leere, obwohl er oft in seinem Verhaltensbereich, z.B. in der Arbeit gut funktionieren kann. Es kommt häufig zu Abbrüchen von Partner- und Arbeitsbezügen und zu plötzlichem Verlust der Ich-Kontrolle. Identitätsforderungen werden als existentielle Bedrohung erlebt und können zu einem vollkommenen Zusammenbruch seiner Fassade führen. Hier ist zentral die narzißtische Problematik zu sehen. Gemeinsam ist allen Grenzfall-Patienten ein archaischer Symbiose-Komplex, d.h. die Störung liegt vor dem 3. Lebensjahr, in der Zeit der für die Identitätsentwicklung wichtigen Abgrenzung aus der Symbiose. Des weiteren liegt eine Störung der Abgrenzungsfähigkeit, der Angst — die eine Identitäts- und Verlassenheitsangst ist — und der Aggression vor und eine Unfähigkeit, allein zu sein; in vielen Fällen auch eine Sucht- und Eßproblematik. Das chamäleonartige Wechseln der Identitäten dient der Abwehr von Angst (»Angst vor der Angst«), einen eigenen Standpunkt und eine eigene Identität zu zeigen.
Im Kontext seines Verständnisses der archaischen Ich-Krankheiten sieht Ammon die Borderline-Erkrankung auf einem gleitenden Spektrum angeordnet.
In der Therapie geht es nicht zentral um die Beseitigung der schillernd wechselnden Symptomatologie, sondern um die Arbeit mit dem nicht-bewußten Persönlichkeitskern. Wesentlich ist dabei, die Angst und Wut des Borderline-Patienten zu erreichen und ihm zu helfen, Beziehung zu sich selbst und seinen Mitmenschen zu bekommen und einen eigenen Standpunkt und Identität zu entwickeln. Der Verhaltensbereich soll dabei eine untergeordnete Rolle spielen. Das therapeutische Spektrum reicht von nonverbalen Methoden, wie Theater-, Mal-, Reit-, Musik- und Tanztherapie bis hin zu Milieutherapie, Gruppentherapie und Einzeltherapie. Wichtig ist, daß alle Therapie wieder zentriert und integriert wird in einem gemeinsamen ganzheitlichen, gruppendynamischen und sozialenergetischen Verständnis der Entwicklung des Patienten durch integrierende

* Vortrag gehalten auf dem 7. Weltkongreß der WADP und XX. Internationalen Symposium der DAP, 17-21. März 1989, Hochschule der Künste Berlin, zum Thema »Das Borderline-Syndrom in Theorie und Praxis«

Team- und Supervisionsarbeit. Der Autor sieht den destruktiven und defizitären Narzißmus, die Paranoia, die Eifersucht und die defizitäre und destruktive Aggression als zentrale Probleme der therapeutischen Bearbeitung. Wesentlich für den Therapeuten ist, jegliches konkretistische Mitagieren zu vermeiden, die Bildersprache als therapeutisches Agens zu verwenden, das gesamte therapeutische Milieu miteinzubeziehen, die Angst vor Kontakt und Identität und die narzißtische Problematik zu verstehen und zu bearbeiten und zentral die Integrierung aller zentralen Humanfunktionen hin zu einer eigenen Identität aufzubauen.

1. *Zur Geschichte des Borderline-Begriffes*

Das Bemühen, das Borderline-Geschehen in seinen vielfältigen Dimensionen zu erfassen, führte uns zu einem vertieften Verständnis der Mehrdimensionalität des Menschen und der Störung einzelner oder verschiedener Dimensionen bei fehlgelaufener Entwicklung, wobei Entwicklung immer sehr viel mit Integration zu tun hat. Die homöostatische Persönlichkeit, um die es auch *Karl Menninger* in seinem Lebenswerk »Leben als Balance« geht, lebt in einem sozialenergetischen, gruppendynamischen Feld; vergleichbar mit dem Bild eines Fisches im Wasser, wobei z.B. das Wasser durch seine besonderen Nährstoffe frisch und dem Fisch dienlich, durch Verschmutzung des Wassers aber auch schädlich sein kann.

Gestatten Sie mir eine kurze Literaturübersicht:

Der Begriff der Borderline-Störung ist zu einem unklaren Sammelbegriff geworden, über den sich viele Autoren seit 100 Jahren Klarheit zu verschaffen suchen. Bereits 1884 schreibt *Hughes:* »Im Grenzgebiet zur Geisteskrankheit leben viele Menschen, die ihr ganzes Leben entlang einer Linie verbringen, manchmal auf der einen Seite, manchmal auf der anderen.« *Rosse* (1890) schreibt, daß diese Patienten leben wie »im Zwielicht von Vernünftigkeit und Verzweiflung«. Um die Jahrhundertwende erschienen im deutschen Schrifttum Werke von *Hoche, Pelman* und *Birnbaum,* die sich mit diesen Grenzzuständen befassen.

Kraepelin schreibt 1903 von einem »Zwischengebiet zwischen krankhaften Zuständen und persönlichen Eigentümlichkeiten«. Diese Linie setzt sich fort in der Typologie von *Ernst Kretschmer* (1921) und *Kurt Schneider* (1926), die den konstitutionellen Aspekt und die Unbehandelbarkeit dieser Erkrankungen in den Vordergrund stellen. *Kurt Schneider* beschreibt unseres Erachtens mit dem Begriff »psychopathische Persönlichkeiten« Patienten, die wir heute als Borderline-Patienten bezeichnen würden.

Bei *Franz Alexander* (1930) und *Wilhelm Reich* (1933) werden Borderline-Symptome unter dem Begriff »Charakterneurosen« subsumiert, wobei *Reich* die Charakterneurosen für schwerere Erkrankungen hält als die Neurosen. *Zilboorg* gebrauchte 1931 zum ersten Mal den Begriff »borderline case« im Zusammenhang seiner Forschungen an schizophren und neurotisch Erkrankten. In der amerikanischen Psychiatrie wurden verschiedene Konzeptionen der Borderline-Störungen herausgearbeitet. Sie hatten sich — ausgehend von der Anstaltspsychiatrie — unter dem Einfluß führender Persönlichkeiten, wie be-

sonders *Adolf Meyer,* weiterentwickelt und öffneten sich dann dem Einfluß psychoanalytischer Konzepte. Im Zeitraum von 1909 bis 1982 wurden nach einer Untersuchung von *Saß* und *Koehler* (1983) 30 verschiedene Termini und Konzepte im Umfeld des Borderline-Spektrums entwickelt.

Otto Kernberg (1967, 1975, 1976, 1984) beschreibt die Borderline-Erkrankung im Rahmen seines Konzeptes der Borderline-Persönlichkeitsorganisation als Charakterpathologie bei schwerwiegenden Entwicklungsstörungen der Ich-Struktur mit primitiven Abwehrmechanismen und mangelnder Integrationsfähigkeit sich widersprechender Gefühle. Dabei faßt *Kernberg* die Integrationsprozesse als letztlich triebdynamisch reguliert und affektzentriert und Entwicklung als einen intrapsychischen Vorgang, als eine innere Wirkung von biologischen Faktoren auf, wovon meine Konzeption sich grundsätzlich unterscheidet. Ich fasse Integration auf als ein durch sozialenergetische Austauschprozesse bedingtes Geschehen zwischen Individuum und Gruppe, das nicht nur die Gefühle, sondern den ganzen Menschen mit all seinen Humanfunktionen integriert. Ebenso ist Entwicklung in meinem Verständnis ein gruppendynamischer Prozeß an der Grenze zwischen dem einzelnen und der Gruppe.

Fürstenau (1977, 1983) bezieht sich in seinen Arbeiten auf den Begriff der frühen Störung und sieht diese als »strukturelle Ich-Störungen« im Sinne einer Störung bei der Entwicklung des Ichs, wobei das Ich nur ungenügend in der Lage ist, mit realen Anforderungen umzugehen, im Unterschied zu den neurotischen Störungen, die er als in ihren Funktionen konfliktbedingt gestört, als »funktionale Ich-Störungen« begreift — bei einer an sich stabil entwickelten Struktur von Ich, Es und Über-Ich.

Das Borderline-Syndrom ist in meinem Verständnis ein eigenständiges Krankheitsbild mit einer spezifischen Persönlichkeitsstruktur, wobei gerade die symptomatologische Vielfältigkeit als besonderes Kennzeichen dieser Struktur zu begreifen ist. In ihrer Krankheitsphänomenologie können diese Symptome oft übergangslos alternieren zwischen psychischen und somatischen Symptomen, Verhaltens- und Kommunikationsstörungen, was das Borderline-Bild aufs erste so wenig greifbar macht. Wenn heute Borderline-Forscher wie z.B. *Seidler* und *Katzberg* vom Institut für Psychotherapie- und Neurosenforschung Berlin/DDR (1988) betonen, daß sie ein Glossar über die Borderline-Symptomatik ausgearbeitet haben mit sehr vielen Ankervariablen, die nach ihren eigenen Worten aber nicht das Wesen des Borderline-Syndroms erfassen, so kann ich ihnen darauf nur antworten, wie ich es kürzlich in einem Brief auch getan habe, daß gerade »diese desintegrierten und schillernden Merkmale in ihrer oft widersprüchlichen Vielfalt zum Wesen des Borderline-Syndroms gehören«.

Das Problem der diagnostischen Einordnung, Erfassung und Abgrenzung des Borderline-Syndroms ist bis heute in der Literatur nicht gelöst. Verschiedene diagnostische Glossare und Inventare sind auf dem Hintergrund verschiedener theoretischer Konzeptionen entwickelt worden, mit dem Ziel, die

Vielfalt der Erscheinungsformen der Borderline-Erkrankten zu erfassen, sie in Subgruppen zu unterscheiden und sie gleichzeitig zu anderen affektiven, narzißtischen Persönlichkeitsstörungen hin abzugrenzen (vgl. *Khouri* et al. 1980; *Gunderson* und *Kolb* 1978; *Perry* und *Klerman* 1980; *Spitzer* und *Endicott* 1979, etc.). Durch eine Untersuchung von *Spitzer, Endicott* und *Gibbon* (1979) wurden die Kriterien für die Borderline-Persönlichkeit im DSM III der APA (1980) entwickelt.

1981 entwickelten *Gunderson, Kolb* und *Austin* auf der Grundlage der bis dahin einschlägigen Borderline-Literatur ein Interview mit einer Reihe spezifischer Diagnosekriterien, ähnlich denen, die ins DMS III aufgenommen wurden. Zu erwähnen sind außerdem das von *Khouri* et al. (1980) entwickelte »Symptom Schedule for the Diagnosis of Borderline-Schizophrenia (SSDBS)«, das »Borderline Ego Functions Inventory« von *Perry* und *Klerman* (1980) sowie das oben bereits erwähnte Glossar von *Seidler* und *Katzberg* (1988).

Auch wenn empirische Untersuchungen zur Abgrenzung der Borderline Patienten von anderen klinischen Vergleichsgruppen (*Sheehy* et al. 1980; *Carpenter* et al. 1977; *Gunderson* 1977) immer wieder zu differentialdiagnostischen Kriterien gelangen und diese Frage in der Literatur einen großen Raum einnimmt, so bleibt doch die große Frage nach dem Abgrenzungsproblem und danach, was das Borderline-Phänomen eigentlich ausmacht, bestehen.

Saß und *Koehler* (1983) stellen in ihrer Arbeit über »Borderline-Syndrom: Grenzgebiet oder Niemandsland« resümierend fest, daß »sich die Forschungsproblematik im Borderline-Bereich heute so dar(stellt), daß vorläufig von einem heterogenen Borderline-Spektrum auszugehen ist, auch wenn die Überprüfung seiner Aufteilung in valide Subgruppen mittels reliabler diagnostischer Kriterien in vollem Gange ist«.

Erwähnen möchte ich in diesem Zusammenhang die Ergebnisse von mir und meinen Mitarbeitern *Köppen, Thome* und *Tiedge* aus dem Schlaf- und Traumlabor unserer Klinik Menterschwaige. Es handelt sich um Untersuchungen an Borderline-Patienten im Vergleich zu Patienten mit schizophrener, depressiver und psychosomatischer Reaktion.

In der amerikanischen Literatur wird die Borderline-Störung als eine spezifische Persönlichkeitsstörung beschrieben und eingegrenzt. Bei dieser Sichtweise bleibt jedoch, wie *Lohmer* (1988) betont, »ein Problem bestehen, auf das schon *Gunderson* (1982) in seinem eigenen Konzept einer Borderline-Persönlichkeitsstörung selbstkritisch hingewiesen hat: die Charakteristika der Borderline-Persönlichkeit weisen in vieler Hinsicht eine Überlappung mit anderen Persönlichkeitstypen, vor allen Dingen der narzißtischen, der antisozialen, der schizotypischen und der hysteroiden Persönlichkeit auf. Damit ist aber eine nur ungenügende differentialdiagnostische Abgrenzung von diesen anderen Persönlichkeitstypen möglich, was sowohl praktisch-diagnostische als auch theoretische Fragen der Einordnung der Borderline-Störung offenläßt.«

Auch *Davison* und *Neale* (1988) meinen, daß noch viel Forschungsarbeit in

Bezug auf das Borderline-Syndrom zu leisten ist und die Diagnose der Borderline-Persönlichkeit weiterhin umstritten ist und sich dahinter eine recht heterogene Gruppe verbirgt.

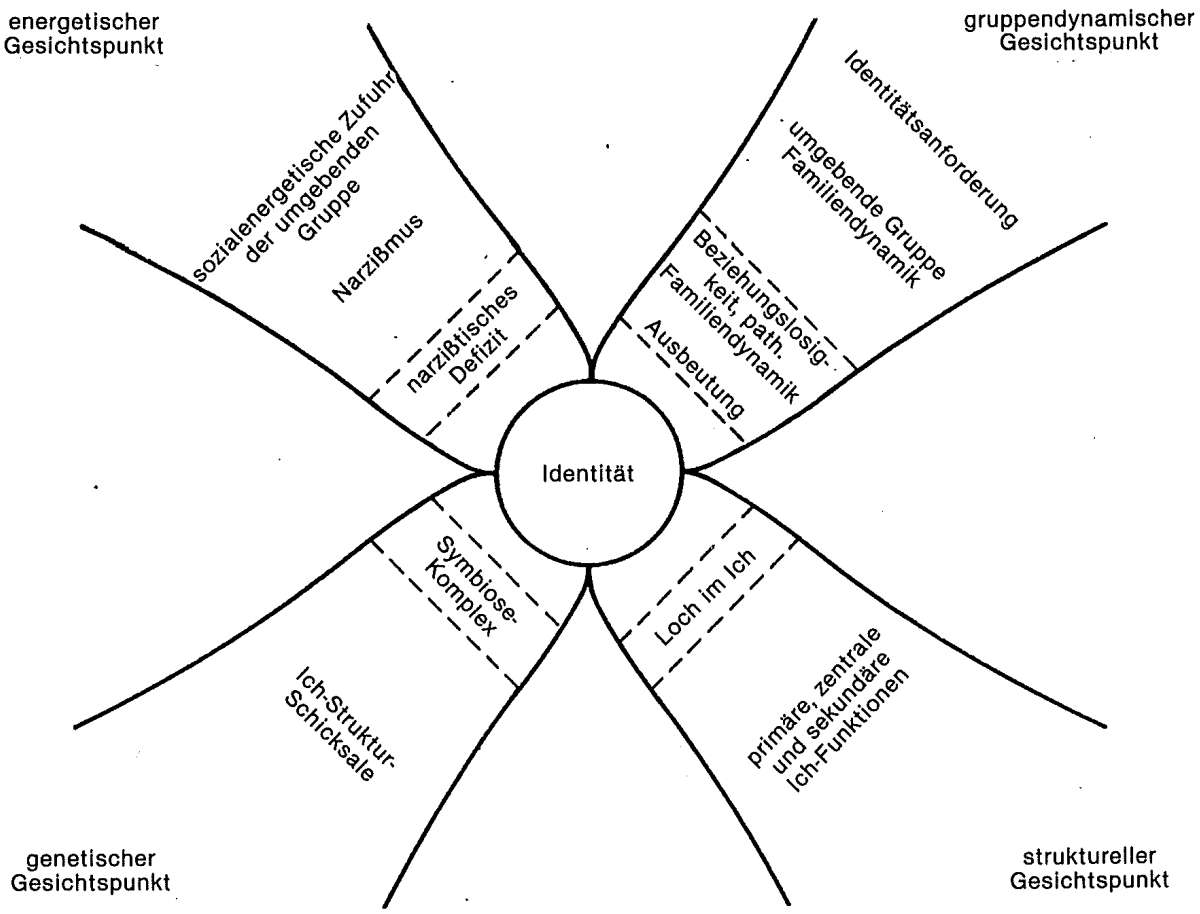
Von meiner Konzeption der Borderline-Erkrankung aus gesehen ist es gerade die Heterogenität, die das Borderline-Syndrom ausmacht. Meines Erachtens spiegelt sich in dieser Heterogenität der Definitionen und theoretischen Konzepte die Borderline-Erkrankung wider, wobei auch die verschiedenen Ansätze nur bruchstückweise miteinander verbunden sind. Das Wesen der Borderline-Erkrankung kann nur auf dem Hintergrund einer integrierten Vorstellung der Gesamtpersönlichkeit des Menschen verstanden werden.

2. *Das Humanstruktur-Konzept des Borderline-Syndroms*

Durch meine nunmehr 30 Jahre lange Beschäftigung mit dem Borderline-Problem habe ich — über die psychoanalytische Ich-Psychologie von *Rapaport, Hartmann, Kris* und *Löwenstein* sowie *Erikson* hinausgehend — durch die therapeutische Arbeit, der ich auch heute noch mit dem größten Teil meiner Arbeitszeit verbunden bin, mehr und mehr eine spektraltheoretische, sozialenergetisch-gruppendynamische und holistisch unitäre Krankheitsvorstellung entwickelt. Diese Erfahrungen haben auch zur Entwicklung des Humanstruktur-Modells geführt, verbunden mit dem Ich-Struktur-Test nach *Ammon* (ISTA) und den Forschungen im Schlaf- und Traumlabor, der diagnostischen Forschung mit dem Autokinetischen Lichttest (AKL), mit dem ich mich bereits 1959 in Topeka vertraut gemacht habe.

So hat sich aus der therapeutischen Arbeit eine theoretische Konzeption entwickelt, beginnend mit dem bereits 1959 vorgestellten Verständnis der Borderline-Erkrankung als einer Ich-Autonomie-Störung, worüber ich auch 1970 auf dem 2. Internationalen Symposium der DAP in Paestum referiert habe. Auf dem Internationalen DAP-Borderline-Symposium in Düsseldorf 1976 habe ich dann zum ersten Mal in dem den Kongreß einleitenden Hauptreferat über »Das Borderline-Syndrom — ein neues Krankheitsbild« referiert. Diese Konzeption habe ich bis heute kontinuierlich mit meinen Mitarbeitern weiterentwickelt. Die wesentlichen strukturellen und dynamischen Grundpositionen habe ich 1979 im ersten Band des Handbuches der Dynamischen Psychiatrie beschrieben. Sie sind bis heute für meine Auffassung von grundlegender Bedeutung.

Grundlegend für meine Betrachtungsweise des Borderline-Syndroms als ein einheitliches Krankheitsbild ist eine Persönlichkeitsauffassung von entwicklungsgeschichtlich gewordenen Strukturen, die wichtig sind, um die pathologischen Faktoren verstehen zu können. Das Humanstruktur-Modell stellt eine Abstraktion aus vielfältigen genetischen, energetischen, dynamischen und strukturellen Prozessen dar:



Dieses Strukturmodell ist ein Entwicklungsmodell, dessen zentraler Bestandteil durch die Entwicklung von Identität in der Gruppe gegeben ist. Innerhalb der zentralen Human-Funktionen hat die Funktion der Identität eine übergeordnete Bedeutung. Sie entsteht stets an der Grenze von Individuum und Gruppe, also an einem Gegenüber. Identität entwickelt sich im Zusammenwirken mit dem gruppendynamischen Prinzip, das auch als ein energetisches Prinzip zu denken ist. In diesem Sinne integriert und dynamisiert die Identität alle anderen Humanfunktionen.

Dabei haben diese Funktionen entsprechend meiner ganzheitlichen Humanstrukturvorstellung immer eine körperlich-biologisch primäre, eine nichtbewußte zentrale und eine vorwiegend bewußte sekundäre Verhaltens- und Erlebnisqualität. In Abhängigkeit von der sozialenergetischen Auseinandersetzung des Menschen in seiner umgebenden Gruppe entwickeln sich diese Funktionen entweder konstruktiv, destruktiv oder defizitär.

Die Humanstruktur, als das Geflecht aller miteinander synergistisch verbundenen Humanfunktionen, wird durch Sozialenergie gebildet. Die Entwicklung dieser Struktur vollzieht sich an den Grenzen von Ich, Gruppe und Gesellschaft. Jede lebensgeschichtlich bedeutsame Erfahrung findet dabei ihren Niederschlag in einer Facette der gesamten Struktur. Die Humanstruktur kann so als manifestierte Sozialenergie betrachtet werden und unterliegt lebenslang sozialenergetischen Einflüssen.

Das Borderline-Syndrom verstehe ich im Kontext des gleitenden Spektrums archaischer Ich-Krankheiten. Versteht man die Schizophrenie als eine Erkrankung von Identität und Verhaltens-Ich, die Neurose mit *Freud* als eine Verdrängungserkrankung von Sexualität, mit *Adler* als eine Auseinandersetzung mit dem Minderwertigkeitskomplex eines Menschen — so bezeichne ich das Borderline-Syndrom als eine Erkrankung der Identität, wobei wichtige zentrale Human-Funktionen wie Ich-Abgrenzung, Aggression, Sexualität, Angst und Narzißmus gestört sind. Die integrativen und desintegrativen Prozesse um Angst und Identität stehen im Zentrum der Borderline-Erkrankung und geben ihr Gestalt und Ausmaß sowohl in Richtung Krankheit als auch in Richtung Gesundheit.

Die Störungen im zentralen Humanbereich sind in der Regel abgedeckt durch eine mehr oder weniger intakte Fassade von sekundären Human-Funktionen und Abwehrfunktionen, die das Ich-Struktur-Defizit kompensieren (*Ammon* 1973, 1976). Da Störungen der zentralen Human-Funktion der Identität im Mittelpunkt des Geschehens stehen, entwickelt der Patient das extreme Beispiel einer multiplen Persönlichkeit bzw. wir haben einen Menschen vor uns, der sich oft unmerkbar jeder Situation und jedem Menschen und jeder Gruppe anpassen kann. In der Regel wird der Grenzfallpatient nicht als psychisch krank zu erkennen sein, denn er funktioniert in der Arbeitswelt oft ausgezeichnet, hat jedoch überwiegend Kontakte, die oberflächlich und passager bleiben. Ohne vorgegebene und ich-bezogene Aufgaben ist er hilflos, da er die Welt der Gefühle, das was er von anderen Menschen erwartet, was er eigentlich will, was er sich unter seinem Da- und So-Sein vorstellt, nicht bewältigt. Er ist immer auf der Flucht vor sich selbst, vor seiner großen Angst, er selbst zu sein, d.h. Identität zu haben, und vor seinem Gefühl der inneren Leere. Häufig zeigt er auch eine ausgeprägte Sucht- und Eßproblematik.

Borderline-Patienten lassen sich phänomenologisch in zwei Gruppen einteilen: die zurückgenommenen, schweigenden und die nach außen gerichteten, agierenden Patienten. Diese klinische Erkenntnis konnte nunmehr durch unsere Effizienzuntersuchung mit dem ISTA und dem MMPI in der Klinik Menterschwaige bestätigt werden. Beide Gruppen können dem Scheine nach gut funktionieren, solange sie durch die umgebende Gruppe narzißtische Zufuhr erhalten. Destruktive Reaktionen erscheinen in dem Augenblick, in welchem von ihnen echte Identität gefordert wird, z.B. bei einer Prüfung. Diese Situationen können als existentielle Bedrohungen erlebt werden. Die nach außen gerichtete Destruktivität unterscheidet den Borderline-Patienten vom Neurotiker. Im Gegensatz zum neurotischen Patienten, der selbst unter seinen Symptomen leidet, leidet beim Borderline-Patienten eher die Umgebung, da er wenig verdrängt.

Die Partnerwahl ist überwiegend narzißtisch im pathologischen Sinne: entweder besteht Beziehungslosigkeit oder die Beziehung ist meist versachlicht und entfremdet, als ganze parasitär. Häufig bricht er Partner- und Arbeitsbeziehungen ab; es kann auch zu plötzlichen Durchbrüchen der Ich-Kontrolle

kommen.

Zur Phänomenologie des Borderline-Syndroms gehören in besonderer Weise auch die Denkstörungen: formale Störungen wie das konkretistische Denken, Denkblocks, magisches Denken und projektives Denken; inhaltliche Denkstörungen wie das Zwangsdenken, Wahninhalte, Projektionen, Formen des ideologischen Denkens, woraus auch Idealisierung resultiert.

Wenn wir uns fragen, was all diesen Erscheinungsweisen des Borderline-Patienten gemeinsam ist, dann können wir folgendes feststellen:

1. Alle Borderline-Störungen sind Störungen von Identität und Integration.
2. Alle Störungen sind sozialenergetisch bedingt und betreffen die Abgrenzungsfähigkeit des Borderline-Patienten. Grundlegend ist eine nicht mögliche Regulation der Ich-Abgrenzung zu der eigenen Welt nichtbewußter Phantasien und er ist nicht in der Lage, sich flexibel von anderen Menschen, Gruppen und Anforderungen, die sich im Zusammenwirken von Menschen ergeben, abzugrenzen.
3. Alle Borderline-Patienten leiden unter dem Symbiosekomplex, d.h. die Störung liegt vor dem 3. Lebensjahr, in der Zeit der für die Identitätsbildung wichtigen Abgrenzung aus der Symbiose. Dies zeigt sich auch daran, daß sie immer wieder symbiotische Partnerbeziehungen herstellen, an denen sie zwar ständig scheitern, andererseits aber ohne Symbiose nicht leben können. Hier ist eine wesentliche Arbeit in der Behandlung zu leisten, worüber ich an vielen Stellen im Laufe der letzten Jahre veröffentlicht habe. »Alle emotionalen Beziehungen wiederholen in mehr oder weniger großer Ausprägung den archaischen Symbiosekonflikt, so daß es dem Borderline-Patienten kaum möglich wird, Beziehungen einzugehen, in denen er sich emotional auseinandersetzen und emotional lernen kann. Der Borderline-Patient trifft eine Scheinlösung dieses archaischen Ambivalenzkonfliktes, indem er ihn durch Ersatzidentitäten bzw. flüchtige Identitäten oder nicht-integrierte Ich-Zustände abwehrt. Als Schauspieler des Lebens wird er in Rollen schlüpfen und eine Als-ob-Persönlichkeit ausbilden.« (*Ammon* 1979)
4. Alle Borderline-Patienten zeigen eine bestimmte Auseinandersetzung mit der Angst. In ihrer konstruktiven Form macht die Angst den Menschen erst zum Menschen, eine alte existentialphilosophische Grundeinstellung zur Angst. Die Fähigkeit zur Angst hat auch einen Identitätsaspekt. Sie bedeutet die Fähigkeit, in sich zu ruhen, einen eigenen Standpunkt zu haben, Dinge an sich herankommen zu lassen, nicht wegzulaufen, ein eigenes Selbstwertgefühl zu besitzen, mit Überzeugung für Dinge einzutreten, sie wichtig zu nehmen, auch Dinge, die außerhalb der täglichen Routine sind. Es ist ein zentraler ethischer Aspekt, Werte zu haben, die in einem ruhen und zu denen man steht.

Der Kern aller Angst des Borderline-Patienten ist eine Todes- und Identitätsangst. Identität zu haben, d.h. sein Leben im eigenen Recht zu leben, in sich selbst zu ruhen, wäre für diese Patienten in ihrem nichtbewußten Erleben nur

möglich durch den Tod der nächststehenden Menschen; oder umgekehrt, die Forderung nach Identität wird als Todesgefahr erlebt.

Darüber haben sich Therapeuten mit den sog. »Unerreichten«, wie ich sie an anderer Stelle beschrieben habe und die eine Teilgruppe des Borderline-Spektrums darstellen, auseinanderzusetzen. Diese Menschen sind wegen ihrer stark ausgeprägten Paranoia, ihrer destruktiven Aggression und ihrer tiefen Kontaktangst besonders schwer im nichtbewußten Kern der Persönlichkeit erreichbar. Entsprechend meiner Spektraltheorie gilt dies für alle Borderline-Patienten, jedoch in unterschiedlichem Ausmaß. Wir haben gelernt, daß die Unerreichten dann erreichbar werden können, wenn wir gelernt haben zu verstehen, daß sie Verlassene sind, tief verletzte und mißtrauische Menschen im Zustand einer Depression in Form einer sog. Grundstörung.

Die Pseudo-Identitäten dienen der Abwehr von existentieller Angst, die aus der defizitären Identität resultiert. Von daher ist es verständlich, daß der Borderline-Patient auf geliehene Identitäten lebensnotwendig angewiesen ist. Von seiner Umgebung wird er als angstfrei erlebt und er selbst fühlt seine Angst nicht. Destruktive und defizitäre Angst wechseln sich ab, was sich z.B. darin zeigt, daß ein Patient sich nachts von Angst überschwemmt fühlt, aber tagsüber keine Angst verspürt, da er durch sekundäres Funktionieren abgesichert ist. Die Vermeidung der Angst ist dafür verantwortlich, daß diese Menschen ein totes Leben führen und dadurch letzten Endes Lebendigkeit und Geistigkeit negieren. Der Borderline-Patient ist von pathologisch-destruktiver Angst beherrscht, d.h. von der Verlassenheitsangst, vor möglichem Heraustreten aus der Symbiose, vor Abgrenzung, vor dem Nein-sagen-Können. Dies ist die Angst vor Identität. Angst befähigt den Menschen, traurig zu sein, mit anderen Menschen mitzufühlen. Als konstruktive Identitätsangst ist sie Träger von Identitätsentwicklung und -erweiterung. Jeder Schritt aus der Symbiose hin zur eigenen Identität ist immer mit Angst verbunden. Häufig verwenden Borderline-Patienten Sexualität und sexuelles Agieren zur Vermeidung von Angst, Einsamkeit und dem Gefühl innerer Leere.

Beim desintegrierten identitätslosen Menschen ist Angst immer eine tiefe Verlassenheitsangst auf der Grundlage früh und real im Leben erfahrenen Verlassenwordenseins. Im Gegensatz zu neurotischen Patienten handelt es sich bei Borderline-Patienten um Menschen, denen in ihrer Kindheit echtes Leid zugefügt wurde, und die eine echte Schädigung der Ich-Entwicklung mit sich tragen.

Wesentlich beim Borderline-Syndrom ist die Angst vor der Angst und das Weglaufen vor der Angst, die Hinwendung zur Lust und zum Amusement. Diese Menschen können nicht alleine sein, laufen vor sich selbst weg, weil sie mit sich selbst nichts anzufangen wissen. Wir können sagen, man soll die Angst durchaus ernst nehmen wie einen gefährlichen fremden Partner, der einem begegnet; man soll die Angst nicht als einen Teil von sich selbst ansehen. Wichtig für den Borderline-Patienten ist die Entwicklung einer Abgrenzungsfähigkeit der Angst gegenüber.

3. *Therapie*

Aus dem bisher Gesagten über die desintegrierte Struktur des Borderline-Patienten wird deutlich, daß es zentral in der therapeutischen Arbeit ist, die Ganzheit der Persönlichkeit des Patienten, seine Begabungen, Interessen und Fähigkeiten, einzubeziehen. Gerade die konstruktiven Ich-Funktionen des Leidenden bedürfen sozialenergetischer Beachtung, dienen als Kontaktbrücke und Identitätsangebote. Hier setzt meine Methodik der sozialenergetischen, humanstrukturellen Arbeit ein, die ich auch als Identitäts-Therapie bezeichnet habe und in der es erforderlich ist, daß der Therapeut sich als ganze Person zur Verfügung stellt.

Die Frage nach der Identität steht im Zentrum therapeutischen Arbeitens mit dem Borderline-Patienten. Dabei geht es nicht in erster Linie um die Beseitigung seiner überwiegend schillernden Symptomatologie, sondern ihn zu sich selbst und zu seiner Umgebung beziehungsfähig zu machen. Humanstrukturell bedeutet dies, ihn in seinem nichtbewußten Persönlichkeitskern zu erreichen, destruktiv und defizitär entwickelte Persönlichkeitsanteile zu einer konstruktiven Identität hin zu entwickeln. Für die Therapie ergibt sich daraus konsequenterweise bei Ignorieren seiner Verhaltenssymptomatik, sich auf die dahinterliegende Angst und Wut des Borderline-Patienten im therapeutischen Kontakt zu konzentrieren. Dies kann durch eine formale Therapie und Interpretation von Übertragung, Widerstand oder Analyse seines Verhaltens oft nicht erreicht werden, d.h. daß man keinen spürbaren Kontakt zu ihm dadurch aufnehmen kann und daß er keine Einsicht entwickeln kann. In der Therapie dieser Patientengruppe haben wir erfolgreich die Gruppenpsychotherapie, aber zentral auch mehr zum nonverbalen Spektrum reichende Methoden, die die Phantasiewelt der Patienten erreichen, eingesetzt, wie besonders die Theatertherapie, Maltherapie, Musiktherapie und die von mir entwickelte humanstrukturelle Tanztherapie, die ich verschiedenenorts beschrieben habe. Darüber hinaus haben wir seit 30 Jahren die Erfahrung gemacht, daß intensive Milieutherapie mit Arbeitsprojekten, die auch von Wichtigkeit für die Patienten sind, oder auch die Reittherapie mit der frühmorgendlichen Arbeit im Pferdestall, von großer Bedeutung sind.

Gerade für den Borderline-Patienten ist dabei essentiell für den Behandlungserfolg, daß diese verschiedenen Behandlungsfacetten im gesamten Behandlungsfeld der Klinik oder in den Instituten über die Kontrollgruppe aller behandelnden Therapeuten und Teammitglieder auf dem theoretischen Hintergrund des ganzheitlichen, mehrdimensionalen und gruppendynamischen Verständnisses vom Menschen und dessen Entwicklung integriert werden.

Kennzeichnend in der Therapie mit Borderline-Patienten ist, daß sie lange Zeit nicht ihre eigenen Schwierigkeiten, Destruktionen und Defizite von ihrer Persönlichkeit trennen können. Sie sehen die Krankheit nicht als »Feind«, gegen den sie gemeinsam mit dem Therapeuten und der Gruppe zu Felde ziehen, sondern sie verstehen jede Konfrontation oder Abgrenzung als Angriff gegen ihre eigene Person. Von daher ist anfangs die Vermeidung von jeglicher

Konfrontation auf der konkreten Ebene, mag sie noch so berechtigt erscheinen, wichtig.

Während des gesamten Prozesses ich-strukturellen Arbeitens muß die übermäßig starke destruktive Angst des Borderline-Patienten immer wieder berücksichtigt werden. Wir müssen ihm mit Empathie zu verstehen geben, wie sehr wir seine Angst nachempfinden können. Aber wir müssen mit ihm auch erarbeiten, was ihm so viel Angst macht. Ihm muß geholfen werden, daß er lernt, diese Angst zu ertragen und durchzustehen. Dabei sollte der Therapeut empathisch Bundesgenosse gegen diese Angst werden. Wenn es dem Leidenden gelingt, diese Angst zu ertragen, wird er mehr und mehr Kontakt zu sich selber, zum Therapeuten, zu anderen Menschen und Dingen spüren, und die Angst wird nachlassen.

Gerade das Zulassen der Angst ist häufig Wendepunkt in der gesamten Therapie. Die Menschen werden weicher, sie können sich öffnen, sie müssen nicht mehr feindselig andere Gedanken, andere Wahrnehmungen, generell eine andere Realität als die ihre ablehnen. Die Angst wird jetzt als eine mögliche Qualität menschlicher Begegnung erfahren, die zum Leben gehört und die nicht verleugnet werden muß. Bei einer Reihe von Therapien wird es dann möglich sein, wachsende Einsicht zu erreichen und paranoische Tendenzen schrittweise abzubauen. Er wird Schritt für Schritt einsehen, daß die destruktive Angst einer falschen Realitätseinstellung und einer Fehlwahrnehmung seiner umgebenden Wirklichkeit entspricht. Das Aufgeben einer privatistischen Realitätswahrnehmung und damit die Angst vor Kontakt mit sich selbst und mit anderen Menschen ist besonders gut und intensiv in gruppentherapeutischen Verfahren behandelbar.

Bei der Gruppenpsychotherapie ist eine Gruppe soweit effizient, wie sie zusammengesetzt ist, d.h. wie der Therapeut und die Patienten miteinander arbeiten können, wobei wir gute Erfahrungen mit diagnostisch möglichst gemischten Gruppen gemacht haben. Bei schweren Formen von destruktivem und defizitärem Narzißmus, Paranoia und Angst ist häufig eine gruppenpsychotherapeutische Behandlung zunächst nicht möglich. Die Angst ist auch immer mit einer übermäßig starken Eifersucht verbunden. Diese Menschen sind nicht in der Lage, den Therapeuten mit anderen Menschen zu teilen. In solchen Fällen muß erst eine aufbauende Einzeltherapie durchgeführt werden einhergehend mit einer wirklichen Kontaktherstellung.

Zum Abschluß dieses Komplexes müssen wir noch auf die Rolle der immer damit verbundenen Wut und Destruktion hinweisen, die auch eine durchaus defizitäre Ausprägung haben kann und häufig mit viel Schweigen einhergeht. Diese Wut ist in der Regel immer auf denjenigen gerichtet, von dem Kontaktangebot und Leistungsaufruf ausgeht. Die Wut ist sozusagen die Kehrseite der Angst und muß entsprechend methodisch gehandhabt werden. Bei einer negativen und provozierenden Einstellung des Therapeuten kann es zu einer gegenseitig mit Wut besetzten Pattstellung in der Therapie kommen, die den therapeutischen Prozeß längere Zeit lahmlegen kann. Entscheidend in der Be-

handlung ist immer der Bezug zu dem Hier und Jetzt der humanstrukturellen und gruppendynamischen therapeutischen Auseinandersetzung, d.h. die Beziehungen aus der Vergangenheit oder Gegenwart des Leidenden sind auf die therapeutische Situation zu beziehen.

Das Alpha und Omega meiner Konzeption besteht in der Bedeutsamkeit der Sozialenergie, die sich Menschen zu geben haben, bei der Interdependenz von Ich-Entwicklung und Gruppendynamik. Abschließend möchte ich die wesentlichen Essentials zur Behandlung der Borderline-Patienten darlegen:

1. Der Therapeut muß standhaft an der Seite des Kranken bleiben und ihn über längere Zeiten tragen.
2. Jedes konkretistische Mitagieren mit dem Patienten ist zu vermeiden.
3. Es ist mit dem Patienten mit einer Bildersprache umzugehen. Die frühe archaische Bilderwelt des Patienten wird angenommen zusammen mit der von ihm angebotenen symbiotischen Übertragung.
4. Umkreisung des Patienten durch das therapeutische Milieu.
5. Aufhebung der Persönlichkeitsspaltung durch Verständnis der existentiellen Angst vor Kontakt und Identität.
6. Behandlung der depressiven Phase, die bei Bearbeitung der narzißtischen Problematik auftritt, die die Situation des Urnarzißmus wieder herstellt.
7. Die Behandlung wird immer risikoreich sein und auch scheitern können. Dieses Risiko muß der Therapeut jedoch auf sich nehmen.
8. Es kommt darauf an, die integrativen Kräfte des Ichs zu stärken, wodurch alle zentralen Human-Funktionen wie Ich-Abgrenzung, Aggression, Angst, Körper-Ich, Gruppenfähigkeit, Kontaktfähigkeit und Kreativität koordiniert werden. Diese Koordinierung nennen wir Identität. In diesem Sinne ist die therapeutische Aufgabe Identitätstherapie und Humanisierungstherapie, d.h. der sich selbst entfremdete Mensch wird wieder kontaktfähig und offen zu sich selbst und anderen Menschen und Gruppen, letztendlich zur Gesellschaft.
9. Ein bedeutender Aspekt ist auch die Unerreichbarkeit des Therapeuten durch diese Patienten. Erst wenn der Therapeut betroffen ist durch diese Patienten und ihr Tun, kann er sicher sein, daß er als ein von ihnen Erreichter auch sie erreicht hat.
10. Die Grundphilosophie unserer Arbeit ist eine partnerschaftliche Haltung bei Einhaltung der notwendigen therapeutischen Distanz den Patienten gegenüber und der Einsatz der vollen Person und auch des Zeigens von Identität und Gefühlen des therapeutischen Teams mit Auseinandersetzungsfähigkeit. Gerade was die Arbeit mit Borderline-Patientengruppen angeht, könnte man an *Simmel, Makarenko, Aichhorn* und auch an *Benedek* denken. Wichtig ist die Persönlichkeit des Therapeuten, er sollte die Bereitschaft haben, sich selber in Frage zu stellen, sollte selbst kontaktfähig sein, Güte und Wärme besitzen, vorurteilsfrei sein gegenüber menschlichen Absurditäten, seine eigenen Stärken und Schwächen kennen und die Fähigkeit zur Fürsorge für andere Menschen besitzen.

Er sollte in der Lage sein, Standpunkt und Identität zu vertreten, auch wenn dies unbequem ist, sowohl den Patienten als auch dem Team gegenüber. Dies ist besonders wichtig bei der Auseinandersetzung mit dem destruktiven Aggressionspotential der Patienten und ihrer Fähigkeit zur Provokation und Kränkung. Eine wichtige Qualität des Therapeuten ist außerdem: er muß verspielt sein, playfulness besitzen, frei sein von moralischen Dogmen und frei von psychiatrischem Kategoriendenken.

Übergreifend und zusammenfassend gesehen geht es darum, dem multidimensional gestörten Borderline-Patienten ein milieutherapeutisches, gruppendynamisches, sozialenergetisches Feld zu schaffen, in dem verschiedene Gruppen und Tätigkeitsdimensionen koordiniert werden und eine Integration des Behandlungsprozesses durch die unterschiedlich arbeitenden Therapeuten gewährleistet ist. Gerade bei Borderline-Patienten kommt es darauf an, ihnen Schritt für Schritt mehr Vertrauen und Verantwortung zu geben, wofür sich ein therapeutisches Milieu anbietet. Wir haben dafür erweiterte therapeutische Möglichkeiten durch tagestherapeutische Zentren, auch im Ausland, geschaffen, in denen Patienten aus den therapeutischen Praxen, aus unserer Klinik Menterschwaige in Gruppen oder einzeln eine Intensivtherapie erhalten, die oft die Wende (»turning point«) im therapeutischen Prozeß bedeutet.

The Borderline-Syndrome — A Humanstructural Illnes: On the Further Development of the Results of the DAP-Symposium 1976

Günter Ammon (Berlin/Munich)

Already in 1976 *Günter Ammon* has developed the borderline syndrome as an own specific clinical picture and has ascribed an essential rank to it within the group of archaic ego-illnesses. In a further development of the humanstructural understanding of the borderline illness, *Ammon* deals in the present paper in particular with the specificity of the personality structure, diagnostics and treatment.

He discusses in detail the different approaches in research literature, from *Kraepelin* and *Wilhelm Reich* to *Kernberg* and *Fürstenau* and the problems of the diagnostic classification according to *Davison* and *Neale, Khouri, Gunderson* and *Kolb, Spitzer* and *Endicott* and others.

In particular the symptomatological multiplicity constitutes in *Ammon's* understanding the specific feature of this group of patients. The change between psychic, somatic, behavioral and communication disturbances presents great difficulties to the hitherto existing diagnostic manuals and theoretical concepts. But just this fact reflects the disruption of the borderline syndrome.

Ammon's main concern is therefore the holistic, comprehensive apprehension of the illness and to consider it from the perpective of an integrated mo-

del of the entire personality of man: the human-structure model, which *Ammon* has developed within the course of this thirty-year-long occupation with the borderline syndrome, is the basis for the understanding of human personality, in its healthy as well as in its pathological parts.

The borderline personality is expressed through a so-called intact facade of the secondary human-functions (the conscious personality structure of the behavior), whereas in the area of the central human-functions (the non-conscious personality structure) all human-functions are disturbed in its destructive as well as in the deficitary manifestations. The central and decisive disturbance of this illness lies in the disturbance of the identity and in the weakness of its integration. The patient expresses this structure through a permanent fleeing from himself, through passing, superficial personal contacts and inner void, although he may function well in his behavioral area, for example at work. Often break-offs of partner and working relationships occur with these patients and sudden break-downs of ego-control. Identity demands are experienced as existential threats and can lead to a complete break-down of his facade (of central importance is thereby the narcissistic aspect of the borderline syndrome).

The author divides the borderline patients with regard to phenomenology into two sub-groups, namely the more silent, reserved, withdrawn patients and the group acting out to the outside. All borderline-patients have in common an archaic symbiosis complex (i.e. the disturbance happened before the third year of life in the time of the demarcation from the symbiosis, being of vital importance for the identity formation), a disturbance of the demarcation ability, of anxiety, which is established in an identity and abandonment anxiety connected with the inability to be alone, and a disturbance of aggression, going together with specific thinking disturbances. In many cases we have also an addiction or an eating disorder.

The author mentions in this connection the group of the so-called unreached, who he sees as a part group of the borderline spectrum and who are only to reach with great difficulties in therapy because of their strong destructive aggression, their immense contact anxiety and their paranoia. The chameleon-like change of identities serves for the defense of their anxiety (the »fear of the fear«) to show an own standpoint and an own identity.

Within his concept of spectral theory *Ammon* sees the borderline syndrome in its different manifestations on a gliding spectrum.

In therapy the central concern is not the abolishment of the irridescent, changing symptomatology, but the work with the non-conscious personality core. Of crucial significance is it thereby to reach the fear and anger of the borderline-patient and to help him to develop a relationship to himself and to his fellow men and to form an own standpoint and to develop his identity. In this context the behavioral area should play a minor role.

The therapeutic spectrum ranges from non-verbal methods like theatre-, painting-, riding-, music- and dance therapy to milieu therapy, group and

individual therapy. It is essential within the therapeutic process that all methods of therapy are focussed and integrated through a common holistic, group-dynamic and social-energetic understanding of the development of the patient, by means of integrating team and supervision work.

The difficulty in the therapy of the borderline-patients lies in the excessive destructive anxiety. If it is reached and adequately understood, this can be the turning-point of the whole development. Furthermore the author regards as main problems of the therapeutic work with borderline-patients the destructive and deficitary narcissism, the paranoia, the jealousy, and the deficitary and destructive aggression accompanying it.

It is of great importance for the therapist to avoid any concretistic co-acting, to use a pictorial language as therapeutic agent, to include the whole therapeutic milieu, to understand the contact and identity anxiety and to work it through and — at the core — to work for the integration of all central human-functions on the way to an own identity.

Literatur beim Verfasser

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

Evolutionary Reintegrations of Psychiatric Diagnoses and Therapies**

Jules H. Masserman (Chicago)*

In der vorliegenden Arbeit kritisiert der Autor einerseits den in den USA entwickelten neuen Diagnoseschlüssel DSM III, der seiner Ansicht nach keine klaren, therapeutisch und prognostisch relevanten Diagnosen liefert.
Andererseits hält der Autor den geläufigen psychotherapeutischen Methoden vor, daß diese Vielzahl unterschiedlichster therapeutischer Ansätze keine individuelle Beziehung zwischen der Krankheit des einzelnen Patienten und einer der zahlreichen therapeutischen Methoden erkennen läßt. Dies erscheint als Widerspiegelung der Unklarheit und Unspezifität des diagnostischen Systems DSM III.
Der Autor schlägt daher ein diagnostisches System vor, welches den vielfältigen individuellen, sozialen und kulturellen Faktoren in der Genese und Nosologie der Krankheit entspricht.
Ein solches System fördert eine integrative Therapie mit den impliziten medizinischen, pädagogischen und rehabilitativen Aspekten.

Nosology:

In all other specialties of medicine definable illnesses are regarded as having demonstrable causes, manifest physical expressions, measurable degrees of disability, reasonably assessable prognosis and specific modes of therapy. In contrast, the Psychiatric Diagnostic and Statistical Manual (DSM III) currently in use in America consists of an atavistic compost of etiologic speculations, ambiguous terms and vague distinctions that bear little specific relevance to clinical status, prognosis or treatment. One disconcerting result is that a comprehensive diagnostic survey of any patient justifies almost any appellation in DSM III to almost every other patient, psychiatrist or observer. Consequently, many psychiatrists find it advisable to avoid not only juristically devastating designations such as »sociopathic personality«, »affective psychosis«, »paranoia« or »schizophrenia«, but even less condemnatory ones such as »implosive diathesis«, »passive-aggressive personality« or »borderline state« — as though there are definable borders among protean matrically pervasive psychiatric »states« on whose »borders« patients remain precariously poised. Instead, many psychiatrists are forced to resort to evasive euphemisms such as »Neurasthenia« or »Psychophysiologic disorder« in required hospital, industrial or legal reports, hoping that a stamp of passage by puzzled insurance clerks or court personnel would produce the monetary or other relief due psychiatric patients while protecting them from social condemnation or juridical confusion.

* Prof., M.D., Emeritus Neurology and Psychiatry, North Western University Chicago, Honorary Life-President of the World Association for Social Psychiatry WASP, Past President and Life Trustee of the American Psychiatric Association APA.

** Presented at the 7th World Congress of the WADP and the XXth International Symposium of the DAP from March 17—21, 1989 at the Hochschule der Künste Berlin.

Psychiatric Therapies

So also, many of our modes of treatment advocated by various cults in various countries need contextual clarification and integration. In that sense, a quizzical reviewer of the field might well enquire: What developmental-experiental approach to character, does not explicitly or implicitly trace a patient's *unique existence (E. Husserl, L. Binswanger)* from his *genetic potentials (J. Rainer)* or *birth trauma (O. Rank, F. Leboyer)* onward through his special *sensitivities (W. Bion),* his *familial transactions (N. Ackermann, L. Wynne)* and his *cultural subservience (A. Kardinger)* to his current *psychosomatic (E. Wittkower)* and *phenomenologic* patterns of internal or external *behavior (E. Strauss, E. Husserl)* ? Further, should not all therapeutic modalities, ranging alphabetically from *abreaction (Freud)* to *zootherapy* (comfort in pets — *Woods*), be *client-centered (C. Rogers)*? And do they not variously engage the patient's *psychoimaginaton (J. Schorr)* to *confront him (H. Garner)* more or less *psychodramatically (J. Moreno)* with the *reality (W. Glasser)* of his present *adaptational crises (D. Muller)*? Operationally, do not all such tactics *empathetically influence (J. Ruesch)* the patient through *suggestion (P. Janet), persuasion (P.C. Dubois)* or *transcendental meditation (Maharishi Yogi)* — with or without the *transcendental medication* of *T. Leary)* — to achieve *corrective emotional experiences (F. Alexander, S. Morita)*? And do not these channel his *social protests (A. Adler, A. Bachrach)* toward more adaptive *intrafamilial (I. Alger), interpersonal (H.S. Sullivan, E. Berne), group (C. Goldberg)* and *community relationships (C. Caplan)*? Or, with regard to more esoteric cults may not *nudity therapy (P. Bildrim)* facilitate *tickle therapy (Esalon)* possibly leading to *sex therapy (M. Shepard:* mottos: coito, ergo sum, ergo seductio ad absurdum) which, in recalcitrant victims, could eventuate in *scream therapy (A. Janov)*? And as to the special therapeutic illuminations claimed by each set of converts, may not their diversely vaunted »insights« be again evaluated as pleasant but transient interludes of folie a deux when patient and therapist share some illusory formula that for the moment comforts both of them?

Such a comparative review, of course, need never obscure the special or appropriate indications and clinical applicabilities of each procedure: nevertheless, within the bounds of reductionist sophistry, dynamic analyses of the therapeutically active factors in each modality can help clarify the ultimate (Ur-) vectors common to all. In essence, with or without the temporary relief obtainable by pharmacotherapy or change of milieu, the pervasive objectives are to help the patient realize that his formerly cherished patterns of »neurotic« (i.e., moderately handicapping), sociopathic (i.e., transactionally irritating) or »psychotic« (i.e. culturally incompatible conduct in the three Ur-spheres of physical, cultural, and philosophic adaptation are no longer either necessary or profitable, and concurrently to learn through personal example, dyadic or group guidance, intellectual re-exploration and confirmatory experiences, that new modes of behavior can prove more physically pleasurable, socially advantageous and existentially fulfilling — and therefore permanently

preferable (*Masserman* 1946—1973). In this connection, when necessary — and counter to the sophistic demagoguery of *Thomas Szasz, Ronald Laing, E. Fuller Torrey,* et al. — »involuntary« care in a modern psychiatric facility may be as humanely imperative for a homicidal, suicidal or other irresponsibly agitated person as is medical hospitalization for a patient in toxic delirium, or one with acutely infectious tuberculosis who might also refuse treatment necessary to avert serious adverse effects for himself as well as danger to countless others.

These considerations led the author of this article to submit the following proposals for a pending revision of DSM III and for an integrative clarification of the essential dynamics of various psychiatric therapies.

Terminology

That we eliminate terms (a) which have been retained merely because of outmoded historical traditions (examples: »hysteria«, »mania«); (b) which have such vague connotations as to have little import with regard to etiology, current status, prognosis or therapy (e.g., »neurasthenia« or »obsessive-compulsive personality«); (c) that are employed out of supposed conformity (e.g., »involutional psychoses«, »schizophrenia«) with their often differing usage abroad, incidentally leading to highly questionable statistics of world-wide incidence; and (d) that retain pejorative social connotations, e.g., »sexual orientation disturbance« (simple substitute where applicable: »anxiety, sexual«) or serious forensic consequences (e.g., »paranoia«).

Diagnostics

That we adopt a poly-dimensional diagnostic organon with the following comprehensive features:

(a) One that is indicative of the etiologic interplay of individual, genetic, developmental, organic, toxic and involutional factors;

(b) that also allows for ethnic, cultural and social influences;

(c) that specifies the special stresses that induced previous and current symptomatic decompensations;

(d) that is phenomenologically *inclusive,* recognizing that every patient can in varying degree and duration manifest behavior patterns which had been previously ascribed to supposedly mutually exclusive diagnostic categories;

(e) that is qualitatively as well as semiologically differential, in that presenting behavioral deviations are evaluated as to intensity, duration and controllability;

(f) that provides an interim estimate as to the current severity of familial, occupational and social maladaptations; and

(g) that assesses prognostic probabilities in relation to realistically available modes of treatment.

Therapeutic Integrations

In the light of such a diagnostic survey, integrated therapy may be conduc-

ted as follows:
(a) Medical: The employment of physical, environmental or pharmacologic means for the immediate or protracted relief of organic defects, physiologic dysfunctions or states of excessive anxiety, depression, agitation or dereism.
(b) Educational: The elucidation, through retrospection and reconsideration (»insight«) of the source of current misconceptions and maladaptions in adverse childhood, familial or social experiences, and
(c) Rehabilitation: The promotion of improved intrapsychic orientations and interpersonal adaptions through personal example, individual, familial or group guidance and the utilization of other environmental resources to facilitate creative, socially useful and ultimately more gratifying patterns of living.

These recommendations were approved by the Council on Research and Development of the American Psychiatric Association and, hopefully, may contribute to evolutionary advances in comprehensive diagnosis and integrated psychiatric therapies, subject to international modifications by our colleagues overseas.

Evolutionäre Reintegration psychiatrischer Diagnosen und Therapien

Jules H. Masserman (Chicago)

Die Arbeit gliedert sich in zwei Teile. *Masserman* setzt sich im ersten Teil mit dem in den USA für die Psychiatrie entwickelten diagnostischen System DSM III kritisch auseinander.

Im zweiten Teil entwickelt der Autor Vorschläge für eine flexible, multidimensionale und dem einzelnen Patienten in seinen biologischen, sozialen und kulturellen Dimensionen gerechtwerdende Diagnostik.

Ausgehend von den Anforderungen, die an eine Diagnose in der somatischen Medizin gestellt werden, nämlich nachvollziehbare Ursachen, manifeste Symptombildungen, einen meßbaren Schweregrad der Behinderungen sowie klare prognostische und therapeutische Rückschlüsse zu beinhalten, schildert er den Diagnoseschlüssel DSM III als »atavistische Zusammenstellung ätiologischer Spekulationen, zweideutiger Begriffe und unklarer Unterscheidungen, welche wenig spezifische Relevanz zum klinischen Zustandsbild, zur Prognose und Behandlung haben.« Die Folge davon ist oft eine juristisch relevante, für den Patienten schädliche Bezeichnung (»Soziopathische Persönlichkeit«, »Paranoia«)). Bestenfalls verwendet man nichtssagende, vorurteilsbildende Begriffe wie »Passiv-aggressive Persönlichkeit« oder Euphemismen wie »Neurasthenie« oder »Psychophysiologische Störung«, damit die soziale und juristische Brandmarkung vermieden wird.

Die Kehrseite solcher diagnostischer Konfusion besteht in einer Vielfalt ebenso unpräzise formulierter therapeutischer Ansätze, die keinen eindeuti-

gen Bezug zum psychopathologischen Bild des Patienten haben und irreführende Hoffnungen erwecken.

Der Autor führt zahlreiche Beispiele von Therapiemethoden an, die von der Daseinsanalyse bis hin zur Transzendentalen Meditation, von der Therapie mit Tieren bis zur klientenzentrierten Therapie nach *Rogers* reichen. Dabei stellt er die Frage, ob nicht etwa jede Therapie klientenzentriert zu sein hat.

Er bestreitet jedoch nicht, daß einige dieser Methoden spezielle Indikationen und klinische Anwendungsmöglichkeiten besitzen, führt aber an, daß das Ziel jeder Therapie eigentlich in einem durch das persönliche Vorbild des Therapeuten unterstützten Lernprozeß besteht, um den Patienten schließlich durch die Veränderung seines eingefahrenen und schädigenden Symptomverhaltens zu einem sinnvollen Verhalten zu führen, mit dem er eine erfüllte Existenz und soziale Bedeutung erlangen kann.

Im zweiten Teil seiner Arbeit schlägt der Autor die Aktualisierung und Verbesserung des diagnostischen Systems vor durch Ausschluß veralteter Begriffe (z.B. Hysterie), bzw. solcher, die keinerlei ätiologische und therapeutische Bedeutsamkeit besitzen (z.B. Neurasthenie), aber auch diagnostischer Bezeichnungen, die mit potentieller sozialer Benachteiligung verbunden sind.

Darüberhinaus schlägt er die Erweiterung bestehender Diagnosen durch Einbeziehung ätiologischer Aspekte, genetischer, sozialer, entwicklungsgeschichtlicher und anderer Faktoren, psychogenetischer Momente, ethnischer und kultureller Einflüsse vor.

Zusätzlich soll die Diagnose Schweregrad, Dauer und phänomenologische Veränderungen ausdrücken, aber auch therapeutische und prognostische Implikationen beinhalten.

Ein solches diagnostisches System würde nach Ansicht des Autors die integrative Theapie begünstigen, indem es den essentiellen Aspekten der Behandlung, nämlich den medizinischen, erzieherischen und rehabilitativen, gerecht wird. Seine Vorschläge sind vom Council of Research and Development of the American Psychiatric Association angenommen worden.

Literature

American Psychiatric Association (1984): Commission on Psychiatric Therapies (Washingtion, D.C.: APA Press)

American Psychiatric Association on Nomenclature (1984): Diagnostic and Statistical Manual of Behavoir Disorders (Washington, D.C.)

Bergson, H. (1911): Creative Evoltuion (New York: Holt)

Bertalanffy, L. von (1968): General Systems Theory (New York: Braziller)

Driesch, H. (1929): Science and the Philosophy of the Organon (London: Longmans 2nd edition)

Garder, H. (1983): Vectors of Intelligence (New York: Harper)

Gray, W. (1981): In *Reckmeyer, W.J.* (ed) General Systems Research and Design (New York: Braziller.)

James, W. (1907): Pragmatism (New York: Reynolds)

Kaufmann, W. (1958): Critique of Religion and Philosophy (New York: Harper)

Masserman, JH. (1979): Presidential Address to the American Psychiatric Association. In: Am. J. Psychiat. (136) 1013—1025.

Masserman, J.H. (1979): Presidential Address to the American Psychiatric Association. In: Am. prehensive Textbook of Psychiatry 3rd ed.(Baltimore: Williams and Wilkins), pp. 782—789
Masserman, J.H. (1980): Biodynamics. In: *Kaplan, H.I., Freedman, A.M.* and *Sadock, B.* (eds.) Com-Stratton)
Masserman, JH. (1985): Psychiatry and Health (Orlando, Florida)
Miller, JG. (1978): Living Systems (New York: McGraw Hill)
Russell, B. (1947): History of Western Philosophy, Religion and Science (Oxford: Home University Library)
Santayana, G. (1954): The Life of Reason (New York: Scribner's)
Shabakian, B. J. (1977): Holism, in *Wolman, B.* (Ed.) International Encyclopedia of Psychiatry, Psychology, Psychoanalysis and Neurology (New York: Aesculapins)
Smuts, HC. (1911): Philosophy of Holism (London: Holt)
Thomas, L. (1983): The Lives of a Cell (New York: Boston)
Wittgenstein, L. (1945): Philosophical Investigations (London: Kegan, Paul)
Wolberg, L. (1982): Techniques of Therapy (New York: Thieme-Stratton)

Author's Address:
Prof. J.H. Masserman, M.D.
The Masserman Foundation of International Accords
2231 East 67th Street
Chicago
IL 60649, USA

22

The Protoconscious

Benjamin B. Wolman (New York)*

Ausgehend von der Darstellung des Freudschen topographischen Modells mit den Bewußtseinsschichten des Unbewußten, des Vorbewußten und des Bewußten entwickelt der Autor sein eigenes Konzept des Proto-Bewußtseins als weiterer Bewußtseinsstufe, der in seinem Verständnis Grenzzustände, die weder ganz dem Bewußten noch ganz dem Unbewußten zuzurechnen sind, zuzuordnen sind. Dazu zählen luzide Träume, posthypnotische Bewußtseinszustände, meditative Bewußtseinszustände, Schlafwandeln und parapsychologische Phänomene wie Telepathie. In der Psychopathologie findet Wolman beim schizophren reagierenden Patienten — und zwar selbst im katatonen Zustand — und in der autistischen Reaktion beim Patienten im Wechsel mit unbewußten Phasen, Phasen des Proto-Bewußtseins, wo der Patient für den therapeutischen Kontakt erreichbar ist. Das Konzept des Proto-Bewußtseins von Wolman lenkt die Aufmerksamkeit auf jene spezifische Grenzzone zwischen unbewußten und bewußten Prozessen, deren Erforschung zum Verständnis vieler psychologischer Phänomene und psychiatrischer Krankheitsbilder wichtig und hilfreich ist.

Originally, *Freud* suggested that the unconscious is sort of a province or layer of the human mind. *Freud* suggested the division of the human mind into three distinct layers, namely, the unconscious (Ucs), preconscious (Pcs), and conscious (Cs). *Freud* termed this conceptualization »topography«. The three systems, Ucs, Pcs, and Cs, were defined on the basis of two fundamental criteria: their relationship to one's awareness and the mode of energy organization and functioning (*Freud* 1915).

In the 1919 addenda to the Interpretation of Dreams *Freud* noted the limitations of the topographic theory and in 1920 in »Beyond the Pleasure Principle« he stated that part of the ego is unconscious. In 1923 in the monograph »The Ego and the Id«, *Freud* discussed the shortcomings of the topographic theory. In addition to the fact that the resistances to free association in the course of psychoanalysis had turned out to be unconscious, the principle objection to the topographic model came from the finding that the faculties of self-criticism and of conscience are often unconscious as well (*Wolman* 1984).

In the face of this evidence of the inadequacy of the topographic theory to explain various nonpsychotic character disturbances in adults, *Freud* proceeded to abandon it and to construct an alternative model of mental life. In line with his constant aim of developing theories of potentially universal theory and tripartite model, *Freud* tried to dispense with his earlier ideas altogether. He retained the topographic viewpoint only in continuing to distinguish between conscious, preconscious, and unconscious mental processes as »psychical qualities«, i.e., no longer as systems or agencies of the mind (*Gedo* 1977).

With the revival of interest in metapsychological problems, these issues have

* Prof., M.D., Ph.D., Professor Emeritus, Long Island University, Editor-in-Chief of the International Encyclopedia of Psychiatry, Psychology, Psychoanalysis and Neurology

been reexamined by various authors, e.g., *Gill* (1963), *Arlow* and *Brenner* (1964), and *Gedo* and *Goldberg* (1973).

Conscious, Unconscious, and Protoconscious

The present paper is not the first one to suggest revision of psychoanalytic topographic theory of the conscious, the preconsicous, and the unconscious (*Gill* 1963). The new concept introduced in this paper, the protoconscious, is described as a bridge between conscious and unconscious phenomena. Many altered states of consciousness, such as lucid dreams, post-hypnotic states, meditation, and parapsychological phenomena occur on the protoconscoius level, when people are neither totally conscious nor totally unconscious. Undoubtedly, a great many psychopathological systems are protoconscious.

Moreover, in many instances the distinction between conscious and preconscious phenomena cannot be sustained. Conscious is what one is aware of at the present moment; preconscious is often what one was aware of. What is on one's mind and what he or she is aware of is conscious; what is on one's mind but one is not aware of at the present time is preconscious.

Unconscious is a totally different thing; it is what one is totally unaware of. *Freud* described a great many unconscious phenomena such as dreams, amnesia, errors of everyday life, and symptom formation. Unconscious is not a hypothesis; it is a fact proven by empirical research. Russian experimental studies of interoceptive conditioning deserve special attention because they come from a source not too sympathetic to *Freud*'s theories (*Bykov* 1957; *Razran* 1961).

One may revise *Freud*'s topographic theory by analyzing phenomena that were either unknown in *Freud*'s times, or about which knowledge was inadequate. Sensory deprivation, biofeedback, and autogenic therapy were then unknown.

Transcendental meditation, certain imagery processes, and parapsychological phenomena of telepathy and psychokinesis were not yet scrutinized by rigorous scientific research.

Apparently, all these phenomena are neither entirely conscious nor entirely unconscious. They are not conscious because there is no reality testing, yet the individual who experiences transcendental meditation or telepathy is aware that he does experience these phenomena. The dichotomy between being awake and conscious on one side and being asleep and unconscious on the other does not do full justice to what human beings experience. Psychomotor epileptics who attack innocent bystanders are both aware and unaware of what they are doing; they are neither unconscious somnambulists nor conscious muggers. Their state of mind is somewhere between conscious and unconscious — it is protoconscious. Sirhan-Sirhan, when he killed Robert F. Kennedy, was not entirely aware of what he was doing; he was in a protoconscious state. Soon thereafter he totally forgot what he did; his amnesia was

clearly unconscious. However, under hypnosis he did recall the assassination and thus, became conscious of what he had done (*Fisher* 1976).

The dichotomy between sleep and wakefulness has been challenged by the so-called lucid dream. Lucid dreamers are definitely asleep, thus they cannot be conscious. They are, however, aware that they are dreaming, and therefore, they are not unconscious. In a lucid dream the dreamers are capable of clever reasoning, remembering, and they can even act volitionally upon reflection while being sound asleep and dreaming vividly (*LaBerge* 1984). Lucid dreamers are aware that they are dreaming, and they can voluntarily control their respiration and even respond to electric shock without awakening. Their state of mind is neither conscious nor unconscious; it is clearly protoconscious.

As a result of inadequate reality testing, a dreamer for whom the question arises as to whether or not he is dreaming, will sometimes mistakenly decide that he or she is awake and not dreaming. A dream in which the dreamer has at one point raised this question without arriving at the correct conclusion is termed »pre-lucid«.

Dreamers who suspect that they could be dreaming may test their state in a variety of ways. However, few of these tests are reliably effective in distinguishing dreaming from waking. For example, pre-lucid dreamers too often conclude that they could not possibly be dreaming because everything seems so solid and vividly real. Or they may pinch themselves, following along with the classical test. This most often has the result not of awaking the dreamer, but of merely producing the convincing sensation of a pinch and the mistaken conviction that he or she is awake. One of the first reported lucid dreams was of René Descartes (*Franz* 1952).

The cognitive components have been investigated from multiple perspectives and with many techniques. The memory of waking life during the lucid dream , clarity of thoughts, dream control, and ability to do experiments in the lucid dream state are highly interrelated. To perform lucid dream experiments, the dreamer needs a clear dream mind in order to be able to remember and execute the intended task. Many lucid dreamers believe that in their lucid dreams their memory of waking life is clearer as opposed to other dreams.

Most parapsychological phenomena belong to the category of protoconscious. An individual experiencing parapsychological phenomena is aware of what he or she experiences, yet the content of the experience is not conscious. When one becomes aware of another person's feelings without sensory perceptions and without any possibility of proving or disproving them — as for example, in telepathic experiences — he or she is neither in a conscious nor in an unconscious state; their mental state is definitely protoconscious.

It might be useful, at this point, to point to the nature of catalepsy. Catalepsy, which is a muscular hypertonus with a considerable decline or loss of conscious awareness followed by amnesia, is a protoconscious state. In an unconscious state one is unaware of what one is experiencing; in a conscious state one is aware and in control; and in the protoconscious cataleptic state one is

somewhat aware but lacks control over one's behavior.

Meditation is another example of a protoconscious state. The Yoga Sutras, the oldest known textbook of yoga, ascribes paranormal powers to meditation. The five states of yoga gradually reduce external distractions and isolate the meditating individual. The first two states reduce the awareness of one's emotions and desires; the third and fourth states reduce the awareness of bodily distractions. The fifth phase reduces the awareness of one's sensory apparatus and puts the meditating into a protoconscious state of mind (*Krishna* 1975).

The more recent meditation techniques used in psychotherapy are quite different from the earlier methods of transcendental meditation (TM). At the present time meditation is frequently used in stress-related illnesses, and it contributes to an increased rate of autonomic recovery. It is also used in treatment of insomnia, asthma, certain heart conditions, and pain control. In all these instances, this therapeutic method acts upon the meditating individual whose mind is neither entirely conscious nor unconscious (*Carrington* and *Stroebel* 1983).

Also sensory deprivation can induce a protoconscious state of mind. Sensory deprivation induces an altered state of consciousness characterized by: (1) neurological changes such as slowing in mean alpha frequency and appearance of marked delta; (2) changes in the autonomic system such as increased skin arousal; (3) biochemical changes in the levels of adrenaline and serum uric acid and urination; (4) psychological changes, especially hypnagogic and hypnopompic symptoms, and significant decline in motivation as well as apathy and boredom. Sensory deprivation does not make an individual totally inconscious, but he is not completely conscious; he is protoconscious.

Another instance of protoconscious can be assessed in the so-called phenomenon of double hallucination observed in post-hypnotic suggestions when hypnotized subjects simultaneously perceive the real and the hallucinated image. Their state of mind can be described as being somewhere between the conscious and the unconscious, that is, protoconscious.

Psychopathology

As long as human behavior serves survival and enables people to attain the best possible level of adjustment, it is called normal. Regressive, maladjustive, self-defeating and self-destructive behavior is called abnormal. Most probably there is a continuum of deterioration from well-adjusted to neurosis, then to character neurosis, then to latent psychosis, then to manifest psychosis, and finally to a state of a total collapse of personality structure.

One could suggest the following four criteria for mental health, namely, (1) the ability to perceive things as they are (reality testing), (2) emotional balance and self-discipline, (3) social adjustment, and (4) awareness of one's potentialities. Disturbed people suffer from various degrees of damage to these func-

tions, but even well-balanced individuals are not perfect and may suffer temporary and transient setbacks. Protoconscious distortions of reality testing may occur to everyone; in neurosis the ego-protective symptoms ward off most of them; in character neurosis the ego-defenses dominate one's personality and behavior; in latent psychosis the battered ego desperately fights against the collapse of the conscious apparatus; in manifest psychosis the ego has lost its grip, and protoconscious and unconscious moods alternate; in the total collapse everything is unconscious.

From Unconscious to Protoconscious

Schizophrenia is fertile area for the study of fluctuating modes and shifts from the unconscious to the protoconscious states of mind and vice-versa. Well-balanced individuals function on all three levels, that is (1) unconscious, which comes across in dreams, (2) protoconscious, when the individual experiences things he or she is somewhat aware of but has no mental control over them, and (3) conscious, when one is aware of what he or she is doing and exercises full control over his or her behavior.

No schizophrenic is schizophrenic all the time. The level of the schizophrenic's mental functioning shifts from totally unconscious hallucinations occasionally to the conscious level with frequent protoconscious episodes. Usually latent psychotics exercise stringent and repressive self-control. Most of the time they are driven by fear of failure and striving for perfection. However, rejection, disturbed sleep, or any frustration can throw them off and cause a transient or a lasting psychotic episode. The intermittent states between their compulsive functioning and manifest psychosis are usually states of protoconsciousness. The latent schizophrenic's protopsychological symptoms include disorientation, paranoid thoughts, excessive irritability and crying spells; all these symptoms fluctuate between the unconscious and the conscious; they are apparently protoconscious.

However, even manifest schizophrenics sometimes can act on a conscious level. Several years ago a patient of mine maintained that I was General Mac Arthur and suggested that I fight against President Truman and throw an atomic bomb on China. However, when I told him, »Mr. Brown, your time is over«, he politely responsed, »Goodbye, Doctor.« A woman patient told me, »As I look on you, I know who you are, you are my mean and cruel brother.« A few minutes later, »You are not my brother, you are my doctor.« Her communication was protoconscious.

Even hebephrenics are not hebephrenics all the time, though most of the time they function on the unconscious level. The disturbances in their reality testing, reasoning, and thought processes are quite pronounced. Hebephrenics experience delusions and hallucinations, have ideas of reference and paranoid fears. They regress to primary prelogical ways of thinking. Their reasoning is full of condensations and distortions, and their associations follow verbal,

phonetic, or any other irrelevant clue. Their giggling, laughing, anger, or apprehension bear witness to their lack of contact with reality and reflect unconscious processes. However, when once a hebephrenic patient who felt rejected by her doctor whom I supervised told me »soldiriver«, her communication was protoconscious; she meant that her doctor sold her down the river. The doctor gave up hope and decided to transfer her from the present university hospital to a state hospital. The utterance of »soldiriver« was the patent's expression of protest against being rejected by the young doctor whom I supervised. The protest was unconscious; it was expressed on a protoconscious level.

Once a schizophrenic patient physically attacked the nurses. When she was finally subdued, she screamed, »we are outnumbered, help!« But a few days later she consciously admitted that she was glad that people »didn't take her nonsense.« Her act of violence was neither unconscious nor totally conscious; it was protoconscious.

The fear of a total collapse was well demonstrated by a vivid dream of a schizophrenic on a latent and protoconscious level. The patient, a prominent female executive, was a paragon of proper and virtuous behavior. She was a perfectionist who overextended her protective responsibility to practically all aspects of her life; but, in her dream she lost control of her car and was racing toward a black curtain. A deep precipice was behind the curtain. Her dream was unconscious, reflectiong her protoconscious fear.

Even catatonic patients are not totally unreachable, that is, totally unconscious. A catatonic patient did not talk, was tube-fed and did not move. She communicated with her fingers. When upset, her fingers were stiff, cold, and moist. When I sat down next to her we did communicate. I communicated verbally, she responded nonverbally on a protoconscious level. I said a few pleasant, friendly things to her and she responded sometimes with a smile, sometimes with her hands. Her fingers were warm.

Even autistic children are not totally unconscious. They function on protoconscious level with occasional regressions to unconsciousness and progessions to consciousness. They develop several defensive behavior patterns all of them conducted on protoconscious levels such as (1) withdrawal, (2) perseveration, seeking of sameness and resisting change and novelty, (3) confabulations, and (4) compulsive overconcern with time and space leading to endless questions about where things are and when things happen.

Das Proto-Bewußtsein

Benjamin B. Wolman (New York)

Der Autor beginnt seine Arbeit mit der Darstellung des ursprünglichen

*Freud*schen Modells des menschlichen Bewußtseins mit den drei Bereichen bzw. Schichten Unbewußtes, Vorbewußtes und Bewußtes, die er »Topographie« nannte (*Freud* 1915). In späteren Arbeiten (*Freud* 1919, 1920) und vor allem in der Mongraphie »Das Ich das Es« (*Freud* 1923) diskutierte *Freud* die Mängel der topographischen Theorie: der Widerstand gegen die freie Assoziation in der Psychoanalyse hatte sich als unbewußt herausgestellt, vor allem aber wiesen die Fähigkeiten der Selbstkritik und des Gewissens auch unbewußte Anteile auf (*Wolman* 1984). *Freud* modifizierte dementsprechend sein topographisches Modell, indem er die bewußten, unbewußten und vorbewußten psychischen Prozesse nun als »psychische Qualitäten« und nicht mehr als Systeme oder Agenturen des Bewußtseins bezeichnete (*Gedo* 1977).

In den 60er Jahren sind mit der Wiederbelebung der Diskussion der Metapsychologie diese Probleme von vielen Autoren untersucht worden, so u.a. von *Gill* (1963), *Arlow* und *Brenner* (1964) und *Gedo* und *Goldberg* (1973).

In diesen metapsychologischen Diskussionszusammenhang stellt *Wolman* seine Arbeit über das Konzept des Proto-Bewußtseins. Das Proto-Bewußtsein stellt eine Brücke dar zwischen bewußten und unbewußten Phänomenen: viele veränderte Bewußtseinszustände wie luzide Träume, posthypnotische Zustände, Meditation und parapsychologische Phänomene geschehen auf der proto-bewußten Ebene: sie sind weder gänzlich bewußt, weil es z.B. keine Realitätsprüfung gibt, dennoch sind die Menschen sich bewußt, daß sie diese Phänomene erleben. So ist z.B. der luzide Träumer im Tiefschlaf, kann also kein Wachbewußtsein haben. Zugleich ist er zu logischen Schlüssen fähig, zur Erinnerung und kann nach Überlegung im Schlaf handeln (*LaBerge* 1984). Ebenso gehören telepathische Zustände und die Katalepsie zum Bereich des Proto-Bewußtseins: im kataleptischen Zustand ist sich der Patient seines Zustandes bewußt, es mangelt ihm jedoch an der Kontrolle seines Verhaltens. Auch meditative Techniken können Menschen in den Zustand des Proto-Bewußtseins versetzen (*Krishna* 1975), ebenso wie der totale Entzug von Sinnesreizen.

Das Konzept des Proto-Bewußtsein ist in *Wolmans* Verständnis wesentlich für das tiefere Verständnis vieler psychopathologischer Prozesse: *Wolman* sieht die verschiedenen psychiatrischen Krankheiten auf einem Kontinuum angeordnet, das von gesund und anpassungsfähig über Neurose, Charakterneurose, latente Psychose, manifeste Psychose bis zum totalen Zusammenbruch der Persönlichkeitsstruktur reicht. Dabei sind für ihn die wichtigsten Kriterien psychischer Gesundheit die Fähigkeit zu realitätsgerechter Wahrnehmung, emotionales Gleichgewicht und Selbstdisziplin, soziale Anpassung und das Bewußtsein seiner eigenen Potentialitäten. Dabei leiden auch ausgeglichene, gesunde Menschen zeitweise unter dem Versagen einer oder mehrerer dieser Fähigkeiten und verfügen auch die psychisch Kranken in verschiedenem Maß über diese Fähigkeiten des bewußten Ichs; je kränker der Mensch allerdings ist, umso mehr treten proto-bewußte Prozesse auf, wechseln schließlich proto-bewußte und unbewußte Prozesse ab, bis schließlich das Unbewuß-

te vorherrscht.

Schizophrene Patienten zeigen besonders charakteristisch diesen Wechsel zwischen proto-bewußten und unbewußten Bewußtseinszuständen, das Oszillieren von unbewußten Halluzinationen über häufige protobewußte Episoden hin zu bewußten Phasen. Ihre schizophrene Kommunikation ist häufig protobewußt, also halb-bewußt, halb unbewußt, enthält — wie *Wolman* in seinen Fallbeispielen von schizophrenen Patienten verdeutlicht, wichtige Kommunikation auch auf der Realitätsebene, z.B. über den therapeutischen Prozeß, die Beziehung zu den Therapeuten, die es wahrzunehmen gilt. *Wolman* plädiert dafür, die Kommunikationschancen und Wahrnehmungspotentiale der schizophrenen Patienten ernstzunehmen und als Therapeut immer wieder den Versuch zu machen, sie zu erreichen: er schildert eindringlich das Beispiel einer katatonen Patientin, die nicht sprach, sich nicht bewegte und künstlich ernährt wurde. Er kommunizierte verbal mit ihr, sie reagierte nonverbal auf der proto-bewußten Ebene: sie reagierte manchmal mit einem Lächeln und mit der Bewegung ihrer Hände, die anfangs kalten Finger wurden im Laufe des Gespräches, als der Autor ihre Hand hielt, immer wärmer, sie kommunizierte mit den Händen.

In gleicher Weise sind auch autistisch reagierende Kinder auf der protobewußten Ebene erreichbar für therapeutischen Kontakt, für Kommunikationsversuche.

Wolman macht mit seinem Konzept des Proto-Bewußtseins, das die Grenzzustände des Bewußtseins und zugleich das Kontinuum zwischen gesund und krank, realitätsfähig und verwirrt, in den Mittelpunkt stellt, nachdrücklich auf die Möglichkeiten zum therapeutischen Kontakt aufmerksam, die bei jedem psychisch Kranken, auch dem Patienten in der psychotischen Reaktion, in der Katatonie, der autistischen Reaktion gegeben sind, wenn man es versteht, ihre proto-bewußte Kommunikation wahrzunehmen und anzunehmen — auch die »Unerreichbaren« sind immer wieder zu erreichen im therapeutischen Kontakt.

Literature

Arlow, J. and *Brenner, C.* (1964): Psychological concepts and structural theory (New York: International Universities Press)

Bykov, K.M. (1957): The cerebral cortex and the inner organs (New York: Chemical Publishing)

Carrington, P. and Stroebel, C.F. (1983): Meditation: Its clinical use. In: *B.B. Wolman* (Ed.) International Encyclopedia of Psychiatry, Psychology, Psychoanalysis, and Neurology. Progress Volume 1. (New York: Aesculapius)

Fischer, R. (1976): State-bound knowledge. In: Psychology Today (10) 68—72.

Franz, M.L. von (1952): Der Traum des Descartes. In: *C.A. Meyer* (Ed.) Zeitlose Dokumente der Seele (Zürich: Rascher)

Freud, S. (1915): The unconscious. Standard Edition (14) 159—216 (London: Hogarth, 1962)

Freud, S. (1920): Beyond the pleasure principle, Standard Edition (18) 7—65 (London: Hogarth, 1962)

Freud, S. (1923): The ego and the id. Standard Edition (19) 3—63 (London: Hogarth, 1962)
Freud, S. (1938): An outline of psychoanalysis. (New York: *Norton,* 1949)
Gedo, J.E. (1977): Freud's topographical model. In: *B.B. Wolman* (Ed.) International Encyclopedia of Psychiatry, Psychology, Psychoanalysis and Neurology (New York: Aesculapius)
Gedo, J.E. and *Goldberg, A.* (1973): Models of Mind (Chicago: University of Chicago Press)
Gill, M. (1963): Topography and systems in psychoanalytic theory. In: Psychological Issues (10)
Krishna, G. (1975): The awakening of kundalini (New York: Dutton)
LaBerge, S. (1984): Awake in your dreams: The new world of lucid dreaming (New York: Simon and Schuster)
Razran, G. (1961): The observable unconsciousness and the inferrable consciousness in current Soviet psychophysiology. In: Psychological Review (68) 81—147.
Wolman, B.B. (1984): Logic of science in psychoanalysis (New York: Columbia University Press)

Address of the author:
Dr. Benjamin B. Wolman
Editor-in-Chief of the
International Encyclopedia
of Psychiatry, Psychology, Psychoanalysis,
& Neurology
240 East 76th Street, Apt. 1-B
New York, N.Y. 10021

Zum Problem der Entwicklung des ethischen Bewußtseins

Swetlana Lourié (Moskau)*

Die sowjetische Psychologin Swetlana Lourié entwirft in ihrem ursprünglich in russischer Sprache verfaßten Beitrag unter psychoanalytisch-psychologischen, philosophischen und soziologischen Aspekten ein Konzept des ethischen Bewußtseins. Im Zentrum ihres Denkens steht der Begriff der persönlichen Sittlichkeit, die dem Menschen angehört in seiner grunsätzlichen Möglichkeit, die ihm eigene, spezifische Identität zu entwickeln. In der persönlichen Sittlichkeit geht der Mensch über das Aufgehobensein der persönlichen Psyche in der sozialen Sittlichkeit hinaus an den Ort menschlicher Freiheit, menschlicher Entscheidung, an den Ort der Wahl.

1. Ungleichartig ist der Gehalt des ethischen Bewußtseins, es ist genauer: »der Psyche« zu sagen, weil der ethische Aspekt nicht nur im Bewußtsein, sondern auch im nicht-bewußten Bereich der Psyche anwesend ist. Ich schlage vor, das persönliche ethische Bewußtsein (die Verantwortung-für-sich-selbst), das soziale ethische Bewußtsein und das ersatzethische Bewußtsein zu unterscheiden (im russischen Text benutze ich den Terminus »gesetzlich«, obwohl dieses Wort mir weniger gefällt als »ersatzethisch»; aber im Russischen hat das Wort »Ersatz« eine scharf ausgeprägte pejorative Bedeutung). Ich will hier die Strukturen, die Art und Weise ihrer Entstehung und die Typen der Persönlichkeit, die sich infolge der Dominanz der einen oder der anderen ethischen Struktur herausbilden, differenzieren und beschreiben. Diese Schichtung der ethischen Psyche ist natürlich bedingt; eine weitere Analyse kann von solch einem Schema ausgehen. Desweiteren werde ich davon sprechen, wie die verschiedenen Schichten der ethischen Psyche koexistieren, sich formieren und ändern und aneinander wandeln.

Alle Eigentümlichkeiten der ethischen Psyche, die ich hier beschreibe, sind als »normal« zu bezeichnen, und geht es doch um krankhafte Ausprägungen, so rühren sie nicht von der Krankheit der Psyche, sondern der Krankheit des Geistes her.

In dieser Arbeit prüfe ich die menschliche Psyche unter einem spezifischen Gesichtswinkel und erwähne deshalb nicht die altersmäßigen Krisen, die Entwicklungsstufen, durch welche jeder Mensch geht. Letzten Endes interessiert mich das Problem der Wahl.

2. Der Mensch eignet sich die sozialen moralischen Werthaltungen von Kindheit an, und zwar nicht vernunftvermittelt. Diese Vorstellungen sind gemeinsam für eine gewisse stabile und relativ beständige soziale Gruppe und pflanzen sich von den Eltern zu den Kindern fast ohne Veränderungen fort. Das Kind wird ihrer gewahr über die Beziehungen mit den Erwachsenen und mit den Altersgenossen. Die sozialen Normen sind mit der verinnerlichten

* Dipl. Psych., Mitarbeiterin des 1st Medical Institute of the Health Ministry of the USSR, Moskau

Gestalt der Mutter verbunden. *Melanie Kleins* These zufolge, wonach die Mutter in der Psyche des Kindes als positive (die Liebe, die Sicherheit) und als negative Gestalt (als Personifikation der Ängste, Kränkungen und des physischen Schmerzes) existiert, erlaube ich mir selbst anzunehmen, daß die Normen der sozialen Sittlichkeit mit der positiven Gestalt der Mutter zusammenfallen. Wenn aber die negative Gestalt der Mutter dominiert, erweist sich die soziale Sittlichkeit als schwach.

Es sei betont, daß die soziale Sittlichkeit die Sittlichkeit einer bestimmten Gemeinschaft, einer bestimmten Gesellschaft ist, sie entsteht mit ihr, und sie stirbt mit ihr. Alle Fragen nach Gut und Böse werden durch die Gesellschaft entschieden. Das Gewissen wird objektiviert, nach draußen getragen. In diesem Fall ist es die Funktion der Gemeinschaft und nicht der Persönlichkeit. Die Gemeinschaft setzt sich ein als Ganzheit, welche in sich selbst endgültige Autorität hat. Besteht die Struktur der bestimmten Gemeinschaft nicht mehr, verliert auch das Individuum die ihr zugehörigen und durch sie verbürgten moralischen Werte. Dies geschieht über kurz oder lang, bereits in der ersten Generation oder erst in der Folgezeit.

Die Normen der sozialen Sittlichkeit sind nicht als Regelkanon des Betragens zu verstehen. Die Sozialisation dieser Normen betrifft nur die Variabilität im Grad ihrer Ausprägung; ihr Gehalt ist gemeinsam für die ganze soziale Gruppe.

3. Von allem sozial Vermittelten muß man absehen, um zu verstehen, was die persönliche Sittlichkeit ist. Die persönliche Psyche ist der Sammelpunkt der Menschlichkeit im Menschen. Sie ist der besondere, nur dem einzelnen Menschen eigene Modus des Verhältnisses zur Realität.

Die Normen der persönlichen Sittlichkeit können nicht zu Ende formuliert werden. Sie können nicht alle Sphären der moralischen Tätigkeit des Menschen ergreifen. Genauer gesagt: Diese Normen zeigen die Richtung an, wo man die Entscheidung ethischer Probleme suchen soll. Diese »Verantwortung-für-sich-selbst« ergreift alle Strukturen der Persönlichkeit. In ihr ist die ganze Psyche vermessen.

Mit der persönlichen Sittlichkeit ist auch die bewußte Sittenlosigkeit möglich. Noch häufiger aber wird der Mensch mit der Wahl nicht fertig. Dieses Risiko ist notwendig, ohne Risiko kann man nicht von der menschlichen Freiheit sprechen.

4. Die persönliche Sittlichkeit folgt keineswegs aus der sozialen. Das Enstehen der persönlichen Sittlichkeit beginnt nicht-wahrnehmbar. Lange Zeit lebt der Mensch auf dem Weg zu ihr. Erst wenn es in seinem Leben zur »kleinen Grenzsituation« (KGS) kommt, erfährt er die Möglichkeit der selbständigen Entscheidung. Wenn der Mensch diese Erfahrung nicht hat, kann eine stärkere Grenzsituation nur Verzweiflung hervorrufen. KGS ist mit der Situation der Wahl (der Tat, der Denkungsart, des Urteils) gewöhnlich verbunden, öfters ist sie nicht-bewußt. Sie ist nicht unbedingt mit Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit verbunden, denn es bricht nicht alle Welt zusammen, wenn ein

Teil des individuellen Mikrokosmos zusammenbricht, aber dieses Wenige gehört zur menschlichen Seele. Es kann auch sein, daß der Mensch in der Situation, die für ihn eine Grenzerfahrung darstellt, wie ein fremder Beobachter bleibt, aber diese Situation bewertet, verändert seine Auffassungen und es bleibt eine Spur in seiner Seele.

Bewußt oder unbewußt verallgemeinert der Mensch die Erfahrung seiner KGS. Jeder erlebte KGS macht den Menschen empfindsamer für die nachfolgenden, und es reift die persönliche ethische Psyche an ihnen heran.

Was ein Mensch als Grenzsituation erlebt, ist individuell verschieden, und diese Tendenz wird umso spezifischer ausgeprägt sein, je weiter der Prozeß der Entwicklung der Persönlichkeit fortgeschritten ist. Die ganze Kette der KGS verweist ihn immer wieder und zunehmend auf die Frage seiner Aufgabe in der Welt. Die Empfänglichkeit für das Grenzerleben ist bei verschiedenen Menschen unterschiedlich. Viele Menschen charakterisiert die bewußte oder unbewußte Flucht vor der Wirklichkeit. Die Situation, die für den einen Menschen eine Grenzsituation ist, geht für den anderen unbemerkt vorüber.

5. Die persönliche Sittlichkeit bedeutet, daß der Mensch selbst für jeden seiner Schritte verantwortlich ist. Er vermag die Universalität und gleichzeitig die Einzigartigkeit jeden menschlichen Wesens einsehen. Dies heißt nicht, daß jeder, der die kritische KGS erlebt hat, in vollem Maß Universalität und Einzigartigkeit zur Grundlage seines Handels macht, aber er ist fähig, es zu tun. Wir können nicht sagen, daß der Träger der persönlichen Sittlichkeit »besser« ist als der Träger der sozialen, aber sein Potential ist bedeutend höher. Er ist in einem Prozeß, in dem sich die persönliche Psyche allmählich offenbart. Es gibt keine Garantie dafür, ob dieser Prozeß erfolgreich beendet wird, aber vor der kritischen KGS kann er nicht beginnen.

Die persönliche Psyche kann mehr oder weniger dauerhaft sein. Es mag sein, daß sie unzerstörbar ist, wenn ihre Dichte an einem gewissen Punkt angelangt ist.

6. Die entwickelte persönliche Psyche bildet die soziale um, diese erweist sich als der Stoff, aus welchem die persönliche Psyche gebildet ist, so daß beide Entsprechungen zueinander aufweisen. Über die soziale dringt die persönliche Psyche bis in gemeinsame soziale Strukturen ein. Wird die soziale Sittlichkeit solchermaßen von innen getragen, kann sie durch äußere Umstände nicht leicht beeinträchtigt oder zerstört werden.

Die persönliche Sittlichkeit dringt bis in die Tiefe der menschlichen Seele, bezieht das Unbewußte mit ein und schafft neue Werthaltungen. Der Formierung des gesellschaftlichen Handelns liegt nicht die Nachahmung, sondern Tun und Gestalten zugrunde. Kann man in diesem Fall auch ohne Autorität nicht auskommen, so wählt man sie doch frei aus und verhält sich kritisch zu ihr. Im Einverständnis miteinander in den wesentlichen inneren Fragen und der Angleichung in der Art und Weise der Veräußerlichung des Wesentlichen kommt die neue Mikrogemeinschaft zur Welt.

7. Die persönliche Sittlichkeit ist nicht abhängig von der Fähigkeit zur Re-

flektion und zum abstrakten Denken. Es ist auch die unreflektierte persönliche Sittlichkeit möglich. Es gibt Menschen, die allzu einverstanden mit der sozialen Ethik erscheinen, aber im kritischen Fall reagieren sie als Träger der persönlichen Sittlichkeit.

Nur der Mensch selbst kann persönliche Sittlichkeit erreichen. Auch der beste Lehrmeister ist gegen das Mißlingen nicht gefeit. Aber er kann ein Beispiel sein.

8. Für Bestand und Geltung der sozialen ethischen Normen ist es notwendig, daß eine gar nicht große Anzahl von Menschen — Träger der persönlichen Sittlichkeit innerhalb der Gesellschaft — Träger dieser sozialen Normen ist. Die Einstellungen ihrer persönlichen Psyche fallen mit den Normen der gegebenen sozialen Psyche nicht zusammen, sondern entsprechen sich in ihrer gleichen Richtung. Im Unterschied zu den persönlichen Einstellungen sind die sozialen Normen vereinfacht, eindeutig und begrenzter. Diese Träger der persönlichen Sittlichkeit in einer Gemeinschaft (gewöhnlich ist es nichtreflektierte persönliche Sittlichkeit) verbürgen die Qualität der sozialen Normen und schützen vor der Tendenz, daß die Werte der sozialen Sittlichkeit profaniert werden.

Durch die Tätigkeit dieser Menschen ändern sich sehr langsam und allmählich die Normen der sozialen Sittlichkeit. Diese Menschen tragen zur Stabilität des Gemeinwesens bei, das sich an sie als seine Ratgeber wendet.

9. Die soziale Sittlichkeit kann von der ersatzethischen (gesetzlichen) weggedrängt werden. Sie wird durch einen Kanon an Regeln ersetzt, die der Mensch nicht selbst wählt und zu denen er sich nicht frei verhalten kann. Folgt er den Aufrufen und Losungen, die er von den Forderungen seiner sozialen Sittlichkeit her ablehnt, sei sie auch noch so brüchig und unvollkommen, so lehnt er etwas Lebendiges und Organisches in sich ab. Aber sich zu widersetzen, mag für ihn zu schwer sein, wenn viele Kräfte in ihm erschöpft sind und er Protest erregt, spricht er die Zweifel bei anderen an.

10. Die Substitution der sozialen Psyche durch eine gesetzliche geschieht dann, wenn die schwache, konfliktreiche soziale Psyche von außen unter starken Druck (z.B. von den Trägern der anderen Tradition) gerät und die persönliche Psyche unentwickelt ist. Unter Umständen ist es nur eine bestimmte Norm der sozialen Ethik, die ausgeartet in eine reine Verhaltensregel der inneren Werthaltung nicht entspricht. Nehmen wir an, daß diese Norm der sozialen Sittlichkeit wirklich schlecht ist, der Mensch sie aber ausschließlich unter dem Druck der äußeren Verhältnisse ablehnt. Wenn man eine ethische Norm ablehnen kann, kann man die anderen auch ablehnen. Die Ganzheit, die Keuschheit des Unbewußten ist dann gebrochen. Die Kettenreaktion beginnt. In der Epoche der gesellschaftlichen Krise, wenn die soziale Psyche im Ganzen geschwächt ist, können die Menschen mit zerstörter sozialer Psyche gefährlich sein, gleichsam sind sie ansteckend.

11. Die ersatzethische Psyche kann in die ersatzpersönliche und die ersatzsoziale eingeteilt werden — dazwischen gibt es viele Übergangsstufen. Die er-

satzethische Psyche ist durch und durch sozialisiert, in der Seele gibt es fast keine intimen Ecken mehr. Die ersatzpersönliche Psyche kommt als Ergebnis der fortwährenden Absage an die soziale Psyche auf. Die ersatzsoziale Psyche ist charakteristisch für Kinder, deren Familien Träger der erstatzethischen Sittlichkeit sind. Die Normen, die ursprünglich äußerlich waren, werden mit der Zeit verinnerlicht. Die neue soziale Psyche entsteht.

12. Die soziale Psyche bildet sich entweder durch die Verinnerlichung der ersatzethischen oder durch die Objektivierung der persönlichen Psyche. Das, was seinem Menschen als Offenbarung einsichtig wird, kann die gewohnten Normen des Verhaltens verändern. Aber was einem Menschen innerlich einsehbar geworden ist, mag sich anderen nur als Gehalt der ersatzethischen Sittlichkeit darstellen.

Die persönliche Psyche kann sich bei dem Träger der ersatzethischen Sittlichkeit und bei dem Träger der sozialen entwickeln. Die Verantwortung-für-sich-selbst verwandelt die ersatzethische Psyche, sie baut die fehlenden Strukturen aus, sie füllt allmählich jene Leere, die entstanden ist, als die soziale Psyche ihres Gehaltes beraubt wurde. In gewisser Weise wandelt die persönliche Psyche die ersatzethische Psyche in eine vollwertige soziale Psyche um.

13. Menschen mit entwickelter persönlicher Psyche zeichnen sich gegenüber Menschen mit sozialer oder ersatzethischer Psyche nicht dadurch aus, daß sie Persönlichkeit sind — jeder Mensch ist Persönlichkeit —, sondern dadurch, daß sich in ihnen die Persönlichkeit verschiedenartig äußert. Die Persönlichkeit ist uns als Gabe gegeben und als Aufgabe aufgegeben. Das Erwachen der persönlichen Psyche ist die wichtige Zwischenstufe in der Auffindung und Entscheidung dieser Aufgabe.

About the problems in the development of ethical consciousness
Swetlana Lourié (Moscow)

The soviet psychologist *Swetlana Lourié* lines out a holistic and monistic conception of the ethical consciousness. Holistic and monistic, because in her way of thinking do not yawn the antinomies between the single person and society, the ego and the other, between desire and duty, but she understands the human being in his possibility to develop his own, specific identity as a representative of an ethical consciousness, that defines, preserves and changes values. The ethical consciousness belonging to the development of identity she defines as personal moral sense. She presumes the personal moral sense as an agens also of changes concerning dimensions of bigger extent in the ethical consciousness of a society.

As the ontogenetic earliest instance for the development of ethical consciousness the author points out the social morality, which is imparted directly and indirectly by the family and especially by the relationship to the own

mother. The conscious and unconscious standards of value, which determine community, are reciprocally related to the individual ethical socialisation: The social morality is to be seen as an objectification of the individual conscience, which as historically grown and changing instance again influences the education of the individual. In situations of crises of the whole society, the social morality is susceptible to be displaced by a »compensatorically ethical« system of rules, which is normatively determined by the outside.

The personal morality exceeds the identity of personal psyche and social morality. The personal morality exists as a category on its own and does not directly derive from the social. It is based on the »responsibility-of-man's-own-life« and includes the conscious und unconscious psychical experiences as well as the mental level of a high consciousness in a basical reasoning of the universality and singularity of each human being. There finally, we can only find the position of human freedom, human decision, the place to choose.

Man develops personal morality in extreme situations of his life. The personal morality takes shape as a result of facing new and new borderline situations, in which man in each case is confronted in his very heart with the question after his task in the world.

Representatives of personal morality guarantee the quality of social moral sense and bear the potential to initiate the change of a »compensatorically ethical« morality into a really social one.

Literatur bei der Verfasserin

Adresse der Autorin:
Swetlana Lourié
1st Medical Institute of the
Health Ministry of the USSR
Usievitcha Street 11—60
125 319 Moscow, USSR

Wiederherstellung einer gestörten Kommunikation (am Beispiel einer Logoneurose)**

Julia Nekrasova (Moskau)*

Julia Nekrasova stellt in ihrem Beitrag theoretische Konzeption und Methodik ihrer Therapie mit schwergestörten Stotterern vor, deren Praxis in ihrem in Paris preisgekrönten Film »Die Möglichkeiten des Menschen sind unbegrenzt« anschaulich wird. In ihrer Darstellung konzentriert sie sich auf die Kernphase der Behandlung, die sogenannte »emotionale Streßpsychotherapie-Gruppensitzung«, in der sich die Patientengruppe auf der Bühne eines großen Saales vor einem Publikum aus selbst emotional Betroffenen befindet. Durch die Methode der konzentrierten Wachsuggestion, durch die heilende Kraft des Wortes, mit dem die Therapeutin den Patienten im innersten Kern berührt, wird eine emotionale Erschütterung erreicht, die sich in der Bereitschaft jedes einzelnen ausdrückt, als erster — störungsfrei — zu sprechen und damit Verantwortung für den Heilungserfolg der gesamten Gruppe zu übernehmen. Getragen durch das dichte Beziehungsnetz, das ihn in dem Moment des Sprechens mit dem Therapeuten, seinen Mitpatienten und dem ganzen Saal verbindet, erlebt der Patient erstmalig wieder das verloren gegangene Gefühl des Integriertseins in die Welt. Wesentlich für das Anhalten der heilsamen Wirkung dieser »Explosion« (Makarenko) ist die vorausgegangene Phase der Aktivierung der Gesundungseinstellung ebenso wie die sich anschließende therapeutische Arbeit mit diversen Entspannungsverfahren, Kunst- und Körpertherapien sowie Gesprächen. Zusammen mit der wiedergewonnenen Kommunikationsfähigkeit entwickelt sich die vormals aufgegebene Suchaktivität im Sinne Rotenbergs. Der Ansatz von Julia Nekrasova stellt ein methodenintegratives Behandlungskonzept dar mit dem Schwerpunkt auf imaginativen und (auto)suggestiven Verfahren, die zum Tragen kommen in einer (groß)gruppendynamischen Grenzsituation, die ein hoch wirksames konstruktives sozialenergetisches Feld bereitstellt.

Die Kommunikation ist eine Wechselwirkung zwischen konkreten Personen, die sich in gewisser Hinsicht spiegeln. Die menschliche Kommunikation ist immer auch ein gegenseitiges Sich-Kennenlernen und ein gegenseitiges Sich-Zuwenden (*Bodalev* 1982). Besondere Bedeutung erhält diese menschliche Kommunikation, die für eine ganz konkrete Art einer neuen positiven Tätigkeit steht, in unserer Praxis, bei der Rehabilitation von Menschen. Und einen noch größeren Stellenwert hat die Kommunikation, die im korrigierenden Prozeß das Bewußtsein und die Psyche des Menschen nur mit Hilfe des *Wortes* beeinflußt. Dies ist denn auch der »spezifisch menschliche« Teil des Heilens.

Bei der kollektiven logopsychotherapeutischen Behandlung von Menschen mit gestörter Kommunikation ist bei unserer Methode die zielgerichtete Ausbildung heilender psychischer Zustände als stabile Persönlichkeitsneubildungen (durch eine Aufeinanderfolge von Ausbildung, Prolongieren und Fixieren dieser Zustände) ausschlaggebend. Die Kategorie der psychischen Zustände nimmt eine Zwischenstellung zwischen den Kategorien der kurzfristigen psy-

* Dr. phil., leitende wissenschaftliche Mitarbeiterin am Forschungsinstitut für allgemeine und pädagogische Psychologie, Akademie der Wissenschaften, Moskau.

** Vortrag gehalten auf dem 6. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP/XIX. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), 7.-11. März 1988 in der Ludwig-Maximilians-Universität München; Übersetzung: Dr. J. Commeßmann

chischen Prozesse und den stabilen Persönlichkeitseigenschaften ein. Durch das Übergangsstadium psychischer Zustände werden die neuen Persönlichkeitszüge aufgebaut.

In vorliegender Ausarbeitung gebe ich Ihnen eine Analyse der psychischen Zustandshierarchie, eine detaillierte Beschreibung der einzelnen Zustände und eine Studie über die Gesetzmäßigkeiten ihres Aufbaus auf dem Hintergrund eines positiven emotionellen Tonus und einer gesteigerten psychischen Aktivität der Kranken.

Das Stottern ist ein menschliches Leiden, das im »Feed-back der eigenen Signale« drei Phänomene vereint: das »Echo-Phänomen«, das »Kinesio-Phänomen« und das »Spiegel-Phänomen«, das heißt, der Stotterer hört sich gleichzeitig als Stotternder, empfindet sich über seine Muskeln verkrampft und sieht seinen Defekt durch die Augen der Anderen.

Infolge davon tritt eine bleibende negative reflexbedingte Fixierung ein, die häufig mit skoptophobischen Prozessen, der Scham für die eigene Krankheit, einhergeht.

Neben der Skoptophobie stellt das Kernsymptom des Stotterns die »Sprechangst« (Logophobie) dar.

Wesentlich dabei ist, daß der Stotterer in einer ständigen Wiederholungserwartung einer nicht überwindbaren schwierigen Situation, »eines schwierigen psychischen Zustandes« lebt, wo jede unerwartete Ansprache auf der Straße, im alltäglichen Leben oder in der Arbeit seinen Defekt aufdeckt und seine »Unzulänglichkeit« zutage bringt. Diese Kranken werden permanent traumatisiert, sie tragen sozusagen die Disposition dafür in sich. Mit anderen Worten, der Stotterer befindet sich in einem Zustand ständiger »Erwartungshaltung« und dem Vorgeschmack eines zufälligen Signals. Dies schwebt über ihm wie ein Damoklesschwert, und jeder neue Einbruch untermauert und fixiert nur den pathologischen Redestereotyp.

In schweren Fällen führt das Stottern zu tiefgreifenden Kommunikationsstörungen, zum Verlust des Gefühlskontaktes mit den Menschen, mit der Welt. Der Verlust des Gefühls des Integriertseins in die Welt führt zu einem Zustand der Verweigerung der Suchaktivitäten (*Rotenberg, Arshavsky* 1984)

So war die Testperson A.P. (23 Jahre, Elektriker) von Kindheit an des direkten emotionalen Kontaktes mit seinen Nächsten beraubt, es fehlten sogar ausreichend intensive formelle emotionale Beziehungen (als Kind wuchs er im Kindergarten und im Internat auf, da die Mutter Alkoholikerin war; bei der Frage des Psychotherapeuten nach einigen anamnestischen Daten weigerte sich die Mutter, irgendetwas über ihren Sohn zu sagen). Da keine sprachliche Kommunikation möglich war, verständigte sich A.P. nur schriftlich oder mit Gesten, so daß er den Spitznamen »der Stumme« erhielt. Als Ergebnis davon liegt bei ihm neben dem Stottern eine tiefe Psychopathologisierung der Persönlichkeit mit ausgeprägt aggressiver Haltung vor.

In seinem Tagebuch schrieb A.P.: »Ich komme mit Menschen nicht ins Gespräch, rundherum ist alles verstopft«. Die Kompensation für den Kommuni-

kationsverlust mit der Umwelt drückte sich bei ihm in einer besonderen Liebe zu Tieren aus, in dem Bestreben, ihnen sein Schicksal anzuvertrauen.

Die Stotterer, die sich an uns wenden, sind teils Menschen, die schon viele Male behandelt wurden. Die mißglückten Versuche nach den traditionellen Verfahren haben zur Verschlimmerung einer Reihe von negativen Persönlichkeitsmerkmalen geführt: a) zur Veränderung des Anspruchs- und Motivationsbereichs (Pessimismus, fehlender Glaube an die Möglichkeit, das Stottern zu überwinden); b) zur Störung im Emotions- und Willensbereich (Entwicklung einer sekundären Stotterneurose, bei der die »Redeangst« beherrschend wird und sich schon allein bei dem Gedanken daran, reden zu müssen, oder bei der Erinnerung an mißglückte Redeversuche in der Vergangenheit einstellt); c) zur Ausbildung eines passiven Verteidigungsverhaltens (Vermeiden einer ganzen Reihe von psychisch traumatisierenden Situationen, in vielen Fällen Aggression); d) zu einer Veränderung des kognitiven Bereichs (verzerrte Vorstellung von sich als Kommunikationssubjekt; Tendenz zu selektivem und inadäquatem Erleben und Interpretieren eines beliebigen, mit sprachlicher Kommunikation verbundenen Zustands, die Erklärung der interpersonellen Problematik, ausgehend vom Faktum des Stotterns und nicht von den Persönlichkeitsmerkmalen).

Diese Persönlichkeitsmerkmale der Probanden führten zur Suche nach unkonventionellen psychologischen Bedingungen und Möglichkeiten zu ihrer Korrektur.

Unsere Methode zur sozialen Rehabilitation von Stotterern umfaßt vier Phasen: die propädeutische; die emotionale Streß-Gruppenpsychotherapie-Sitzung; die Phase der auf mehreren Ebenen angesetzten Psychotherapie (persönlichkeitsorientiert, rekonstruktiv); die Etappe der Kontroll- und Stütztherapie.

Unser Verfahren stützt sich auf die Gruppentherapie nach *G. Ammon,* wobei die Gruppe das wiederherstellende Element beim Sammeln emotionaler und korrigierender Beziehungserfahrungen ist (*Ammon* 1982).

Die Ergebnisse einer jeden Phase sind elektrophysiologisch, phonographisch, durch Tests und andere Untersuchungen mehr verifiziert.

I. Phase: Die propädeutische Phase

Das Grundprinzip dieser Phase liegt in der Aktivierung der psychischen Bereitschaft des Kranken zur Heilung. Aufgaben dieser Phase:

1. Erstellung einer psychologisch-pädagogischen Diagnose auf der Basis einer umfassenden anamnestischen Erhebung.
2. Die Planung einer »heilenden Umerziehung« (Klärung der potentiellen Möglichkeiten des Betroffenen).
3. Der unmittelbare Beginn der »heilenden Umerziehung«, die Formulierung eines »optimistischen Zukunftsmodells« (Vorausschau, innerliches Durchspielen der zukünftigen Verhaltensweise, Anheben der »Suchaktivität«, indirekte Stimulierung zur Dialogbereitschaft, »die Einladung zum Dialog«).

Methode

Die propädeutische Phase (die umfassende Untersuchung des Kranken in seiner Dynamik) umfaßt folgende von uns entwickelten Behandlungstechniken:

1. Anschauungs-Logopsychotherapie: die Teilnahme der Kranken an der emotionalen Streßpsychotherapiesitzung; an »Demonstrationsübungen«; an »Abschlußexamen« (als Zuschauer); die direkte Kommunikation mit den Geheilten.
2. Fragebögen, Tests, anamnestische Erhebung, Aufzeichnung von Sprechproben auf Tonband.
3. Libriopsychotherapie: die Analyse von speziell ausgesuchten Literaturtexten, ihre persönlich emotionale Verarbeitung, nach den Worten des bekannten Kritikers *Belinskij:* »Das Leben an und für sich nichts, das durchdachte Leben etwas und das durchdachte und durchlebte Leben alles ist«.

Besonderheiten der I. Phase

1. Der Untersuchungskomplex stellt in unserem Verfahren nicht nur ein Nebeneinander, sondern ein mit Bedacht gewähltes gegenseitiges Durchdringen seiner Komponenten dar. So sind wir z.B. bei der Auswahl der Tests von der Notwendigkeit ausgegangen, den Faktor besonders zum Tragen zu bringen, der, so wie er wesentlich die Persönlichkeitsstruktur im Leben des Stotterers beeinflußt, auch den experimentellen Untersuchungsmethoden zugrunde liegt. Als grundsätzlich wichtiger Faktor fungiert hier die Frustration. Deshalb ist einer der am meisten verwendeten Tests der Frustrationstest von *Rosenzweig* (1945), der den Frustrationszustand unter Laborbedingungen reproduziert.

2. Nun verkürzt sich die »Wartephase«. (Die allgemein gebräuchliche Dynamik zur Persönlichkeitskorrektur im Laufe einer Psychotherapie besteht aus drei Phasen: die erste Phase — das Warten, »die Gewöhnung an die Gruppe«; die zweite Phase — die Erschließung der Persönlichkeit des Kranken; die dritte Phase — die Umstellung der Persönlichkeit unter Einfluß der Psychotherapie).

3. Vor Beginn der nächsten Behandlungsphase, der emotionalen Streß-Gruppenpsychotherapiesitzung, stellen die Patienten sich ganz oft als Nicht-Stotternde vor. Das mehrmalige Durchspielen des Erfolgs (Simulieren psychischer Zustände) führt zu einer auf Genesung ausgerichteten psychologischen Einstellung.

II. Phase: Die emotionale Streßpsychotherapie-Gruppensitzung

Das Leitprinzip dieser Etappe ist das Paradoxieprinzip (die Durchführung des Behandlungsprozesses in einer Frustrationssituation, das Simulieren der

nachfolgenden mehrschichtigen Arbeit in geraffter Form u.a.m.). Aufgaben dieser Etappe:
1. Auswahl psychotherapeutischer Techniken in Übereinstimmung mit den Persönlichkeitsmerkmalen der Kranken.
2. Stimulieren eines averbalen Dialogs.
3. Schaffung der Bedingungen für das Bilden einer Gemeinschaft.

Methode

Die Sitzung baut auf der Methode der konzentrierten Suggestion im Wachzustand in Form einer »Explosion« auf (*Dubrowskii* 1966), wo in kurzer Zeit die »Rekonstruktion der Verhaltensreaktionen« des Menschen erfolgt. Hierbei wird die besondere Bedeutung des affektiven Zustandes der Kranken zur Herbeiführung des »Umbruchs« in der Behandlung hervorgehoben. Der bekannte Pädagoge *A.S. Makarenko* hat darauf hingewiesen, wie effizient für die Erziehungsarbeit ein unvorbereitetes jähes Einwirken ist, wo ein mächtiger Stimulus mit einer ungeheuerlichen Kraft durch eine emotionale Erschütterung zu tiefgreifenden Persönlichkeits- und Verhaltensumstrukturierungen führt. Dieses Phänomen nannte er Explosion.

Die Explosionsidee wurde von uns bei der Ausarbeitung der grundlegenden Phase zur Beeinflussung von erwachsenen Stotterern, der emotionalen Streß-Gruppentherapiesitzung benutzt.

Das Ziel des vorliegenden Aufsatzes liegt in der Analyse der spezifischen psychischen Zustände von erwachsenen Stotterern, die bei einer solchen Sitzung entstehen; in dem Nachweis ihrer Vorwegnahme von »Umbruch« und »Explosion« in der Behandlung (die Bereitschaft, unter Extrembedingungen zu sprechen) und, als Folge davon, des Übergangs zur Wiederherstellung des verlorenen Weltempfindens durch die Person des Stotterers.

Eine emotionale Streßpsychotherapiesitzung stellt in unserer Modifizierung eine öffentliche, komplexe Individual-Gruppenbeeinflussung mit psychotherapeutischem und pädagogischem Inhalt dar. Dies ist eine Synthese von Techniken und Methoden, die im Verlauf ihrer Durchführung arrangiert werden. Die Sitzung vereint in sich die imperative Suggestion im Wachzustand, die an die emotionale Sphäre der Stotterergruppe adressiert ist, die motivierte Überzeugung und Elemente einer pädagogischen Beeinflussung. Durch letztere ist sie der Beginn eines Funktionstrainings (»Einführung ins Sprechen«).

Der äußere Effekt des Sitzungsergebnisses, der sich in dem neuen psychischen Zustand des Stotterers zeigt (der Bereitschaft zum Sprechen unter Extrembedingungen), ist jedoch keinesfalls das Ergebnis einer momentanen Beeinflussung durch den Psychotherapeuten. Die »Explosion« ist der Höhepunkt, der durch eine Reihe vorhergehender psychischer Zustände vorbereitet ist, die sich bereits — bei richtig durchgeführter propädeutischer Phase — einstellen, wo bereits lange vor der Sitzung die Probanden sich oft als Nichtstotterer vorstellen. So führt die Vorstellung des Kranken dazu, daß sich eine psy-

chologische Gesundungseinstellung anbahnt. In diesem Fall ist der Psychotherapeut das letzte Glied in der Umsetzung der Vorstellung des Kranken in eine Suggestion. Vergleichen Sie dazu die Worte des bekannten Schriftstellers *A. Green:* »Wenn eine menschliche Seele in sich das Körnchen des feurigen Gewächses Wunder birgt, dann bewirke in ihr dieses Wunder, wenn Du dazu in der Lage bist«.

Wie geschieht das? Durch diese Fragestellung waren wir gehalten, die psychischen Zustände der Stotterer, die sich in der nonverbalen, der »stummen« Periode der Sitzung entwickeln, zu untersuchen. Bei diesen Untersuchungen wurden wir damit konfrontiert, daß sie sehr vielfältig sind. Und erst damit, daß wir zum ersten Mal die Frage stellten, wie über das Feed-back von den Probanden bei uns die Information über das Ende und die Wirkung einer jeden vom Psychotherapeuten eingesetzten Methode und das Signal zum Übergang zum nächsten Schritt ankommt, gelang es uns, die für uns relevanten psychischen Zustände der Probanden herauszufinden:

Der Zustand der mobilisierten Bereitschaft zur Entgegennahme der »heilenden Information«. Dieser psychische Gruppenzustand der Probanden ist gekennzeichnet durch den Ausdruck einer Konzentriertheit in Pose und Mimik, durch innere Sammlung und der gespannten Erwartung des »heilenden Wortes«. Dies ist das Ergebnis eines allmählichen Löschens des gewohnten Reaktionsmusters der Probanden und des Entstehens und Wachsens der Aufnahmebereitschaft gegenüber der psychotherapeutischen Einwirkung (*Nekrasova* 1980).

Wir reproduzieren die stärksten und typischsten Frustrationssituationen, die von dem Stotterer erlebt wurden, und »kippen« somit die Erinnerung der Patienten in die Vergangenheit zurück. Dieser Zustand ruft eine heftige emotionale Reaktion in der Gegenwart hervor, die begleitet wird von einer Veränderung in der Körperhaltung, manchmal sogar von Tränen. Die Kette der sprachlichen Rückführungen und der damit verbundenen emotionalen Zustände wird vom Psychotherapeuten so reproduziert, daß die anderen Gruppenmitglieder den Betreffenden nicht erkennen (die Methode des »psychotherapeutischen Spiegels«).

Der Zustand des Durchspielens eines »optimistischen Zukunftsmodells«. Er ist gekennzeichnet durch eine Straffheit in der Haltung der Patienten, durch ein aufkommendes Selbstbewußtsein, durch Lächeln. Diesen Zustand erzeugt der Therapeut durch die Methode der »nicht adressierten Erinnerung an Teilerfolge in der Vergangenheit«, was der Selbstbehauptung in der Gegenwart dient. Darüber hinaus sind für diesen Zustand die stimulierenden Motive einer emotional durchdrungenen Vision von einem neuen Leben, des sogenannten Zielreflexes, äußerst wichtig. Letzteres führt bei dem Probanden zur Einstellung, Suchaktivität aufzunehmen und zur Bereitschaft, »hier und jetzt« zu handeln.

Der Zustand der scharfen Fokussierung der Gruppenaufmerksamkeit der Patienten auf das suggestive Wort. Hierbei besonders hervorzuheben ist die

Bedeutung, die wir der Suggestionsformel, der Wort- und Satzwahl beimessen. Die Suggestionsformel muß Wortgewicht und Befehlscharakter haben, pathogenetisch richtig und dem Typ und der nervlichen Konstitution eines jeden Patienten angemessen sein. Nicht weniger wichtig ist die Intonation der ausgesprochenen Formel. In diesem Zusammenhang ist die Intonation die zusätzliche paralinguistische Seite der Kommunikation.

Die Addition und Vollendung der aufgeführten psychischen Zustände bringen einen neuen, sthenischen Zustand einer Kommunikationsaktivität, einer Bereitschaft zur Überwindung psychologischer Barrieren (bislang jedoch nicht der sprachlichen) hervor — zum Sprechen unter besonderen Bedingungen. Visuell drückt sich dies in dem hundertprozentigen Heben der Hände auf die für den Patienten emotional schwierige Frage des Therapeuten aus: »Wer möchte als Erster in der für euch extrem verantwortungsvollen Situation — in Gegenwart von Zuschauern — nach vorne kommen?« Hierbei verschärft der Psychotherapeut die Bedingungen der bevorstehenden Kommunikation. »Der, der als Erster kommt«, sagt er, »muß mit seiner Rede, seiner Stimme und seinem Verhalten jede Aktion des Arztes rechtfertigen«. Der nach vorne preschende Körper eines jeden Patienten, die auf den Psychotherapeuten gerichteten Augen und die entschlossen hochgehobenen Arme zeugen von der festen Absicht eines jeden — nicht einfach zu sprechen, sondern als Erster zu sprechen.

Wie ein Höhepunkt der emotionalen Streß-Psychotherapiesitzung klingt die von ihren Fesseln befreite Rede der Probanden. Diese Rede hat einen besonderen Klang. Kennzeichnend für sie sind solche Qualitäten wie Sicherheit, Furchtlosigkeit, das Gefühl einer freudigen Kraft, Überzeugungskraft, die Wendung zum Zuschauersaal und Lautstärke.

Dem Höhepunkt der Sitzung zugrunde liegt das Selbstbehauptungskonzept von *V.M. Bechterev* (1927). Den negativen Emotionen der Kranken, die durch die fehlende Bereitschaft zum Sprechen bedingt sind, den eingebildeten Vorstellungen »Ich kann nicht«, »Es geht nicht« treten die sthenischen Emotionen neuer emotionaler Einstellungen entgegen. Als Refrain des Sitzungshöhepunktes schwingt mit: »Heute, wie immer und hell und hoch erstrahlen die Sterne aufs Neu« (*J.W. Goethe*).

Und je beherzter die Aufgabe gestellt wird, desto größer ist die Diskrepanz zwischen dem Erreichten und dem ursprünglich Vorhandenen, umso ausgeprägter ist der affektive Zustand des Kranken, der eine maximale Konzentration der Aufmerksamkeit auf seine sprachliche Beeinflussung fördert. In diesem Augenblick ist das gesamte Verhalten des Kranken von einer »emotionalen Erwartungshaltung« gefärbt und durchdrungen. Wenn der Kranke zur Sitzung in einem Zustand der Bereitschaft, Hilfe anzunehmen, gegangen ist, sei es auch mit einem Gefühl der Angst, so geht im Höhepunkt der Sitzung die Hoffnung über in ein tiefes inneres Streben nach Überwindung der Redeangst und der Herstellung des Kontaktes mit der Umwelt. Stimuliert wird dieses Streben nach dem Sieg, nach dem Kampf um die Sprechfähigkeit durch die

stolzen, inspirierenden Leitmotive: »Wir können!«, »Der Mensch kann alles!«, »Ich kann sprechen!«. Diesen Leitmotiven zugrunde liegt die Idee der Psychotherapie, die auf die Wiederherstellung des von dem Kranken verlorenen Weltempfindens abzielt — und dies in ihrer höchsten Form, in dem Streben des Menschen nach einem Ideal, nach gesellschaftlich nützlichem Handeln.

Die Änderung des emotionalen Zustandes der Patienten und ihres Sprechens infolge der von uns angewandten emotionalen Streßtherapie wird bestätigt durch EEG, hautgalvanische Reflexmessung, EMG, Phonogramm und Atem.

Kehren wir zur Beschreibung der Sitzung zurück. Sie wird durchgeführt in einem Saal, wo als Zuschauer Verwandte und Bekannte der Probanden, aber auch diejenigen anwesend sind, die bei der nächsten Sitzung an der Reihe sind. All diese Menschen vereint ein tiefes Interesse am Gelingen der Behandlung.

Besonderer Aufmerksamkeit bedarf die Analyse der psychischen Zustände der im Saal Anwesenden und des Psychotherapeuten selbst, der die Sitzung leitet. Als Ergebnis des Arrangements der psychotherapeutischen Methoden und ihrer Komposition durchleben die Zuschauer die psychischen Zustände (s.o.) genauso wie die, die auf der Bühne stehen. Diese Zustände haben wir die parallele Empathie des Saals (ein Höchstmaß an Wohlwollen und Glauben an die Genesung der Kranken) genannt. Gerade deshalb unterscheidet sich die »erwartungsvolle Aufmerksamkeit« der Zuschauer gegenüber dem bevorstehenden Redekontakt der Probanden durch die bewußt positive Heilungsprognose. Das Element der konzentrierten Aufmerksamkeit des großen Auditoriums verbindet sich mit der inneren Bereitschaft, nicht nur den Erfolg der Akteure anzunehmen, sondern ihn auch aktiv durch das eigene emotionale Engagement zu unterstützen, das Geschehen direkt und sich selbst in dem Geschehen nachzuvollziehen.

Das Bestreben, dem Menschen auf der Bühne zu helfen, erzeugt im Saal eine feierliche gehobene Stimmung des Mitwirkens am kreativen Akt. Diese Stimmung überträgt sich auf alle Probanden auf der Bühne; wenn sie beginnen zu sprechen, fühlt sich keiner von ihnen entfremdet, da sie sich in die endlose Menge der affektiven Beziehungen mit dem Psychotherapeuten, den Gruppenmitgliedern, dem Saal und ergo mit der ganzen Welt einschalten.

Die Befürchtung einer feindseligen und kalten spöttischen Einstellung seitens der Menschen wird bei den Kranken durch ein »Sich-Öffnen« der Welt gegenüber und durch Dankbarkeit für das Zurückkehrenkönnen abgelöst.

Die Hauptkraft des Arztes liegt im Charakter seiner emotionalen Beziehung zum Kranken, in seinem Wunsch zum Heilen und in seinem Vermögen, den Kranken dazu zu bringen, dieselbe emotionale Tonalität zu empfinden. Nur das abstrakte Wissen um die Gesetze des Seelenlebens eines Menschen, so fundiert es auch immer sein mag, reicht prinzipiell nicht aus, um einen Menschen zu beeinflussen. Der Kranke muß dieses Miterleben empfinden können, damit zwischen Krankem und Arzt eine vielsagende Bindung, Empathie entsteht, die nach den Worten *V.S. Rotenbergs* für den emotionalen Kontakt steht, der

die gestörte Beziehung Kranker — Welt wiederherstellt, eine Beziehung, die nicht formal, sondern organisch, unvermittelt, symbiotisch ist (*Rotenberg, Arshavsky* 1984).

Merkmale der II. Phase

1. Wie bereits erwähnt, fußt dieses Verfahren auf dem Prinzip der Paradoxie. Die normale Logik in der Unterrichtsdidaktik baut auf dem Übergang vom Teil zum Ganzen, vom Einfachen zum Komplizierten auf. In unserem Ansatz geht dem Teil das Ganze voraus. Es kommt das Prinzip der Vorwegnahme zum Tragen, wo die Sitzung, die »Wachsuggestion«, das Resumée der nachfolgenden Arbeit wird, obwohl sie zu Beginn der Behandlung eingesetzt wird. Damit ist die Sitzung Ouvertüre und Symphonie zugleich.
2. Die Gesamtheit der Techniken, die in der II. Phase verwendet werden, erlaubt das Entwickeln und Prolongieren des nonverbalen Dialogs, der bereits in der propädeutischen Phase eingesetzt und seinen Niederschlag in den angeführten Zuständen während der Sitzung gefunden hat. Dieser Zustand des Dialogs wird durch eine der Techniken vertieft — durch die Symbolik, wo in bildhafter, zeichenhafter, metaphorischer Form die Empfindungen und Erlebnisse von Kranken und Therapeuten ihren Ausdruck finden.

III. Phase: Die multidimensionale Logopsychotherapie

Die wichtigsten Prinzipien dieser Phase sind: die Aktivierung des Kranken, seine Kokreativität mit dem Psychotherapeuten, ein introgenes Verhalten, d.h. die Hingabe an den Behandlungsprozeß, die Kontinuität der Verfahren der Einflußnahme.

Aufgaben dieser Phase

1. Das Prolongieren des psychischen Zustandes der »emotionalen Welle« aus der Sitzung der vorhergehenden Phase.
2. Die Schaffung der nötigen Bedingungen für das Herausarbeiten des Leitbedürfnisses der Persönlichkeit und der systemadäquaten Motive, Interessen, Überzeugungen, Werteorientierungen, d.h. des »Persönlichkeitskerns«.
3. Die Entwicklung der Kommunikationsfähigkeit (Intensität, Gerichtetheit, Qualität, Quantität der Wörter pro Minute usw.).
4. Das Lehren der Dialogformen von Interaktionen.
5. Die Formierung einer psychotherapeutischen stützenden Gemeinschaft.

Theoretischer Hintergrund

Bekanntlich kann die Folge des Stresses lange andauern, auch wenn der Stressor aufgehört hat zu wirken. Durch die extrem starke prolongierte emo-

Repair of disturbed communication in logoneurosis

Julia Nekrasova (Moscow)

Julia Nekrasova defines stuttering first as an illness characterized by three phenomena: the stutterer hears himself stutter, he feels his muscles cramping and he can see his disorder reflected by the eyes of the other people. This feedback of his own signals makes him permanently afraid of a repetition, with the main symptoms of shame (scotophobia) and speech fright (logophobia).

Among the author's patients, many of which had already gone through a number of mischieved trials of treatment, was to be found a pessimistic attitude towards the possibility of overcoming the stuttering and a tendency towards avoidance, aggressivity and a distorted perception of oneself and the surroundings.

In severe cases the stuttering-syndrome leads to losing the emotional contact with the human beings and the world in general, and this in consequence leads to a retirement of the search-activity as *Rotenberg* defines it.

The three-months therapy, aiming at a social rehabilitation, consists of four phases, which are based on each other:

(1) Preparatory phase. This is the motivating phase, which serves the stimulation of a positive attitude to recovery. After an extensive psychologic-pedagogic diagnostic a curing re-education begins with imaginative procedures, where the patients present themselves as healed persons.

(2) The peak and the core of the treatment is the »emotional stress-psychotherapeutic session in group«. The group of patients is on the stage of a large hall before a public of future patients, scientists and relatives, all persons affected. With the method of a concentrated suggestion in the wake state through the healing power of the word, with which the therapist reaches and touches the patient in his heart, an emotional blow is produced, which over the intermediate stage of new states of psyche (namely the attitude respectively the readiness to speak in the extreme circumstances of the depicted situation) leads to a more profound restructuring of personality and behaviour. This »explosion« (after *Makarenko)* is thereby not seen as the result of a momentary influencing of the psychotherapist. It is, on the contrary, thoroughly prepared with the phase activating the attitude towards recovery, in order that the therapist translates the idea of the sick person — »I can speak and I want to speak« — into a suggestion to which this one responds with the same auto-suggestion.

The main condition for the success of the session is the therapist's appeal to each patient's responsibility for the healing of the entire group. Each of them should be ready to step forward as the first and speak free of disorder. Not less important is the readiness of the public to support actively the efforts of the patients with their own emotional engagement. When the patient starts talking he can rely on the positive emotional relation with his therapist, the mem-

bers of his group, the whole public, so for the first time he can experience the feeling of being part of the world.

In this second phase of the treatment the principle of paradox rules is taken. It is in this extreme situation, which formerly produced incredible fear, that a radical change is achieved, the speaking without disorder. Here the final aim of the therapy is anticipated but it has to be worked for and be made durable in the following phases.

(3) This »prolonging« is done in the third phase, which starts with a 24-hours silence after the emotional stress-session. There the patients are invited to process their experiences in averbal, creative forms of expression. Various therapeutic methods are then applied: hypnotic and auto-suggestive methods, autogenous training and other techniques for relaxation, kinetotherapy, therapies of art including the singing and the librio-psychotherapy, and talks.

(4) The fourth phase of controlling and supporting therapy by exchange of letters, medical inquiries and meetings of former stutterers with future patients serves the stabilization of the regained »search-activity«.

For the evaluation of the efficiency of the logo-therapeutic approach the author finally emphasizes that the degree of consciousness on the features of their personality beyond the stuttering influences the verbal communication.

Literatur

Бехтерев В.М. Социальное наследие старого быта.–Вестник знания, 1927,№9,с.531–538.

Бодалев А.А. Восприятие и понимание человека человеком, М. 1982. –138с.

Васильева В.М., Воронин Л.Г., Некрасова Ю.Б. Некоторые данные о взаимоотношении речевого и ориентировочного рефлексов.– В кн.: Физиологические механизмы нарушений речи, Л., 1967, с.27–34.

Дубровский К.М. Методика директивного группового внушения.– В кн.: Психотерапия в курортологии. Киев.1966,с.233–235.

Некрасова Ю.Б. Сеанс психотерапевтического воздействия и некоторые психические состояния заикающихся.–Вопросы психологии, 1980,№5,с.32–40.

Ротенберг В.С.,Аршавский В.В. Поисковая активность и адаптация.–М.,1984,145 с.

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

Rosenzweig, S. (1945): The Picture-Association Method and its application in a study of reactions to frustration. In: J. Pers., V. 14

Adresse der Autorin:
Dr. Julia Borissovna Nekrasova
Trjochprudny per. d. 8 KV. 6
Moskau
UdSSR

Technological versus Psychodynamic Treatment of Impaired Stress Management**

Charles L. Sheridan (Kansas City)*

Der Autor diskutiert in diesem Beitrag ein Paradoxon der amerikanischen Streßforschung und -behandlung, die einerseits von der Erkenntnis ausgeht, daß Stressoren ihre Wirkung und Energie überwiegend aus unbewußten Reaktionen auf die Streßsituation beziehen, während andererseits kurzzeitige technologische Therapien für streßbezogene Erkrankungen sehr erfolgreich scheinen, die weder auf die Lösung unbewußter Konflikte im Sinne der klassischen Psychoanalyse noch auf die Behandlung gestörter Ich-Funktionen im Sinne der objektbezogenen Ich-Psychologie Kohuts und Kernbergs abzielen. Es sei zwar anerkannt, daß in den technologischen Therapien, die mit Unterstützung von biofeedback, progressiver Entspannung nach Jacobson und autogenem Training nach I.H. Schultz eine kognitive Neustrukturierung im Umgang mit Streß-Situationen vermitteln, auch Übertragungsbeziehungen und Verstärkungen der Verdrängungs- und Abwehrmechanismen spontan mitwirken — dies allein könne aber nicht den langandauernden Erfolg der technologischen Therapien erklären, die nach einer Studie von Sargent an der Menninger-Foundation bis zu fünf Jahren anhält. Der Autor führt aus, daß in solchen Anti-Streß-Programmen zusätzlich eine Reihe von psychologischen »Prothesen«, Stützen und Fertigkeiten vermittelt werden, die in der »konfliktfreien Sphäre des Ichs« nach Hartmann ihre Wirkung entfalten und pathologische Reaktionsketten in Streßsituationen unterbrechen können. Demgegenüber ist in psychodynamischen Langzeittherapien, die eine fundamentale Veränderung der körperlichen und seelischen Organisation der Persönlichkeit anstreben, ein spontaner und gesunder Umgang mit Streß erreichbar, der nicht auf antrainierten »Prothesen« beruht, sondern auf einer gesunden inneren und äußeren Homöostase der Persönlichkeit.

Many writers have commented on the vagueness of the concept of »stress«, so it is important that I begin this paper by explaining the concept of »impaired stress management«. I use the term »stress« to refer to events in the external and internal environment that require reaction on the part of the recipient in order to neutralize them toward homeostasis or to transform them to something positive. This process of neutralization and transformation is accomplished through the utilization of stress resistance resources (*Antonovsky* 1979), which include everything, whether in the organism or in the external environment, that can be of use in coping with stress. Thus, the concept of stress resistance resources includes such externals of the social environment as the family and the community as well as externals of the physical environment; in addition, internal resources such as healthy defense mechanisms, intelligence, farsightedness, and »hardy« attitudes are stress resistance resources. Thus this concept is more extensive than the more familiar one of »stress-coping mechanisms«, which is used to refer to individual psychological factors that influence one's reaction to stress.

»Impaired stress management« refers to many different kinds of limitation on the ability to neutralize or transform stress. These include those cases

* Prof., Ph.D., Professor of Psychology, Department of Psychology, University of Missouri, Kansas City, USA

** Vortrag gehalten auf dem 6. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP und XIX. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), 7-11. März 1988, Ludwig-Maximilians-Universität München

when a generally healthy person becomes excessively stressed and begins to show mental and physical signs of disturbance to those cases in which a more frail person reacts so strongly to even mild stressors that he or she develops major somatic and mental symptoms. But »impaired stress management« refers primarily to the kind of coping found in those who, when confronted by stressors, chronically fail to return to a homeostatic state, and/or strive toward homeostasis through means that are themselves very damaging. To a great extent, if not entirely, such impairments of stress management correspond to our ordinary sense of psychopathology. Inevitably the neurotic, borderline, and psychotic patient are poor stress managers. When confronted by one of life's inevitable stressors, they tend to respond with actions that exacerbate instead of neutralizing or transforming the original stressor or that create new intra- or extrapsychic stressors.

It has often been pointed out by psychodynamically sophisticated students of stress that the extreme and ineffectual responses to even mild stressors that here place under the rubric of »impaired stress management« occur not because of symbolic significances of that stressor. The stressor taps a pool of archaic, unconscious material, and that pool of material energizes the reactions to the stressor. The unconscious material may also, due to unrecognized wishes, play a central role in determining which course of action the person will take in response to the stressor. From the point of view of classical analysts, unconscious conflict finds expression in the present reaction to stress. From this point of view, improvements of stress management ought to take place only when these unconscious wishes and conflicts are brought to light and worked through.

More recently, theorists who focus on the central role of object relations and the development of the »self« have emphasized the importance of deficits in the development of psychic structures in interpreting the reactions of those patients with more severe impairments (e.g. *Kohut* 1971, 1977; *Masterson* 1981; *Kernberg*, 1982). Some of these theorists place little stock in the value of making the unconscious conscious and on the role of conflict in patients deemed to have impairments of the self. Instead they emphasize the need to provide a rather extensive set of »corrective emotional experiences« that permit the patient to internalize a more benevolent set of parental- and self-images (e.g. *Kohut* 1971, 1977). Despite this emphasis, there seems at the bottom to be considerable agreement that inner conflict plays a significant role in maladaptive reactions, and that those who have impairments of the self must face conflicts under the disadvantage of having less than fully developed psychic structures at their disposal (*Kernberg*, 1982). It would seem that resolution of conflict plays a highly significant role from both the classical psychoanalytic and the object relations point of view. In either of these views, rectification of the problems that result in impaired stress management should require a considerable amount of time during which the patient takes in new introjects, comes to recognize unconscious wishes and their role in maladaptive reac-

tions, and works through the conflicts in light of the new revelations stemming from therapy.

It is interesting to contrast this view of impaired stress management with those that seem to underly most stress-intervention programs today (at least in the United States). These programs are inevitably of short duration, and they place virtually no emphasis on disclosure of the meaning inherent in symptoms and maladaptive reactions. In most forms of stress management training, cognitive restructuring plays a key role. In cognitive restructuring a patient is taught to substitute adaptive for maladaptive »internalized sentences« or »self-statements«, is similarly taught to modify imagery in a more effective direction, and is taught to deploy attention in ways that minimize the impast of stressors. Another common feature of stress management programs is that some form of deep relaxation training is given. This is usually either a drastically modified, rapid version of *Jacobson's* Progressive Relaxation or an equally drastically modified version of *Schultz* and *Luthe's* Autogenic Training. It is important to be aware of what I have termed the »drastic modifications« of these methods. In the case of Progressive Relaxation, *Jacobson's* major emphasis ways on learning to cut off the commands from brain to skeletal muscle that produce such tension. In *Jacobson's* form, very few muscles were tensed, and these only a few times during a session. There was a great deal of time spent in passive relaxation. In modern stress management programs, so-called progressive relaxation is very active with the person fairly rapidly tensing and relaxing muscles from top to bottom or bottom to top of the body. There is actually little emphasis on discrimination of muscular tension (the procedure is much too rapid and confusing for that) or on passive relaxation.

Similarly, what is usually called »autogenic training« in stress management programs resembles the method of *Schultz* and *Luthe* mainly in the semantic similarity of the »phrases« or formulae, they suggest calm, relaxation, heaviness, and warmth. However, the autogenic phrases are given one after another, whereas the method of *Schultz* and *Luthe* entails few intentional formulae, and much more passivity. It is noteworthy that both the method of *Jacobson* and that of *Schultz* and *Luthe* have been modified in the direction of being far less passive. I have pointed out elsewhere that psychophysiological discharge phenomena, autogenic discharge, and other manifestations of the spontaneous welling up of unconscious material are much more likely to occur when the procedure involves inaction and passivity (*Sheridan* 1986).

Sometimes stress-management programs include biofeedback training. With biofeedback, the signals from the body are amplified and demonstrated to the patient in a form more blatant than that normally provided by the bodies natural systems of feedback. The concept behind biofeedback training is that, faced with the consequences of one's thoughts, images, etc. in the clear form provided by a biofeedback machine, many people will learn to stay away from maladaptive thoughts, images, and behaviours.

Nowhere in the typical stress management program is there any particular

emphasis on discovering the meaning of unconscious conflicts, or on the gradual taking in of more beneficial introjects. Though there is likely to be some increase in awareness of bodily and psychological reactions during such training, there is no systematic process of interpreting conflictual material; though there is modelling of healthier stress management, the therapy is short-term, and hardly allows time for any substantial restructuring of the self. It is paradoxical then, that there is a considerable body of evidence indicating that the kind of stress-management training described here is quite effective. In particular, there is evidence that it alleviates psychophysiological disorders such as migraine and tension headache, essential hypertension, and *Raynaud's* disease. There is even evidence of the usefullness of such training in hospitalized psychiatric patients. If unconscious conflicts and disorders of the self are the causes of impaired stress-management, how can we sure the problem without addressing either of these?

For those familiar with psychoanalytic literature, some obvious reasons for such cures come to mind. It is well known, for example, that »transference cures« take place. Symptoms can go away as a result of having an ongoing relationship with a parental substitute like the therapist. Such cures cannot be expected to outlast by much the period of relationship to that therapist. Thus, remissions are to be expected after termination of therapy. It seems unlikely, however, that the cures obtained in stress-management training are predominautly of this type, though such phenomena may play a role. The relationship of patient to therapist is generally quite short-term, and not conducive to the development of a full blown transference. Most important, however, is that home training in the virtual absence of a therapist is as effective as the usual therapist-based training. *Sargent* and his co-workers at the Menninger Foundation have done long term follow up on headache patients so treated and have found that the cures last for at least 5 years. Futhermore, they have assessed the impact of an »out of town« patient program in which the patient receives only a few days of training and then continues the work at home. They found this out of town program to be about as effective as their traditional »in town« program, in which there was much more contact with the therapist.

Another familiar concept under which such cures may fall is that of »covering therapy«. In covering therapy, no serious attempt is made to disclose to the patient any contents that are outside of awareness. Instead, the therapist augments the patients ego defenses, and thereby encourages more effective repression of unconscious contents. Hypnotic cures of a traditional kind are often of the covering type. It seems quite likely that such a process of covering plays an important part in stress management programs. Positive suggestions are routinely given in such programs, and often they are given while the patient is in a state of deep relaxation. When cognitive restructuring is used, the therapist provides suggestions that are more supportive that the patient's spontaneous mention, and encourages the patient to repeat these beneficial thoughts at crucial times. All of this closely resembles training in self-

hypnosis, and is definitely autosuggestion.

Anyone who has experience in working with stress-management will be skeptical that transference and covering cures are all that takes places in such training. Both types of cures tend to be of short duration, yet people clearly achieve long-lasting cures through such devices as biofeedback training. What else might be going on?

Earlier, I developed a conceptual framework for health related interventions, and showed that it corresponded to several related frameworks devised quite independently (*Sheridan* 1984a, 1984b). Thus, there appeared to be a consensus that these were the categories relevant to health. They include: 1. Situational factors (physical and social enivronments) 2. Ways of construing situations 3. Chemical substrates and 4. Brain programs (limbic and neocortical). Category 4 — limbic and neocortical brain programs — may well hold the key to what is happening in stress management. Psychoanalytic approaches emphasize changes in brain programs that are full of emotion and powerfully motivated — the limbic programs. But sometimes mere learning can produce a marked change in behavior. Much of this would be in what *Hartmann* (1958) has called the »conflict free sphere«. Learning can also result in changes in categories 1, 2, and 3. A very common pattern is that people learn something about the importance of stressors, and learn how to detect them, and they also learn to relax and avoid excessive stress, their mental and bodily »noise« level tends to be lowered, and they become increasingly sensitive to things in their environment that produce stress. Commonly they will begin to modify their environment, even if their stress management trainer does not suggest that.

Implicit in what I am saying are several conceptualizations of therapy that have not yet been discussed in this paper. For example, therapies are often »prosthetic«. They involve giving the patient some kind of inner or outer prop that makes it possible to deal better with stress. For example, the patient might be taught to notice 100 stressors per day and to do a brief relaxation exercise each time a stressor is noticed. This is *Stroebel's* »quieting response« training, and it works. Inwardly, the patient might be as reactive to stress as ever, but this little device disrupts the chain of events that creates a full blown stress reaction. Therapy is also sometimes »skill learning«. Patients often know very little about how to manage their minds and bodies in stress-reducing ways. With such methods as biofeedback they learn how to control important bodily processes that reduce the activity of such things as the sympathoadrenal system. Therapies may also help a person to develop more effective inner defenses and outer »mechanical« defenses. Through cognitive restructuring the patient may learn to have thoughts and images that would occur spontaneously to a healthier person. The patient may also learn to rearrange the home or work environment in ways that provide buffers against stress. All of this may take place in a therapeutic context that places little emphasis on modification of deep introjects or revelation and working through of uncon-

scious conflicts.

This is not to say that taking in new introjects or working through of unconscious conflicts is insignificant. In fact these things are highly significant. Though a patient may get rid of symptoms through therapies that leave these two factors largely untouched, that patient will always have to be vigilant and, through acts of will, apply what he or she has learned about neutralizing or transforming stress. The migraineur who learns to control migraines through autogenic-biofeedback training must watch out for key stressors and must do various relaxation and hand-warming exercises at the first sign of onset of a headache, or perhaps even well before that, during the early onset of stress. This can be accomplished with brief therapy, and at relatively little cost. But it will not produce the changes that take place through deeper therapy. With psychodynamic therapies it is possible to change the fundamental organization of the person's body-mind so that a new, healthier orientation to the world becomes spontaneous. This is why, for many people, it is worth the greater effort and expense.

Technologische versus psychodynamische Behandlung von beeinträchtigtem Umgang mit Streß

Charles L. Sheridan (Kansas City)

Der Autor versteht unter dem Konzept des »beeinträchtigten Streß-Managements« den Verlust der Fähigkeit einer Person, mit Ereignissen seiner inneren und äußeren Welt so umzugehen, daß Streß-Faktoren entweder in Richtung auf eine gesunde Homöostase neutralisiert werden oder kreativ in eine positive Richtung transformiert werden können. Von einer verminderten Widerstandsfähigkeit gegen Streß-Situationen sind insbesondere psychopathologisch reagierende Patienten mit neurotischen, psychotischen und Borderline-Erkrankung betroffen.

Psychodynamische Theorien des Stresses gehen davon aus, daß ein beeinträchtigtes Umgehen mit Streßsituationen nicht aus der eigenen Potenz der Stressoren resultiert, sondern aus der unbewußten symbolischen Bedeutung des Stressors. In der Streßsituation wird archaisches unbewußtes Material aktiviert, das die Reaktion auf den Streßauslöser energetisiert. Aus der Sicht klassischer Psychoanalytiker findet so ein unbewußter Konflikt Ausdruck in der Reaktion auf Streß, die Therapie zielt auf eine Bewußtmachung und Durcharbeitung des unbewußten Konfliktes. Der Autor zitiert *Kohut, Kernberg* und *Masterson* als Vertreter der objektbezogenen Ich-Psychologie, die weniger das Gewicht auf die Durcharbeitung unbewußter Konflikte legt, als vielmehr auf die Internalisierung korrigierender emotionaler Erfahrungen, um schwere Ich-Störungen zu behandeln, die der Unfähigkeit zugrundeliegen, auf Streßsi-

tuationen angemessen zu reagieren.

Gegenüber den psychodynamischen Langzeittherapien haben sich in den USA kurzzeitige technologische Anti-Streß-Therapien etabliert, deren nachhaltige Erfolge bei Migräne, Spannungskopfschmerzen und der *Raynaud'*schen Krankheit nicht zu übersehen sind. Diese »stress intervention programs« zielen durch entsprechende Trainings auf eine kognitive Neustrukturierung gegenüber Streßauslösern ab, wobei biofeedback und Entspannungsverfahren wie die Progressive Entspannung nach *Jacobson* und das Autogene Training nach *I.H. Schultz* mit autosuggestiven Formeln in modifizierter Form mit einbezogen werden. Nach einer Studie von *Sargent* an der Menninger-Foundation bleiben diese Anti-Streß-Programme bis zu 5 Jahren wirksam, auch wenn sie nach kurzer Anleitung überwiegend zu Hause durchgeführt werden.

Der Autor beschreibt das so entstandene Paradoxon, daß man einerseits von der Erkenntnis ausgeht, daß Stressoren ihre Wirkung und Energien überwiegend aus unbewußten Reaktionen beziehen, andererseits die technologischen Therapien sehr erfolgreich scheinen, die sich weder mit der Lösung unbewußter Konflikte noch mit der tiefgreifenden Behandlung gestörter Ich-Funktionen befassen. Auch wenn die spontane Mitwirkung einer positiven Übertragung auf den Trainer/Therapeuten und die »zudeckende« Wirkung einer Stärkung der Abwehrmechanismen in Betracht gezogen wird, reicht dies als Erklärung der Wirksamkeit der technologischen Therapien für den Autor nicht aus. Er diskutiert die Möglichkeit, daß hier in der »konfliktfreien Sphäre des Ichs« nach *Hartmann* Lernprozesse auf seelisch-körperlicher und kognitiver Ebene stattfinden, die den Patienten mit psychologischen »Prothesen«, Stützen und Fertigkeiten ausstatten, so daß eine bewußte Unterbrechung pathologischer Reaktionsketten möglich wird, die die volle Entwicklung einer unerwünschten Streßreaktion verhindert. Der Patient muß dabei streßauslösende Stimuli rechtzeitig erkennen und sie durch entsprechende programmierte Handlungen neutralisieren bzw. positiv transformieren.

Demgegenüber sieht der Autor den Vorteil und die Anziehungskraft psychodynamischer Langzeittherapien darin, daß durch eine fundamentale Veränderung der körperlich-seelischen Organisation der Persönlichkeit ein spontaner Umgang mit Streß und eine gesunde Homöostase der inneren und äußeren Welt des Patienten möglich wird.

Literature:

Antonovsky, A. (1979): Health, Stress, and Coping. (San Francisco: Jossey-Bass)
Hartmann, H. (1958): Ego Psychology and the Problem of Adaptation. (New York: International Universities Press)
Kernberg, O. (1982): Narcissism. In: *S.L. Gilman* (Ed.): Introducing Psychoanalytic Theory. (New York: Brunner/Mazel)
Kohut, H. (1971): The Analysis of the Self. (New York: International Universities Press)
— (1977): Restoration of the Self. (New York: International Universities Press)

Masterson, J. (1981): The Narcissistic and Borderline Disorders: An Integrated Developmental Approach. (New York: Brunner/Mazel)
Sheridan, C. (1984a): A multidimensional approach to biofeedback-based therapy I: Environments, sensations, and cognitive appraisals. In: American Journal of Clinical Biofeedback, 6, 46—64.
— (1984 b): A multidimensional approach to biofeedback-based therapy II: Chemical substrates and brain programms. In: American Journal of Clinical Biofeedback, 6, 118—130
— (1986): Psychophysiological discharge and muscular relaxation. In: Clinical Biofeedback and Health, 9, 48—55.

Author's adress:
Prof. Charles L. Sheridan, Ph. D.
Department of Psychology
University of Missouri
5100 Rockhill Road, Kansas City
Missouri 64110-2499, USA

Fokale Kurztherapie bei einem psychosomatisch erkrankten Kind — Kasuistik**

György Körmendy (Miskolc)*

Im Rahmen ihrer kinder- und familientherapeutischen Arbeit stellt die Autorin ihren Ansatz einer fokalen Kurztherapie dar, der in ein psychoanalytisches Entwicklungs- und Persönlichkeitskonzept eingebettet ist. Sie stützt sich vor allem auf die Konzepte von Ferenczi und Ammon. Das Bilden eines kindlichen Symptoms, sei es psychosomatischer oder psychischer Art, sieht sie als Kompromißlösung an, wenn das Kind aus dem Kommunikations- und Beziehungsfeld ausgeschlossen wird und ein vorwiegend destruktives sozialenergetisches Feld vorherrscht.
In ihrer ausführlichen Kasuistik erläutert die Autorin ihr familientherapeutisches Arbeiten anhand von Familienzeichnungen bei einem 10jährigen psychosomatischen Kind und konnte aufzeigen, wie innerhalb einer kurzen Zeitspanne es möglich war, das Kind als Symptomträger der Familie zu entlasten, indem der Kernkonflikt — nämlich die mangelnde Kommunikation und Beziehung untereinander aufgrund von Identitätsdefiziten der Eltern — sichtbar gemacht und aktiv mit der gesamten Familiengruppe gearbeitet werden konnte.

Miscolc ist die zweitgrößte Stadt von Ungarn, der Geburtsort von *Sándor Ferenczi.* Sie ist eine Industrie- und Handelsstadt mit einer technischen Universität. Die Zahl der Einwohner beträgt mit dem zugehörigen Komitát über eine halbe Million. Ich arbeite hier, als einzige Kinderpsychotherapeutin, seit 1959, jetzt schon mit einigen jungen Mitarbeitern, Ärzten, Psychologen, Pädagogen. Es ist für mich das Ziel, mit einer wirksamen Therapiemethode zu arbeiten. Zuerst möchte ich über diese Methode berichten.

I. Die Methode

Das Kind spielt, baut kleine Häuser. Es zeichnet die Realität, aber auch die Welt seiner Phantasien. Es übernimmt die Rollen der Erwachsenen und während dieser Tätigkeit nimmt es Beziehungen auf. Es nutzt die eigene Sprache, die keine Rede, sondern etwas Früheres, Urtümliches ist.

Schon als Neugeborenes tritt es in einen »Dialog« (*René Spitz* 1976). Es weint mit dem ganzen Körper, wenn es ihm nicht gut geht. Es empfindet die Gefühle, die ihm die Mutter entgegenbringt und reagiert darauf. Schon sein erstes Lächeln ist eine Kommunikation, welche die Mutter in ihrer Identität bestätigt, und ihr im Umgang mit dem Kinde Sicherheit gibt. Und aus den Reaktionen der Mutter lernt das Kind, die Mutter zu beeinflussen.

Diese kommunikative Gemeinschaft mit ihrem Kinde, das Sich-Verstehen durch Zeichen und Andeutungen, ist ein großartiges Erlebnis für die Mutter

* Dr. phil, Psychotherapeutin, Klinische Kinderpsychologin, Leiterin der Familientherapeutischen Werkstatt, Miskolc, Ungarn

** Vortrag gehalten auf dem 6. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP / XIX. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), 7.—11. März 1988, Ludwig-Maximilians-Universität München

und eine Quelle der Freude für die ganze Familie. Das hält aber nur an, bis das Kind die ersten Wörter bildet. Nun beginnt eine neue Periode der Beziehungen zwischen Kind und Familie. Die Eltern, denen unsere modernen Erziehungsbücher gelehrt haben, daß sie schon mit dem Neugeborenen plaudern »müssen«, sprechen zunehmend mit dem Kind über alles. Wenn das Kind seine ersten Schritte macht, wollen es die Erwachsenen stets dirigieren, damit es sich nicht »ungeschickt« verhält.

Im Kindergarten kann man noch »zeigen« oder »zeichnen«, in der Schule darf man nur »schön sprechen«, in Worten, die für Kinder wenig verständlich sind und nacheinander gesprochen werden. So wird im alltäglichen Leben das Weinen seltener, das gemeinsame Spielen hört allmählich auf, die Augenblicke der Intimität schwinden. Man versucht, das Kind oft durch Worte zu erziehen, deren logischen Sinn es aber bis in das Pubertätsalter kaum verstehen kann. Die von *Sándor Ferenczi* beschriebene »Sprachverwirrung zwischen dem Erwachsenen und dem Kinde — Die Sprache der Zärtlichkeit und der Leidenschaft« (1964) berührt beim heutigen Stand der Kenntnisse nicht nur diese Bereiche. Sie wird in der Kommunikationstheorie als eine allgemeine Beziehungsstörung gewertet.

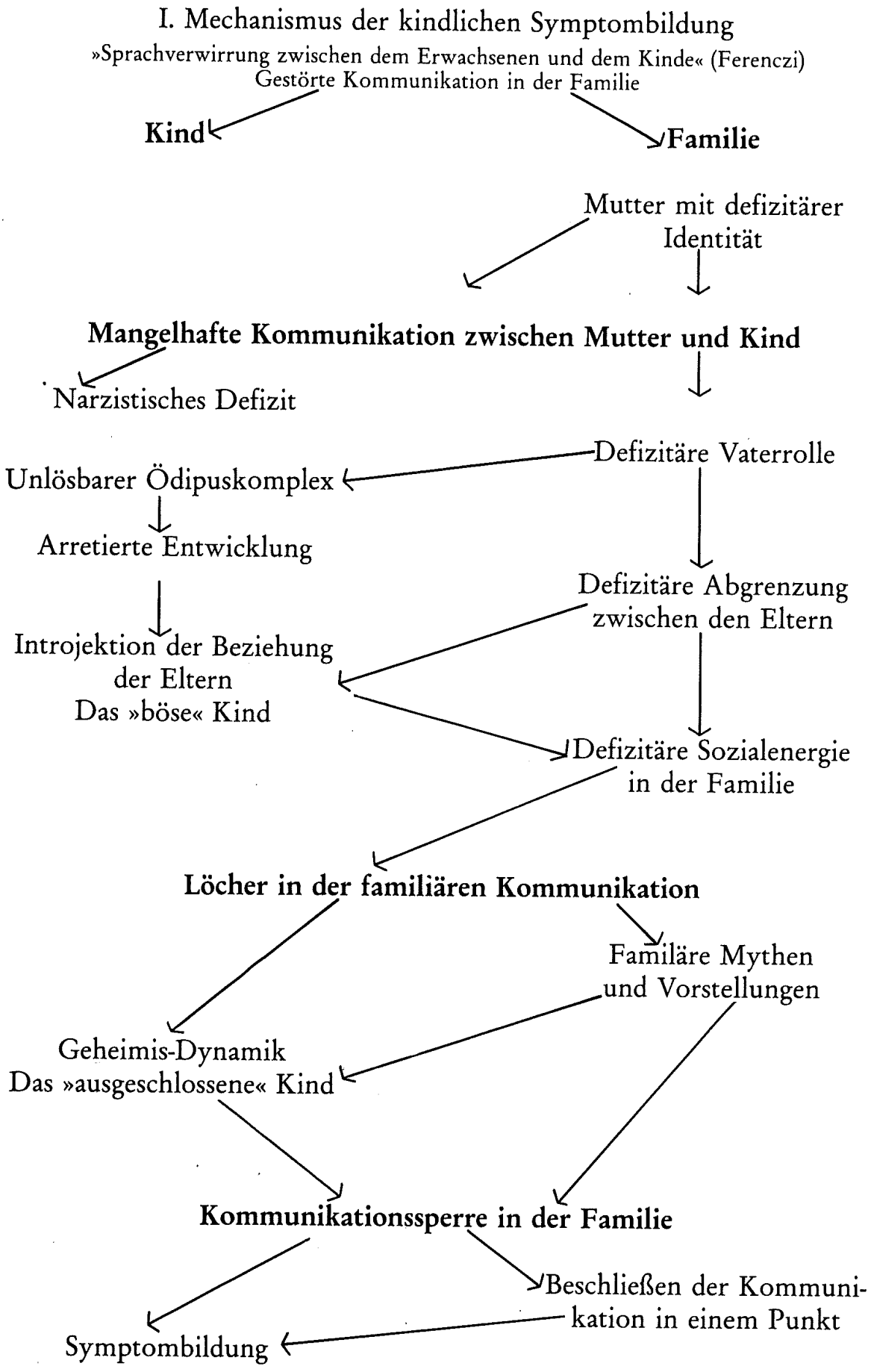
Auf der einen Seite steht die kongruente Metakommunikation, die Bedeutung der Empathie und des Nonverbalen, auf der anderen Seite Verbalität und Rationalität. Wir können sagen, daß bei Kindern die Funktion der rechten Hemisphäre überwiegt, während beim Erwachsenen der Akzent auf der Tätigkeit der linken Hirnhemisphäre liegt. So ist ein Kind unfähig, die Kommunikation nach den Gesetzen der Logik des Erwachsenen zu erfassen. Wenn sich in der Familie interpersonelle Spannungen verstärken, erhöht sich das Niveau des Verbalen. Worte bringen keine Beruhigung, sie steigern eher die Distanz der Gesprächspartner voneinander. Das erschwert zusätzlich die Situation des Kindes.

Im folgenden möchte ich das Modell der kindlichen Symptombildung darstellen (Abb. 1). Ist die Identität der Mutter defizitär entwickelt, wird auch ihre Liebesfähigkeit dem Kind gegenüber defizitär ausgeprägt sein. Die erste Kommunikation zwischen Mutter und Kind bleibt mangelhaft. Wegen des narzißtischen Defizits der Mutter gelingt es dem Kind nicht, aus der Symbiose mit der Mutter herauszutreten.

Wenn die Identiät des Vaters ebenso defizitär entwickelt ist, kann das Kind keine reale Objektbeziehung und damit keine kongruente Kommunikationsmöglichkeit für sich selbst finden. Es wehrt die Spannung des Ödipuskomplexes ab und es entsteht eine arretierte Entwicklung. Wegen der defizitären Abgrenzung der Eltern kann das Kind keine persönliche Identifizierung mit ihnen bilden. Wegen des Mangels an persönlicher Distanz identifiziert das Kind sich mit der elterlichen Beziehung, die ambivalent ist. Es nimmt so die Last der Familie auf sich, indem es sich für ein »böses« Kind hält.

»Kinder haben den Zwang«, sagt *Ferenczi,* »alle Art Unordnung in der Familie zu schlichten, sozusagen die Last aller anderen auf ihre zarten Schultern zu

Abb. 1. Modell zur fokalen kinder-bezogenen Familientherapie



bürden, natürlich zu guter Letzt nicht aus reiner Selbstlosigkeit, sondern um die verlorene Ruhe und die dazugehörige Zärtlichkeit wieder genießen zu können.« Das Kind kann durch sein Opfer keine Ruhe in die Familie bringen. Die Spannung wird immer unerträglicher, bis schließlich die Kommunikation in einer anhaltenden Beziehungsstörung endet. Es entsteht ein »schwarzes Loch« im Familiensystem, das vom Kind als ein Geheimnis um familiäre Mythen erlebt wird, die ihm nicht zugänglich sind. Die Kernaussage der von *Mérei* und *Binet* (1980) beschriebenen »verborgenen Gefühlsvernachlässigung« lautet: Das Ausgestoßensein aus der familiären Kommunikation, das Erleben von Verlust oder Bedrohung seiner Zugehörigkeit.

Unter diesen Umständen geschieht plötzlich etwas. Ein kleiner Fehler zu Hause oder in der Schule, eine Krankheit oder eine Frustration in der Arbeit. Die familiäre Abwehr verhindert die Kommunikation an diesem Punkt. Man kann nicht weitergehen. Das Kind, das keinen anderen Ausweg hat, bekommt eine organische, psychosomatische oder eine psychische Erkrankung. Das Symptom des Kindes ist ein Alarmsignal der Familie. Beim Bemühen, die Ursache aufzudecken und zu verstehen, hilft uns das Kind mit seiner Empathie und seiner symbolischen Ausdrucksweise. Aus der kindlichen Seele können wir in die Welt menschlicher Beziehungen eindringen, und wir arbeiten nicht mehr in der Seele des Kindes, sondern in den interpersonalen Beziehungen der Familie. Darum habe ich vor 15 Jahren diese Methode »Relationsanalyse« genannt (Abb. 2).

Das Kind kann diese Beziehungen symbolisch, im Spiel, im Zeichnen und Verhalten für uns so ausdrücken, wie sie mit Worten bisher nicht so genau definiert werden können. So war die Familienzeichnung schon seit Jahrzehnten eine wirksame Methode, um die Bedürfnisse eines Kindes zu erkennen. Das Zeichnen ist eine Sprache des Kindes. Diese Tatsache wurde von *Winnicott* (1976) mit der Methode seines »Schnörkelspiels« im Kontakt zwischen dem Kind und seinem Therapeuten genutzt. *Kos* und *Biermann* (1972) haben mit der »Verzauberten Familie«, einem tiefenpsychologischen Zeichentest, eine Ergänzung geschaffen. Sie lassen das Kind eine Familie zeichnen, wobei es unbewußt die eigene Familie zeichnet.

Wie schon *Flury* (1954) empfohlen hat, lassen wir das Kind immer die eigene Familie zeichnen. Das hat unserer Meinung nach den Vorteil, daß das Kind, das sich aus der familiären Kommunikation ausgeschlossen fühlt, nun eine bedeutende Rolle bekommt, indem es über seine Familie wichtige Dinge aussprechen kann. Das »böse Kind«, dessen gestörtes Verhalten das ganze erzieherische Bemühen der Familie in Frage stellt, kann nunmehr die Familie in kreativer Weise charakterisieren.

Wir zitieren wieder *Ferenczi*: »Die Angst vor den hemmungslosen, also gleichsam verrückten Erwachsenen macht das Kind sozusagen zum Psychiater, und um das zu werden und sich vor den Gefahren seitens Personen ohne Selbstkontrolle zu schützen, muß es sich mit ihnen zunächst vollkommen zu identifizieren wissen. Es ist sicher unglaublich, wieviel wir von unseren ge-

Abb. 2 Modell zur fokalen kinder-bezogenen Familientherapie

lehrten Kindern, den Neurotikern, wirklich lernen können.« So . . . gibt das Kind seine Patientenrolle auf und wird zum Psychotherapeuten seiner Umwelt«, wie es ein moderner Analytiker ausgedrückt hat.

In der »Verzauberten Familie« erscheint dieser Prozeß folgendermaßen: Hinter den vom Kind verzauberten Familienmitgliedern schwebt die Figur des Zauberers, als ein Wirkungsfaktor der Therapie. Diese Figur ist symbolisch, sie kann verschiedene Deutungen erhalten: Sie kann das Kind selbst oder den Therapeuten verkörpern, eventuell eine Märchenfigur oder Widerspiegelung der modernen Technik in der Phantasie des Kindes und vieles andere, wie *Kos* und *Biermann* schon festgestellt haben. Der Zauberer kann auch vom Zeichner weggelassen werden. In diesem Fall gibt es dem Kind selbst eine Zauberkraft, damit die Verzauberung zustande kommt.

V. Kries weist darauf hin, daß die Symbolbildung selbst eine kreative Leistung und ein Vorgang der Lösung eines Konfliktes ist. Dieser Konflikt wird auf dem Niveau des Primärprozesses abstrahiert und führt zu affektnahen, vorsprachlichen Begriffen. Der Zauberer, als Symbolfigur, die zwei Therapeuten, die sich mit dem Kind und der Familie beschäftigen, stellen mit den Familienmitgliedern zusammen den symbolischen Raum einer erweiterten Familie dar. In diesem Model eines »erweiterten« Familienheimes, in dem auch die Eltern Sicherheit und Geborgenheit genießen, kann die Konfrontation mit dem vom Kind formulierten Fokus des neurotischen Geschehens stattfinden und die Trennungsarbeit durchgeführt werden, indem nunmehr die Kommunikation wiederhergestellt ist.

Die weiteren Schritte erfolgen hauptsächlich auf nonverbalem und metakommunikativem Wege. Die Behandlungsmethode zweier Therapeuten — des leitenden Therapeuten für die beratenden Elterngespräche und des Spieltherapeuten für das Kind (in zwei Räumen) — die Möglichkeit zur Bewegung während der Behandlungsstunden, die verschiedenen Aufgaben für die einzelnen Familienmitglieder wie für die ganze Familie, entsprechend dem logischen Verständnis des Kindes, — dies alles sind strategische Überlegungen zur Beschleunigung des therapeutischen Prozesses. Alle weiteren Aktionen, z.B. Veränderungen im Schulbereich oder im Tagesablauf, das Anschaffen eines neuen Spielzeuges, das Anfertigen eines Geschenkes, ein Ausflug im Familienkreis, stehen im Zeichen der handelnden und operativen Kommunikation. Diese Aktionen erhalten zugleich im symbolischen Raum ihren Sinn. In der Behandlung wirken sich diese symbolischen Aktionen rückkoppelnd positiv auf den Therapieverlauf aus. Es entsteht in der Familie ein konstruktives Sozialenergiefeld. Das Symptom verliert seine Funktion. Im Leben der Familie erscheint die Dimension der Zukunft.

Das Wesen dieser Methode habe ich zuerst im Jahre 1969 anläßlich einer Konferenz für Nervenärzte in Miskolc dargelegt. Meine Vorlesung basierte auf einer Katamnese-Erhebung von 100 Fällen. Damals stellte ich fest: Wenn man in der Kinderpsychotherapie die Konflikte schnell in Ordnung bringen will, sollte man in allen Fällen eine Familientherapie durchführen.

Der Zweck der Therapie und die Katamnese-Erhebung wurden damals in drei Kriterien formuliert: 1.) Verschwinden oder wenigstens Milderung der Symptome 2.) Verbesserung des Erziehungszustandes in der Familie 3.) Einige kreative Schritte des Kindes beim Lernen, im Sport oder im Hobby. Die Behandlung war in über 80% erfolgreich, die für einen Fall verwendete Zeit betrug ungefähr 10 therapeutische Stunden. Diese Ergebnisse und die damals bekanntgegebene Methode blieben zu jener Zeit ohne Anklang.

Als ich die Methode der »Verzauberten Familie« von *Kos* und *Biermann* (1972) kennengelernt und ständig angewandt hatte, konnte ich mit noch mehr Sicherheit arbeiten. Der Begriff der Sozialenergie von *Ammon* brachte in meine Methodik eine neue Schau. Der Erziehungszustand des Kindes, systemtheoretisch gesehen, steht in einem engen Zusammenhang mit der Qualität des sozialenergetischen Feldes in der Familie. Der Therapeut tritt in die Familie ein und arbeitet wie ein Katalysator mit energetischen Prozessen. Dies ist auch bei Kinga und ihrer Familie geschehen.

II. Die Fallgeschichte

Die zehnjährige Kinga klagte über psychosomatische Beschwerden, wie Herzklopfen, Leibschmerzen und ständiges Erbrechen. Die Beschwerden haben in letzter Zeit zugenommen. Direkte Ursache der Symptomatik: Vor drei Monaten wurde die Mutter wegen Gallenbeschwerden für drei Monate in ein Krankenhaus aufgenommen. Das Mädchen mußte sie bei der Hausarbeit vertreten.

Das Familienbild von Kinga besteht aus den Eltern und einer Tochter, die sie selbst darstellt. Zwischen dem Mädchen und seinen Eltern stehen lauter Möbel. Es gibt hier keine Schwester, »sie hat vergessen«, sie darzustellen (Abb. 3).

In der »verzauberten Familie« wurden alle Familienmitglieder in Tiere verzaubert (Abb. 4). Der Vater steht rechts, er ist ein großer Teddybär. Er ist aber nicht freundlich, sagt das Mädchen dazu. »Warum ist er so groß?« frage ich. »Wissen Sie, er kauft mir keinen Teddy, aber ich möchte ja einen haben, beim Einschlafen«, so lautet die Antwort.

Neben ihm ist ein kleines Eichhörnchen. »Ist es die Mutti?« »Jawohl, dieses Eichhörnchen ist klein, aber kann kraftvoll kauen und es springt hin und her auf dem Baum.« Die Schwester wird hier zwischen den Bäumen, in der Mitte, als ein Schmetterling gezeichnet. Sie ist durch die Bäume beiderseits von allen anderen abgetrennt. »Wie kann dieser Schmetterling fliegen?« frage ich nachdenklich, da die Kinderzeichnungen in diesem Alter nur zwei Dimensionen haben. »Na, sie fliegt nicht«, sagt sie ruhig. Ich frage weiter: »Vielleicht bist du böse auf Edina?« »Wissen Sie, Edina ist keine wirkliche Schwester«, flüstert das Kind und wirkt erleichtert.

In der Zeichnung geht sie selbst als ein vierschrötiger Hase ihren eigenen Weg. »Wohin will dieses Häschen?« »Es will auf dem Feld Gras fressen«, antwortet Kinga. Ein Hase ist immer ein Angstsymbol und es kommt im allge-

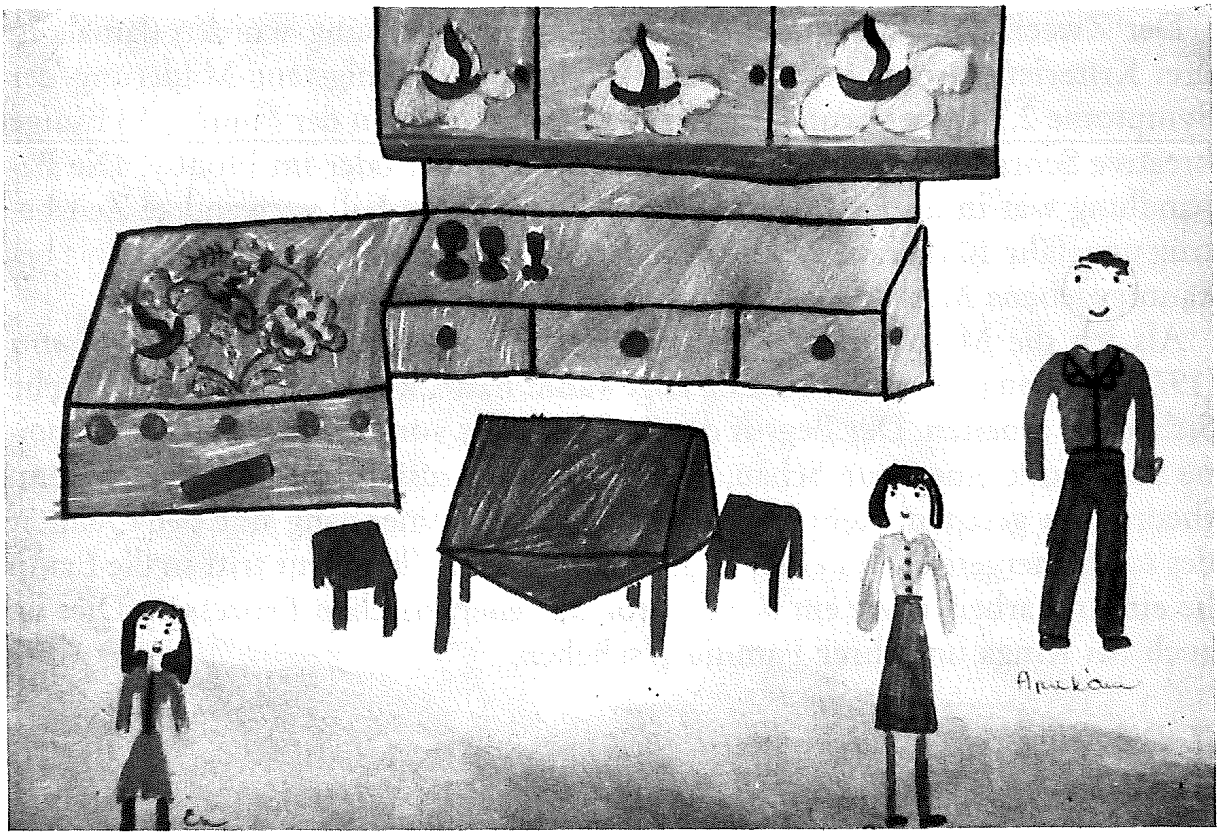


Abb. 3: Familienbild

Abb. 4: Die »verzauberte Familie«

meinen bei psychosomatischen Störungen vor, sagen *Kos* und *Biermann* laut einer Computerauswertung von 1 200 Fällen. Das Kind möchte aus der angsterregenden und beinahe fremden Familie, die von ihm bereits mehrmals getrennt ist, heraustreten. Wohin aber kann dieses Kind flüchten? Die Kinder sind immer an ihre Familie gebunden bis zum Erwachsenenalter. Seine Lebensbedingungen und eine fortschreitende krankmachende Symbiose, welche in dem Verhältnis zwischen den Figuren und in den Tiersymbolen sichtbar werden, fesselt das Kind an die Familie.

Laut der Mitteilung der Mutter wurde Kinga rechtzeitig durch Kaiserschnitt (mit 5 000 Gramm) geboren. Sie wurde nur zwei Monate lang gestillt. Die Entwicklung bis zum Schulalter war ungestört. Sie lernt gut. Der ärztliche Befund bei der Aufnahme beschreibt sie als ein altersgemäß gut entwickeltes, ein bißchen dickes Mädchen. Die EEG-Untersuchungen und die anderen ärztlichen Befunde zeigen keine Auffälligkeiten.

In der Beschäftigungstherapie der Kinderstation übernimmt Kinga die Rolle einer bösen Hexe. Sie erhält aber sofort von der Pädagogin eine reale Rolle: Sie soll das Spielen überwachen und nach den Beschäftigungen das Aufräumen leiten. Inzwischen macht die Pädagogin mit Kinga den Test des Erziehungszustandes, welcher aus einer bestimmten Fragenanordnung besteht. Die Fragen werden so beantwortet: »Ich bin ein schlimmes Kind. Aber in der Schule bin ich etwas braver. Ich habe eine Schwester, sie heißt Edina. Auch sie ist nur ein wenig brav.« Auf eine weitere Frage charakterisiert sie die Erwachsenen: »Die Mutter zankt viel. Der Vati auch, aber sie prügeln uns nicht. Die Großmutter und der Großvater wohnen nicht in Miskolc.«

Aus der Exploration der Mutter haben wir erfahren, daß sie 35 Jahre alt ist und in einem Lebensmittelgeschäft als Vize-Chefin arbeitet. Die Ehe wurde vor 17 Jahren geschlossen. Sie war damals bereits eine Waise. Außer ihrem Ehemann hat sie niemanden. Das Problem für sie ist, daß er »kein echter Mann« ist. Er macht erst dann Annäherungsversuche, wenn sie als erste initiiert. Es war immer so, auch in der Hochzeitsnacht. Acht Schwangerschaften endeten mit Aborten. Sie bewegte den Mann dazu, ein Kind zu adoptieren. So kam Edina in die Familie, die jetzt 11 Jahre alt ist. Bei der Adoption war sie ein Jahr alt. Die Mutter blieb mit ihr zu Hause und lebte nur für das Kind.

In dieser Zeit wurde Kinga empfangen. Die unerwartete Schwangerschaft war für sie eine unangenehme Überraschung. Das Baby, Kinga, ist gesund zur Welt gekommen. Mit diesem Kind blieb die Mutter jedoch nur bis zu seinem ersten Lebensjahr zu Hause. Danach gingen die beiden Kinder in die Kinderkrippe.

In den letzten Jahren fühlte sich die Mutter immer müde. Im Sommer war sie im Hospital, es ist möglich, daß eine Gallenoperation folgt. Sie bekommt im Haushalt nur von Kinga Hilfe. Kinga ist jedoch der Hausarbeit sehr oft überdrüssig. Es ist günstig, daß Kinga sich mit Edina beschäftigt und zwar von Beginn des Schulalters an. Edina und Kinga gehen in dieselbe Klasse; zwar ist Edina die ältere, aber sie hat mindere Begabungen.

Zum Schluß bittet mich die Mutter, nicht mit den Kindern über die Adoption zu sprechen. »Der Mann hat das streng verboten. Die Mädchen dürften nichts davon wissen.«

Die Exploration des Vaters ist reich an bedeutungsvollen nonverbalen Elementen. Auf die Frage, wie er die Situation von Kinga und seiner Schwester sieht, wird sein Gesicht von Angst und Entsetzen starr, und er sagt mit gedämpfter Stimme: »Ich glaube, dieses Kind stammt nicht von mir.« Nachdem ich nicht reagiere, entspannt er sich langsam und beginnt, über die Gattin zu schimpfen wegen der Mängel in der Hausarbeit und in der Ordnung. »Wenn ich nach Hause komme, muß ich immer zuerst aufräumen, wenn ich fernsehen will«, sagt er.

Wir haben das gemeinsame Spielen von Kinga und Edina beobachtet. Kinga ist immer die Leiterin des Spiels und Edina läßt sie. Der Intelligenzquotient von Edina beträgt 71.

Nach der Entlassung von Kinga aus der Kinderstation haben wir mit der Mutter im voraus drei familientherapeutische Sitzungen verabredet. Es sind vier Sitzungen und eine Kontrollsitzung zustandegekommen. Bei diesen Sitzungen gab es eine gemeinsame Besprechung, eine Spielstunde und ein Elterngespräch, und die Familie erhielt immer eine oder mehrere Aufgaben.

Die Sitzungen ergaben folgendes: In der ersten Sitzung haben wir den Zweck der Therapie folgendermaßen formuliert. Hier in dieser Familie ist niemand »brav« — und es gibt solche gegenseitigen Erwartungen, die nicht erfüllbar sind. Wir wollen verwirklichen, daß Kinga und jeder in der Familie »brav« werden. Den Eltern wurde mitgeteilt, daß die Kinder alles über die Adoption wissen. Die Kinder spielten mit Teddybären, die gelullt werden. Die Aufgabe ist die Verteilung der Pflichten in der Hausarbeit an alle.

In die zweite Sitzung kommt die Familie mit guten Nachrichten. Die Klagen bei Kinga hören auf. Wir sprechen über die Möglichkeit, die beiden Töchter in der Schule voneinander zu trennen. Im Spiel kommen die Krankenhaus- und Schulerlebnisse vor. Die gemeinsame Aufgabe ist, mit dem Schuldirektor und dem Klassenleiter der Kinder zu sprechen, um für die Trennung der beiden Kinder eine Lösung zu finden.

Die dritte Sitzung ist von einer großen Spannung geprägt. Die Eifersuchtsprobleme des Mannes kommen zur Sprache. Die Auflösung wird von der Frau gebracht. Sie sagt ganz ruhig: »Siehst du, daß dieses Kind dir ähnelt — es ist dir ganz ähnlich!« und gibt ihm einen Kuß. Danach wurde das andere Geheimnis, die Adoption, gemeinsam mit den Kindern besprochen. Kinga wird in eine Spezialklasse gehen, wo es einen intensiven Sprachunterricht gibt. Die Aufgabe des Vaters, der die russische Sprache beherrscht, ist es, Kinga beim Lernen der Sprache zu helfen. Auch Edina bekommt eine Aufgabe, nämlich alleine das Lernen zu versuchen sowie der Mutter in der Hausarbeit zu helfen.

Die vierte Sitzung findet bereits in einer positiven Atmosphäre statt. »Alle Kinder und alle Erwachsenen sind brav«, sagen sie, d.h. jeder kennt seine Aufgabe und führt sie durch. Damit nehmen wir Abschied.

Zu der Kontrollsitzung kommt die Familie erst nach vielen Telefonbesprechungen. Sie alle sind froh. Dies zeigt sich u.a. dadurch, daß die Mädchen schöne Pullover in verschiedenen Farben und Formen tragen, die inzwischen für sie gekauft wurden. Der nächste Plan der Familie ist, zu Ostern zur Großmutter in ein Dorf zu fahren. Dort werden die Mädchen wahrscheinlich schöne Geschenke bekommen und werden von Jungen mit parfümiertem Wasser bespritzt werden nach einem alten ungarischen Volksbrauch.

III. Diskussion

Die Eltern der beiden Mädchen können weder miteinander noch ohne einander leben aufgrund der defizitären, symbiotischen Identität der Mutter und der Persönlichkeitsstörung des Vaters. Die defizitäre und ambivalente Beziehung symbolisieren die acht Aborte der Mutter, die Stabilität der Ehe wird dadurch noch weiter geschwächt. Die Mutter möchte dieses Verhältnis mit einer Adoption stabilisieren und in einem Kind einen »Ersatzpartner« bekommen. Edina wird im Alter von einem Jahr adoptiert. Alles scheint gerettet zu sein, das Paradoxon der Adoption rettet und sanktioniert die Situation: das Ehepaar hat kein Kind und hat doch ein Kind.

Die gefährdete Homöostase wird wieder hergestellt, aber nicht für lange. Plötzlich kommt ein leibliches Kind, völlig unerwartet. Es löst keine echte Freude aus, die Belastung wird nur noch größer. Die Abwehrmechanismen des Vaters lähmen die ganze Familie. Er verbietet, über die Tatsache der Adoption zu sprechen. Um das familiäre Geheimnis wird ein Bollwerk gebaut.

Als die beiden Kinder in die Schule gehen, wird das schwache Gleichgewicht der Familie noch unsicherer. Neben der begabten Kinga gilt Edina als jemand, der vor anderen versteckt werden muß. In dieser Aktion soll Kinga Helfershelfer sein, ohne eine Eingeweihte sein zu können. Kinga ist auch zu Hause belastet. Sie muß immer mit Edina lernen und im Haushalt helfen. Die Mutter hält sie für das eigene verlängerte Selbst in einer verlängerten Symbiose. So erleidet das Kind eine schwere narzißtische Schädigung. Auf den unlösbaren Ödipuskomplex weist Kinga selbst hin, als sie ihren unerfüllten Wunsch nach einem Teddybären (nämlich dem Vater) ausspricht. In dem Kommunikationsverbot aber muß sie sich auch mit dem Vater als Angreifer identifizieren. So wird sie ein »böses« Kind.

Kinga kann sich weder zur Mutter noch zum Vater mit offenem Herzen nähern. Sie kennt bereits das Geheimnis, aber sie behütet es. Sie weiß nämlich, daß das familäre Geheimnis zu behüten ist.

Das Geschwisterpaar wird auch von den Schulkameraden isoliert. Kinga klagt über körperliche Beschwerden vom Beginn des Schuljahres an, welche sich in den letzten Monaten noch verstärkt haben. In den psychosomatischen Beschwerden manifestiert sich ihre destruktive Aggression gegen sich selbst.

Imre Hermann (1943) stellt fest, daß die Geheimnisse, wenn man sie loswerden möchte, mehrmals Brechreiz und Erbrechen verursachen würden. Meines

Erachtens sind diese Symptome Anzeichen des symbiotischen Konfliktes mit der Mutter. Als die Mutter in das Krankenhaus aufgenommen wird, werden die seelischen und somatischen Belastungen und Spannungen vom Kind mittels Identifizierung mit der Mutter und deren Beschwerden abgewehrt.

Als Kinga später in die Kinderstation aufgenommen wird, erfährt sie eine Entlastung. Sie soll sich hier nicht mit Hausarbeit und mit der Schwester beschäftigen und die Mutter kopieren, sondern erhält sofort eine andere ihr entsprechende Rolle. Die ersten Schritte der nachholenden Ich-Entwicklung kommen in Gang.

In den Zeichnungen und hauptsächlich mit der »Zauberei« demonstriert Kinga den familiären Konflikt und leitet darüber die Kommunikation ein. Die Familiendynamik war bisher den Kindern verschlossen, jetzt wird sie zum Zentrum. Ihre Beziehung hat bisher die symbiotische Beziehung der Eltern kopiert. Mit Beginn der selbständigen Identitätsentwicklung von Kinga und des Entwickelns ihres Selbstwertgefühls erkennen auch die Eltern ihre eigene Dynamik in der Familie. Am Anfang der Therapie sind sie noch passiv, aber die kreative Lösung des Schulproblems, nämlich die Aufteilung der beiden Kinder in verschiedene Schulklassen, aktiviert auch die Eltern. Sie übernehmen gemeinsame Aufgaben in der Tagesordnung und Hausarbeit und enthüllen das bisher unberührbare Familien-Geheimnis. Sie beginnen, sich zunehmend mit mehr Realität wahrzunehmen und sich entsprechend zu verhalten.

Das Familienleben hatte bisher keine Zukunftsperspektive. Im Laufe des Therapieprozesses sind wir mit der Familie gemeinsam in die Vergangenheit zurückgegangen und jetzt fängt die Familie an, sich eine Zukunft zu bauen mit kleinen, aber wichtigen Plänen.

Ich möchte meinen Dank an Herrn Professor Dr. Gerd Biermann, Kinderarzt und Psychotherapeut in München, an Frau Livia Nemes, Psychoanalytikerin in Budapest, für die große Hilfe bei meiner Arbeit aussprechen. Hauptsächlich möchte ich mich für die Unterstützung durch Herrn Dr. Günter Ammon, Frau Dipl. Psych. Ilse Burbiel, leitende Psychologin der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige München, und allen Mitarbeitern bedanken.

Focal Short-Term Therapy with a Psychosomatic Child — a Case Study

Györgyi Körmendy (Miskolc)

The author describes the development of the symbiosis between mother and child during the early childhood and states that a clear and genuine communication is necessary for a healthy step out of this symbiosis. If this step is not possible for the child it will internalize an ambivalent parental attitude through identification. By this the family's burden is imposed on the child which considers itself as a »bad child«.

Körmendy cites *Ferenczi* who states that the child has the tendency to bal-

ance the tensions within the family for the purpose to gain the lost harmony and and tenderness. Since the child has no success in this attempt, the tensions increase and become unbearable and at the end there will be a continuous disturbance of relations. No genuine communication will take place any more and the child feels itself neglected and excluded. The experience of loss and neclect leads to a compromise solution, namely to the symptom formation of the child — either organically, psychosomatically or psychically.

The child's symptom means a alarm signal within the whole family and the symptom behaviour can give access to the interpersonal relations within the family. Therefore the author calls her method »relation analysis«.

The family drawing is considered by her as an effective method to find out the child's needs as well as to make visible the relations among the family members. Drawing is the language of the child; *Winnicott* has used this fact for his method of the socalled doodle-play in the contact between child and therapist. *Kos* and *Biermann* created a supplementation by a depth psychological drawing test, the socalled »enchanted familiy«, which the author uses in her therapeutic work.

The child which is feeling excluded of the family communication is getting now the position to give important messages about its family. The child is able to give up his role as a patient and as a »bad child« and is acting as »psychotherapist of his surroundings«. In the drawing-test the figure of the magician means an important effectivity factor in the therapeutic process. With the help of the magician the child is able to perform itself, the therapist, a fairy-tale's figure and many others, or the child can waive this figure.

The family is extended by two therapists, that is a play-therapist for the child and a therapist for consulting the parents, and further by the figure of the magician. In this extended family a confrontation takes place with the center of conflict represented by the child. The aim is the reconstruction of communication and of a »constructive socialenergetic field« (according to *Ammon*) so that the symptom will be more and more superfluous.

In the family therapy each member gets a certain task as well as the family as a whole, for example the changing of the daily routine, the purchasing of a new toy, a trip of the family. All these actions have a positive effect on the therapy process. The author emphasizes that the therapy of the whole family is necessary for the purpose of accelerating the process of a child therapy.

The concept of social energy of *Ammon* delivered a new understanding for the author's therapeutic work. She could recognize a close relation between the state of development of the child and the quality of the socialenergetic field within the family.

In the case study *Körmendy* reports about a 10 years old girl (Kinga) who is complaining of stomach-ache and continuous vomiting and who was treated psychotherapeutically in a children station. In the process of the therapy the drawings of the family a) as real persons and b) as »enchanted« animals delivered a clear insight to the communication structure and the group dynamics

of the family. The core conflict represented the unsaid prohibition to communicate about the fact that the patient's sister was a sister by adoption. During the therapy process the child could experience a retrieval of ego development and a relief of being a »bad child«. All family members were included into the treatment and the communication about conflicts, tensions and mistrust could take place. The pathological symbiosis between the family members could change gradually into a relationship within a constructive socialenergetic field and a future perspective could be established for the whole family.

Literatur

Ammon, G. (1980): Dynamische Psychiatrie. (München: Kindler)
— (1986): Der mehrdimensionale Mensch. (München: Pinel)
Bagdy, E. (1986): Kasuistischer Beitrag. In: Psychiatria Hungarica 1, Budapest
Biermann, G., Kos-Robes, M. (1986): Die Zeichentest-Batterie. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 6, August/September.
Buda, B. (1978): Az empátia (Die Empathie). (Budapest: Gondolat)
Ferenczi, S. (1964): Sprachverwirrung zwischen den Erwachsenen und dem Kinde. Die Sprache der Zärtlichkeit und der Leidenschaft. In: Bausteine zur Psychoanalyse. Ges. W. (Bern: Hans Huber)
Flaskay, G. (1986): Róheim Géza könyveiról (Über die Bücher von Geza Róheim). In: Magyar Pszichológiai Szemle, XVIII/1.
Hermann, I. (1943): Az ember ósi ösztönei (Die archaischen Triebe des Menschen). (Budapest: Pantheon)
Hidas, G., Buda, B. (1982): Beiträge zur Frage der Kreativität in der Gruppenpsychotherapie. In: *Ammôn, G.* (Hrsg.): Gruppendynamik der Kreativität. (Berlin: Pinel Publikationen)
Keller-Husemann, U. (1983): Destruktive Sexualität. (München-Basel: Ernst Reinhardt)
Kos, M., Biermann, G. (1972): Die verzauberte Familie. (München: Ernst Reinhardt)
Kries, D.v. (1972): Anmerkungen zur Kreativität und Symbolbildung. In: *Ammon, G.* (Hrsg.): Gruppendynamik der Kreativität. (Berlin: Pinel Publikationen)
Körmendy, G. (1970): A csalśdi nevelési helyzet vizsgálata (Prüfung des Erziehungszustandes in der Familie). In: Gyermekgyógyászat/Kinderheilkunde, Budapest.
— (1973): Párhuzamos szülő és gyermerkcsoport-pszichoterápia (Parallele Psychotherapie für Kinder- und Elterngruppen). In: Pszichológiai Tanulmńayok, Akadémiai Kiadó, Budapest.
Mérei, F., Binét, A. (1980): Gyermeklélektan (Kinderpsychologie). (Budapest: Gondolat)
Nemes, L. (1974): Pszichogén tünetképzódés kisiskoláskorban (Psychogene Symptombildung im Schulalter). (Budapest: Akadémaiai Kiadó)
Peseschkian, N. (1982): Positive Familientherapie. (Frankfurt/M.: Fischer)
Porot, M. (1970): Le dessin de la famille 1950. Zitat: Harsányi István, Az iskolai nevelés pszichológus szemmel. (Budapest: Tankönyvkiadó)
Várkonyi, Z. (1986): Már százszor megmondtam (Ich habe dir schon hundertmal gesagt. . .). Budapest: Gondolat)
Biermann, G. (1984): Hilfen für Scheidungskinder. In: Kinderarzt 15, S. 189, 342.
— (1985): Kinder und Jugendliche. Entwicklungen, Entwicklungsstörungen, Entwicklungshilfen. (Frankfurt/M.: S. Fischer)
— (Hrsg.) (1986): Das ärztliche Gespräch um Kinder und Jugendliche. (München: Ernst Reinhardt)
— (Hrsg.) (1986): Handbuch der Kinderpsychotherapie. Studienausgabe, Band I und II. (Frankfurt/M.: S. Fischer)
Flury, M. (1954): Zeichne Deine Familie. In: Praxis Kinderpsychol. 3, S. 117
Kos-Robes, M., Biermann, G. (1986): Baum — Mensch — Verzauberte Familie. Manual zur Zeichentest-Batterie. In: Kinderarzt 17, S. 1616
Spitz, R. (1976): Vom Dialog. (Stuttgart: Klett)
Vikár, G. (1980): Az ifjúkor válságai (Krisen des Jugendalters). (Budepest: Gondolat)

Winnicott, D.W. (1976): Die volle Deutung der ersten Behandlungsstunde. In: *Biermann, G.* (Hrsg.): Handbuch der Kinderpsychotherapie. (München: Ernst Reinhardt)
Zanner, J., Biermann, G. (1986): Klinische Psychosomatik von Kindern und Jugendlichen. (München: Ernst Reinhardt)
Zulliger, H. (1956): Helfen statt Strafen auch bei jugendlichen Dieben. (Frankfurt/M.: S. Fischer)

Adresse der Autorin:
Dr. phil Györgyi Körmendy
Bársony János u. 13
3531 Miskolc
Ungarn

Über den Zusammenhang von Sozialenergie, Lernen und Identitätsentwicklung am Beispiel der sog. Lernbehinderung. Eine empirische Grundlagenstudie über psychische Erkrankung als Hintergrund schwerer Lernstörungen**

Ingo Gemmer (Düsseldorf)*

Der Autor versteht schwere und chronifizierte Lernbeeinträchtigungen auf dem Hintergrund psychischer Erkrankungen und setzt sie in Beziehung zur Lebensgeschichte. Ausgehend von anschaulichen Fallvignetten und einem reichen diagnostischen Material (Ich-Struktur-Test nach Ammon, Persönlichkeitstests, Soziogramme, Leistungstests) zeigt er auf, mit welchen Defiziten junge Erwachsene in ein Berufsbildungswerk nach vorangegangenen gescheiterten Ausbildungsversuchen eintreten. Alle Auszubildenden weisen Lebensgeschichten mit dauerhafter psychischer und körperlicher Mißhandlung auf. Dennoch wird die Lernbehinderung in der Literatur in den wenigsten Fällen als Ausdruck einer psychischen Erkrankung bei fehlgelaufener Identitätsentwicklung begriffen.
Seine empirischen Untersuchungen widmet der Autor, der seit Jahren als Psychologe in einem Berufsbildungswerk (BBW) arbeitet, dem Zusammenhang von Lernen, Ich-Struktur-Entwicklung und sozialer Energie. Die zu Ausbildungsbeginn mitgebrachte geschädigte Ich-Struktur korrespondiert mit einer Verminderung der Intelligenz und der Lernfähigkeit.
Für die Effizienz einer solchen Einrichtung ist es von besonderer Bedeutung, inwieweit sie intellektuelle, schulische und ich-strukturelle Entwicklungsbedürfnisse erkennt, auf sie eingehen kann und wieweit sie die Bedeutung des sozialenergetischen Geschehens des Gruppenprozesses erkennt. Die Effizienz sonderpädagogischer Arbeit in BBW's ist dann besonders begrenzt, wenn die psychotherapeutischen Entwicklungsbedürfnisse nicht systematisch in ein Behandlungskonzept integriert werden. Bei Kenntnis dieser Zusammenhänge und einem zutiefst menschlichen Verständnis lassen sich deutliche Erfolge erzielen, wie es die katamnestischen Untersuchungen auch belegen.

Benedek (1968) hat einmal gesagt: »Einen Außenstehenden mag die Situation der Psychiatrie chaotisch anmuten, und er weiß mit den vielen entgegengesetzten und sich gegenseitig ignorierenden Gesichtspunkten nicht viel anzufangen. In Wahrheit ist das nicht das Chaos, sondern die Gärung, vielleicht eine sehr heilsame Gärung. Was aber die Gärung einigermaßen bedenklich macht, ist das Fehlen einer einheitlichen Grundlage.« Was *Benedek* Ende der sechziger Jahre zur allgemeinen Lage der Psychiatrie sagte, läßt sich auch im gewissen Sinne auf die Sonderpädagogik übertragen, wenn sie sich mit Lernbeeinträchtigten beschäftigt. *Heinz Bach* (Professor an der Universität Mainz, 1971) verwendet für Lernbeeinträchtigte den Begriff Lernbehinderte, kennzeichnet diesen Personenkreis, der sich nicht nur auf Sonderschüler, sondern auch auf junge Erwachsene in ihrer Berufsausbildung bezieht, als Personen

* Dipl. Psych., Psychoanalytiker, Klinischer Psychologe (BdP) am Berufsbildungswerk Niederrhein/Moers

** Vortrag gehalten auf dem 6. Weltkongreß der WADP und XIX. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), 7.—11. März 1988, Ludwig-Maximilians-Universität München

»mit prinzipiell nicht korrigierbaren Lernbeeinträchtigungen, welche durch eine besondere Chronifizierung keinerlei Aussicht haben, durch Fördererziehung in absehbarer Zeit, d.h. in zweijähriger intensiver Erziehung in besonderen Förderklassen usw. eine annähernde Restitution zu erreichen.« Kriterien für diese sog. Lernbehinderung sind einmal eine verminderte Intelligenz (IQ von 80/85) mit körperlichen, emotionalen und geistigen Entwicklungsrückständen. Die Etikettierung Lernbehinderung bezieht sich nur auf die anhaltende schwere Beschulbarkeit. Die Grundlagenforschung der Ursachen ist sehr zersplittert und geht nur wenig in die Gestaltung sonderpädagogischen Arbeitens ein.

Das Lernverhalten solcher lernbeeinträchtigter Personen beschreibt *Bach* (1971) wie folgt:

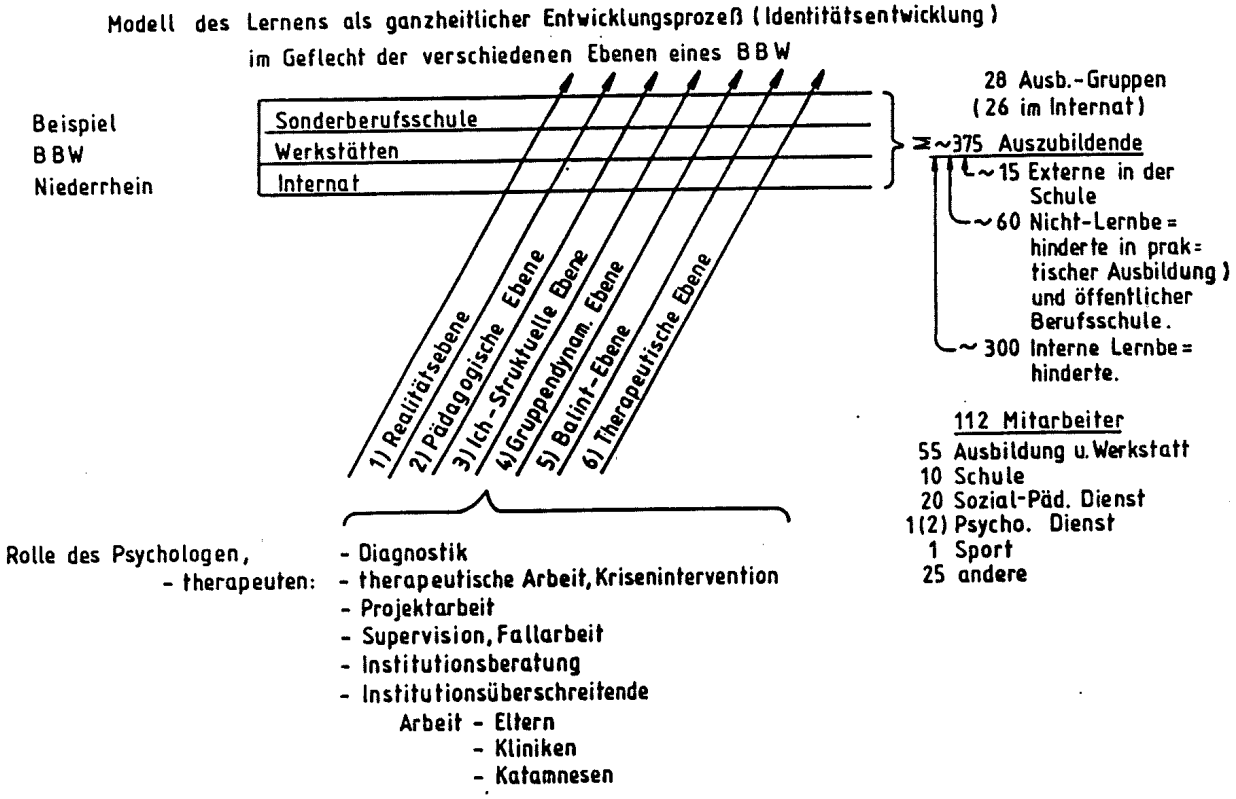
— Dauernde sachliche und quantitative Eingeengtheit des Lernfeldes
— reduziertes Abstraktionsvermögen (geringe motorische und sensorische Ansprechbarkeit)
— eingeschränkte Gliederungsmöglichkeit für Lernaufgaben (spezielle Führungsbedürftigkeit im Lernprozeß)
— Verlangsamung, Verflachung und zeitliche Begrenztheit der Lernprozesse (unregelhafte Lerndynamik)
— geringe, vorwiegend diffuse Spontaneität (permanente Anregungsbedürftigkeit)

Bleidick (1968) fügt noch hinzu: »Die mangelnde rechtzeitige Bereitstellung eines optimalen leistungsfördernden Milieus in Schule und Elternhaus ... tritt als chronifizierende Ursache hinzu und formt die überdauernde Lernbehinderung aus.« Den pädagogischen Pessimismus, der m.E. sowohl in den obigen Definitionen als auch in dem Begriff Lernbehinderung zum Ausdruck kommt, teile ich nicht. Ich möchte deshalb auch den Begriff Lernbeeinträchtigung verwenden. Ebenso fragwürdig erscheint mir der seit 20 Jahren verwendete Begriff Sonderpädagogik, weil er sich vordergründig auf die Absonderung chronisch lerngestörter Menschen, auf die Lernorte, Schule und Ausbildung, sowie auf den Vermittlungsprozeß von Lerninhalten beschränkt. Adäquater erscheint mir der ältere Begriff Heilpädagogik zu sein, weil er ganzheitlich körperliche, emotionale und geistige Bereiche des Menschen einschließt.

Anliegen meines Vortrages ist es, anhand von Ergebnissen eigener empirischer Grundlagenforschung geistige, seelische und körperliche Lern- und Entwicklungsbedürfnisse aufzuzeigen, die bei der Behandlung chronischer Lern- und Arbeitsstörungen berücksichtigt werden müssen. Dabei versuche ich aufzuzeigen, daß das Leitsymptom chronischer Lernstörungen als Ausdruck nicht diagnostizierter psychischer Erkrankungen zu verstehen ist.

Der von mir untersuchte Personenkreis bezieht sich auf junge Erwachsene im Alter von 17—25 Jahren in einem Berufsbildungswerk (BBW) für Lernbehinderte, die dort eine Berufsausbildung machen. Alle Personen stammen aus Sonderschulen oder Hauptschulen, meistens ohne Abschluß. Was ein BBW ist, möchte ich kurz an der folgenden Graphik (Graphik 1) darstellen:

Graphik 1)



Einige Fallbeispiele sollen die Genese der Lernbeeinträchtigung in Elternhaus und Schule bis zum Eintritt in die Berufsausbildung in einem BBW verdeutlichen:

Frau Sabine P.:

Die Kindheit von Frau P. verlief wie in einem Gefängnis. Alles, was ihr als Kind Spaß gemacht hat, hat die Mutter verboten. Frau P. war immer ans Haus gefesselt. Sie durfte keine Freunde haben und auch niemanden besuchen. Die Mutter sei ständig mit ganz viel Angst um sie herumgetänzelt. Alles sei für das Kind gefährlich. Alles sei bedrohlich außerhalb der Wohnung, Straßenverkehr, böse Männer, Gefahr von Krankheiten etc.. Andere Kinder, die sich für Frau P. interessierten, wurden von der Mutter abgewimmelt und einfach rausgeschmissen. Die Mutter, sehr religiös, war häufig abwesend und engagierte sich stark in kirchlichen Frauengruppen. Der Vater, von Beruf Bergmann, starb an Lungenkrebs. Frau P. war damals 5 Jahre alt.

Frau P. galt in der Familie als »Ausrutscher«, d.h. sie war ein ungeplantes Kind. Sie hatte 3 ältere Geschwister, die 12, 14 und 16 Jahre älter sind. Die beiden Ältesten arbeiten seit Jahren in ihren Berufen und haben auch Familien gegründet, während der 12 Jahre ältere Bruder — heute 30 Jahre alt — schwerer Alkoholiker ist und arbeitslos. Er lebt noch zu Hause. Mit diesem Bruder hat sie heute große Schwierigkeiten. Einerseits zeigt der Bruder überhaupt keine Gefühle. Andererseits regt er sich über viele kleine Dinge maßlos auf, vor allem dann, wenn er getrunken hat. Er ist auch schon mit Messern auf sie losgegangen. Da habe sich die Mutter im letzten Moment noch dazwischenge-

worfen. Sonst wäre sie vielleicht heute nicht mehr am Leben.

In der Familie hatte Frau P. durchgängig das Gefühl des ungeliebten Kindes. Keiner war für sie richtig da. Sie fühlte sich immer eingesperrt und hin- und hergeschoben zwischen Mutter und Bruder.

Die Einschulung von Frau P. verlief als Katastrophe: Wegen eines enormen körperlichen und altersmäßigen Entwicklungsrückstands wurde sie zunächst von der Schule zurückgestellt und sollte die Vorschule besuchen. Als sie zum ersten Mal das Haus ohne Begleitung der Mutter verließ, um in den Vorschulkindergarten zu gehen, erlebte sie einen lebensgefährlichen Unfall. Sie erlitt einen Schädelriß, schwerstes Hirntrauma, Arm- und Beinbrüche. Sie lag 8 Wochen lang im Koma. Bei der Einschulung gab es eine zweite Katastrophe: Kurz nach Schulbeginn lief sie in ein Auto. Diesmal hatte sie mehr Glück. Außer zahlreichen Hautabschürfungen gab es keine weiteren Verletzungen. Diese Unfälle scheinen die Ängste der Mutter noch zu bestätigen im Sinne einer self-fulfilling prophecy.

Die Schulzeit war für Frau P. eine ständige Quälerei, obwohl sie immer die Hauptschule besucht hat. Dort wurde sie aber ohne Abschluß quasi rausgeschmissen, weil sie am Unterricht überhaupt nicht mehr mitgemacht hat und auch keinerlei Motivation verspürte. Ihr fehlendes Interesse begründet sie damit, daß sie einfach nichts verstand, daß nichts ausreichend erklärt wurde.

Heute, 18 Jahre alt, ist Frau P. immer noch auffallend kleinwüchsig. Seit den Unfällen leidet sie gelegentlich an epileptischen Anfällen und ist medikamentös eingestellt. Während sie spricht, wechseln ihre Gesichtzüge blitzartig — sie wirkt plötzlich wie verschleiert, die Augendeckel hängen halb herunter. Sie wirkt wie medikamentös gedämpft. Dann ist sie plötzlich wieder hellwach. Ihre Augen blitzen, sind weit geöffnet, und sie lacht, wobei die Gefühlsschwankungen nicht immer zu unserem Gesprächsverlauf in Beziehung zu bringen sind. Sie wirkt, als habe sie parallel zu dem Kontakt mit mir noch eine kleine Privatwelt.

Das Berufsinteresse von Frau P. liegt bei Kontaktberufen: Verkäuferin oder Friseurin. Doch, obwohl sie bereits 1 Jahr lang einen Berufsvorbereitungslehrgang gemacht hat, um ihre Eignung als Verkäuferin auszuprobieren, ist sie sich unklar, ob sie es auch wirklich kann, ob sie das will. Nach einer weiteren Berufsfindung fühlt sie sich von den Ausbildern angenommen und entscheidet sich für die Ausbildung zur Verkäuferin.

Frau Heidi B.:

Frau B. zum Zeitpunkt der Kontaktaufnahme 18 Jahre alt, ist das vierte Kind ihrer Eltern. Alle 6 Kinder sind Mädchen. Der Vater ist von Beruf Bergbauingenieur, die Mutter ist gelernte Fleischverkäuferin und versorgte stets die ganze Familie in ihrer Rolle als Hausfrau. Die 3 älteren Schwestern von Frau B. sind bereits aus dem Haus, haben z.T. geheiratet und auch schon eine Familie gegründet. Frau B. hat als einzige eine Sonderschule besucht. Von Anfang an war sie in der Grundschule sehr schlecht, so daß sie bereits am Ende

der zweiten Klasse zur Sonderschule überwechselte. Dort wurde sie aber gleich in die vierte Klasse aufgenommen, weil sie nach Sonderschulmaßstab so gut war. Zuletzt hat sie aber den Hauptschulabschluß auf der Sonderschule nicht bestanden und verlängerte die Schule um 1 Jahr, um den Hauptschulabschluß nachzuholen. Für ihre stets schlechten Leistungen hat sie selbst keine Erklärung. Sie sei aber immer ungerne zur Schule gegangen. Jede Art von Leistungsanforderung, aber auch die Atmosphäre in der Schule selbst, haben sie sehr verunsichert. Anfangs sei sie unglaublich ängstlich gewesen. Im Laufe der Jahre habe sich dies ein bißchen verloren, sei aber immer noch für sie ein großes Problem.

Seit sie im Internat des BBW ist, ist sie zum ersten Mal von ihrer Familie getrennt. Dies fällt ihr sehr schwer, macht ihr große Angst. Vielleicht hat sie aber auch Angst, zu Hause bereits vergessen zu sein. An ihrem Wechsel von der Familie in das BBW habe die Familie kaum Anteil genommen. Sie vermittelt den Eindruck, daß sich in der Familie kaum jemand für sie interessiert habe.

Während ihrer Berufsfindung äußert sie zu meiner Überraschung den lang gehegten Wunsch, Floristin werden zu wollen. Dieser Bereich ist aber bei der Auswahl der 5 Berufsfelder, die sie kennenlernen soll, gar nicht vorgesehen. Sie äußert, daß man beim Arbeitsamt gar nicht mit ihr darüber gesprochen habe. Man habe einfach über ihren Kopf hinweg entschieden. Bei meinen Recherchen stelle ich allerdings fest, daß Frau B. niemals ihren Wunsch geäußert hat. Zum anderen erfahre ich auch, daß die 5 vorgesehenen Berufsfelder durchaus mit ihr abgesprochen waren, und sie selbst der vorgeschlagenen Auswahl zugestimmt habe. Als ich sie darauf anspreche, weiß sie von allem nichts. Sie vermittelt den Eindruck, daß sie sich selbst genauso wenig wichtig nimmt wie ihre Familie sie nicht wichtig genommen hat. Schließlich fällt ihre Berufswahl auf den Verkaufsbereich. In ihrer dreiwöchigen Erprobungszeit dort fühlte sie sich angenommen. Sie möchte auch einen Kontaktberuf lernen, um zu lernen, mit Leuten zu sprechen.

Im ersten Halbjahr ihrer Ausbildungszeit geht Frau B. mit der oben erwähnten Frau P. rasch eine symbiotische Freundschaftsbeziehung ein. Beide grenzen sich von der übrigen Ausbildungsgruppe völlig ab. Diese gegenseitigen Beziehungsansprüche sind so allumfassend, daß sie sich gegenseitig total kontrollieren, weil jeder dem anderen jeglichen Kontakt zu anderen Menschen verbietet. Da andere Kontakte aber notwendig sind, reagieren beide extrem eifersüchtig, drohen mit Kontaktabbruch, was bei Frau B. beinahe zum Suizid führt. Beide fallen in der gesamten Ausbildunsgruppe als extrem ängstlich auf, und die Ausbilder kommen relativ früh zu dem Urteil, daß sie in einem Kontaktberuf nie werden bestehen können. Nach Monaten ständigen Streitens und ständiger Eifersüchteleien bricht Frau P. schließlich den Kontakt ab. Bis zum Ende ihrer zweijährigen Ausbildung isolieren sie sich nicht nur voneinander, sondern auch von allen anderen ihrer Ausbildungs- bzw. Internatsgruppe.

Herr Dianusch M.:

Herr M. begegnet mir im Alter von 21 Jahren ebenfalls als Berufsfinder. Der Vater ist von Beruf Ingenieur, hat die syrische Staatsangehörigkeit, lebt aber seit 20 Jahren in der BRD, weshalb auch Herr M. und sein 3 Jahre älterer Bruder die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen. Der Bruder von Herrn M. hatte eine problemlose Schullaufbahn und studiert heute erfolgreich Medizin. Die Mutter von Herrn M. hat sich mit einer Überdosis Tabletten das Leben genommen, als er 13 Jahre alt war. Sie habe dies früher auch schon mehrfach versucht, auch schon vor ihrer Ehe. Äußere Anlässe oder Umstände habe Herr M. aber nie erlebt, so daß ihn der Selbstmord der Mutter wie ein Schock traf. Es kam für ihn wie aus heiterem Himmel. Der Vater sei anfangs ganz kurz traurig gewesen. Doch danach sei alles schnell wieder in Vergessenheit geraten. Herr M. möchte auch nicht in Gegenwart des Vater über diese Dinge sprechen, da sie für den Vater absolut tabu seien. Herr M. hatte mehr Beziehung zu seiner Mutter als zu seinem Vater. Der Vater verstehe ihn nicht, und deshalb verstehe er sich mit dem Vater auch nicht. Am meisten belastet Herrn M., daß der Vater über Dinge häufig hinweggeht, ihn überhaupt nicht ernstnimmt, ihn nicht informiert, mit ihm umgeht wie mit einer Figur auf einem Schachbrett. Als Beispiel erzählt Herr M. von seinem Wechsel von der Grund- auf die Sonderschule. Der Vater habe ihn plötzlich ohne jede Erklärung einfach auf eine andere Schule geschickt, habe ihm nur Name und Ort der neuen Schule mitgeteilt. Erst Monate später erfuhr Herr M., daß er in einer Sonderschule gelandet war. Noch viel später erfuhr er, daß der Vater mit seiner früheren Klassenlehrerin befreundet war. Beide zusammen hatten besprochen, daß er die Sonderschule besuchen solle. Das Wort Sonderschule wurde aber zu Hause nie verwendet.

Die neue Schule war für Herrn M. ein furchtbarer Schock, weil er gleich am ersten Tag mit Prügel empfangen wurde. Bevor er wußte, wo er war, landete ein Fuß in seiner Magengrube. Die Prügelknabenposition hielt auch weiter an, so daß er sehr ungern zur Schule ging, häufiger aus Krankheitsgründen fehlte. Aber das Schlimmste sei für ihn gewesen, daß der Vater ihn niemals ernstgenommen habe. Er selbst meinte über seinen Vater, der bekomme manche Dinge gar nicht richtig mit, er handle einfach. Er spricht auch mit dem Vater nie darüber, weil er meint, es habe keinen Sinn. Der Vater würde sich ohnehin nicht ändern.

Heute lebt der Vater mit seiner Schwiegermutter zusammen. Bei dieser, seiner Großmutter, seien er und sein Bruder vorwiegend aufgewachsen, weil die Mutter im Öffentlichen Dienst arbeitete.

Auffallend bei Herrn M. ist seine Sprache. Er verhaspelt sich manchmal. Sein Sprechen wirkt so stoßweise, als wolle er etwas durchbrechen, sich aber auch gleichzeitig bremsen, so daß es nicht zu dem befürchteten Durchbruch kommt.

Herr M. hatte in den letzten 2 Jahren bereits 3 BBW besucht, stets als Berufsfinder. Immer wurde er für untauglich erklärt, ohne daß er wußte, warum.

Der Vater, der ihn überallhin begleitet hatte, wirkte im Gespräch mit mir distanziert und kühl. Er schien auf seinen Sohn als Versager wütend zu sein. Vom Vater erfahre ich auch, daß Herr M. an der Bluterkrankheit leidet. Herr M. selbst ist sehr beruhigt, daß in der Nähe des BBW ein Krankenhaus ist. Er hatte schon mehrfach Situationen erlebt, wo eine akute Aufnahme notwendig war. Von den verschiedenen Ausbildern, die ihn während der Berufsfindungszeit betreuen, erfahre ich, daß sie große Angst vor der Bluterkrankheit von Herrn M. haben. Sie fürchten sich vor der Verantwortung, da sie das Risiko nicht einschätzen können und kleine Verletzungen immer möglich sind. Sie vermitteln mir deutlich eine Gefühlsambivalenz: Einerseits möchten sie Herrn M. schon eine Ausbildungschance geben. Andererseits möchten sie aber die Verantwortung für einen Bluterkranken nicht tragen, so daß neben der beruflichen Qualifikation von Herrn M. immer wieder die Frage im Raum steht, wer bereit ist, ihn menschlich zu tragen und anzunehmen. Als die Ausbilder aus dem Bereich Verkauf eine Ausbildung für möglich halten, nimmt Herr M. sofort an.

Frau Beate O.:

Frau O. hat mit 23 Jahren in einem BBW die Ausbildung zur Hauswirtschafterin begonnen. Obwohl sie das Vertrauen ihrer Ausbildungsgruppe genießt — sie ist gewählte Gruppen- und Klassensprecherin — und auch im ersten Halbjahr gute Leistungen zeigt, schickt die Ausbilderin sie zu mir, weil Frau O. immer wieder davon spricht, ihre Ausbildung abzubrechen. Frau O. erklärt mir dazu, sie hätte große Angst, daß sie bei weiterem Ansteigen der Anforderungen nicht mehr mithalten könne. Sie könne es gar nicht glauben, daß ihre Leistungen mit der Note »gut« bewertet würden. Nie im Leben habe sie so gute Ergebnisse erzielt. Sie habe auch noch nie im Leben Freunde gehabt. Alles sei plötzlich so positiv, daß sie es gar nicht glauben könne. Sie befindet sich aber in einer tiefen Krise und fragt mich, ob ich ihr denn nicht helfen könne.

In mehreren Sitzungen erfahre ich teils von ihr, teils von ihrem früheren Lehrer, der auch ihren Bruder betreut hat, folgende Familiengeschichte: Frau O. entstammt einer Inzestfamilie. Der Vater hatte sowohl zu ihr als auch zu ihrem 2 Jahre älteren sowie auch zu ihrem 7 Jahre jüngeren Bruder seit der Pubertät der Kinder andauernde sexuelle Kontakte. Alle Kinder waren kurz nach der Geburt in Heime gekommen, während der Vater auf Montage arbeitete. Nachbarn hätten das Jugendamt zu der Familie geschickt, weil die Mutter unfähig gewesen sei, die Kinder zu erziehen. Der Vater empfand dies aber als solche Kränkung, daß er sich bei jedem einzelnen Kind erfolgreich um das Sorgerecht und die Wiederaufnahme der Kinder in seine Familie einsetzte. Frau O. war bis zu ihrem vierten Lebensjahr im Heim. Als sie wieder zu Hause war, war sie einem furchtbaren Martyrium durch die Mutter ausgesetzt. Die Mutter hat die Kinder häufig geschlagen und mißhandelt, vor allem aber immer wieder gebissen. Alle 3 Kinder waren große Schulversager, besuchten

die Sonderschule, nahmen dort jahrelang intensivste Betreuung durch aufopferungsbereite und liebevolle Lehrer in Anspruch. Als Frau O. eines Tages wieder in der Schule weinend mit Bißwunden von der Mutter im Gesicht zusammenbrach, vertraute sie sich einer Lehrerin an. Dieser Lehrerin ist es zu verdanken, daß die Mutter in eine Psychiatrische Klinik eingewiesen wurde, wo sie jahrelang blieb. Einem extremen, 3 Jahre lang andauernden Einsatz eines Lehrers verdankt es der ältere Bruder, daß er heute gelernter Dachdecker und verheiratet ist. Mit Hilfe des Lehrers hat er sich radikal von der Familie getrennt und hat sogar einen anderen Namen angenommen.

Die Eltern von Frau O. sind seit 5 Jahren geschieden. Frau O. besucht ihre Mutter gelegentlich, die heute einsam als Alkoholikerin lebt.

Jahrelang war Frau O. im folgenden Konflikt verstrickt: Einerseits fühlte sie sich mütterlich verantwortlich für ihren jüngeren Bruder. Anderseits wollte sie sich von ihrem Vater lösen, vor allem sexuell. Dies habe sie letztlich nie fertiggebracht. Immer, wenn sie dem Drängen des Vaters nachgab, hatte sie das Gefühl, etwas Verbotenes zu tun. Sie schämte sich sehr. Noch mehr fürchtete sie sich aber, mit irgend jemandem darüber zu sprechen aus Angst, daß unter dem Druck der Öffentlichkeit die ganze Familie dann auseinandergerissen würde. Der Vater habe ihre Ängste und Selbstzweifel immer wieder zu beschwichtigen versucht, so etwas käme in vielen Familien vor, viel öfter, als die Öffentlichkeit eigentlich wisse und bereit sei, zu sehen. Ich war der erste, der von ihr in die Thematik eingeweiht wurde. Nach dem Gespräch fühlte sie sich sehr entlastet. Doch wollte sie nicht, daß ich irgend etwas unternehme. Obwohl sie im BBW wohnt, fährt sie an jedem Wochenende nach Hause, teils aus Verantwortungsgefühl, teils aber auch aus Angst vor dem Vater, der sie sowieso holen würde, und sie will keinen Skandal.

Die Einschulung von Frau O. erfolgte erst mit 9 Jahren, weil sie von Ärzten immer wieder als körperlich zu klein und nicht der Schulreife entsprechend beurteilt wurde. In der Schule war sie immer wieder abgelehnte Außenseiterin. Sie wurde viel gehänselt und geschlagen, konnte nie richtig lernen und hatte stets schlechte Leistungen. Sie fühlte sich immer alleine aus Angst, mit irgend jemandem über ihre häuslichen Probleme zu sprechen.

Herr Frank B.:

Herr B. ist 18 Jahre alt und macht die Ausbildung zum Maler und Lackierer. Im ersten halben Jahr seiner Ausbildung fällt er dadurch auf, daß er immer wieder äußert, gekündigt werden zu wollen. Im Gespräch mit mir sagt er dazu, er wolle rausfliegen aus Wut gegen seine Eltern, obwohl er andererseits die Ausbildung schon gerne machen möchte. Die Wut über die Eltern hält schon über viele Jahre an. Herr B. ist der einzige Sohn. Er hat noch 2 ältere Schwestern sowie auch 2 jüngere Schwestern. Er ist der einzige Sonderschüler gewesen. Seine Person war in der Familie steter Anlaß zum Streit. Immer wieder wurde er vom Vater, aber auch von der Mutter beschimpft, er sei doof, gehirnamputiert, reif für die Klapsmühle. Jede Art von Bemühung um Lei-

stung wurde in der Familie, vor allem vom Vater, niedergemacht. Der Erwartungsdruck der Eltern auf ihren einzigen Sohn war dermaßen groß, daß er in seinen Leistungen nie unterstützt und anerkannt, sondern immer als Versager hingestellt wurde. Immer wieder wurde er eingesperrt, damit er lernen könne oder bekam Schläge. Diese Rolle des Opfers und Sündenbocks in der Familie wiederholte sich für ihn auch in den Schulklassen. Auch dort wurde er immer wieder verprügelt, so daß er die Schule oft schwänzte, was dann in der Familie wieder als Beleg für sein Versagen bestraft wurde. Ohne Schulabschluß und vor allem nach einem Rauswurf von einer früher angefangenen Lehre ist Herr B. jetzt im BBW, wo seine Leistungsfähigkeit von den Ausbildern eigentlich als gut beurteilt wird. Doch er selbst schildert seinen Konflikt mit den Eltern so: Einerseits beschimpfen sie ihn als Versager und Idioten, andererseits drohen sie mit Rausschmiß, wenn er diese Ausbildung nicht schafft. Er fühlt sich seiner jahrelang aufgestauten Wut und Verzweiflung manchmal nicht mehr gewachsen und hat schon häufig an Selbstmord gedacht.

Herr Dennis S.:

Herr S. ist ebenfalls 18 Jahre alt und in derselben Ausbildungsgruppe wie Herr B. zum Maler und Lackierer. Schon in den ersten Wochen galt Herr S. bei den anderen Auszubildenden als extrem abgelehnter Außenseiter. Ich hörte immer wieder, der sei bekloppt, reif für die Klapsmühle, ohne daß diese Meinung irgendwie begründet werden konnte. Nach einigen Wochen entwickelte Herr S. sich zum Dieb. In den Pausen der Berufsschule stahl er in den umliegenden Geschäften Spirituosen, Süßigkeiten und Zigaretten, die er dann jeweils an seine Ausbildungsgruppe oder auch an seine Wohngruppe im Internat verteilte. Obwohl das Diebesgut ständig angenommen wurde, schlossen die Auszubildenden in den Pausen immer Wetten darauf ab, ob er es wieder schafft oder ob die Polizei ihn schnappt. Trotz seiner Beutezüge wurde er abgelehnt.

Über seine Familie erfahre ich von ihm, daß der Vater einen angesehenen Beruf in einem Betrieb ausübt, während die Mutter Hausfrau ist. Herr S. hat noch 2 jüngere Schwestern, die die Hauptschule besuchen. Er war der einzige Sonderschüler und wurde in der Familie, besonders vom Vater, immer wieder als Versager beschimpft, Gehirnamputierter, fauler Sack, Krimineller, reif für die Klapsmühle usw. Das waren die ständigen Reden des Vaters, der nicht sein leiblicher Vater ist. Seine Mutter war von einem anderen Mann geschwängert worden, ging aber mit dieser Schwangerschaft in die Ehe. Von seinem leiblichen Vater weiß Herr S. nichts.

Zu Hause liebt Herr S. einsame Spaziergänge im Wald oder an einsam gelegenen Seen. Er schneidet sich immer wieder mit Messern in die Arme, die schon zahlreiche Narben aufweisen, ohne daß er begründen kann, warum er dies tut.

Die vorgenannten Beispiele stehen für ca. 150 weitere, die ich im Laufe mei-

ner fünfjährigen Tätigkeit in einem BBW für Lernbehinderte kennengelernt habe. Ich habe noch keinen einzigen Auszubildenden in einem BBW gesehen, der nicht eine Lebensgeschichte mit dauerhafter psychischer und körperlicher Mißhandlung erlebt hat, dessen Leben nicht von großer Brutalität oder völlig emotionsarmer oder verwahrloster Lebenssituation geprägt war. Die Kinder wurden sehr häufig nicht angenommen, abgelehnt, sich selbst überlassen oder mit der Verantwortung für ein Elternteil oder Geschwister überfordert. Das Recht des Kindes auf Geborgenheit, Schutz, Vertrauen, Anerkennung und Liebe, verbunden mit einem Freiraum für kreative und spielerische Entwicklung, hat es für diese Menschen nie oder nur eingeschränkt gegeben. Lange Krankheiten, Selbstverletzungen, schwerste Unfälle, Selbstmordversuche, sexuelle Ausbeutung, etc. begleiten den Lebensweg von Menschen, die in ihrer schulischen und beruflichen Entwicklung als lernbehindert eingestuft werden. Die Diagnose »Lernbehinderung« wird von Lehrern bzw. von Psychologischen Diensten immer nur bezogen auf Kriterien wie verminderte Intelligenz und vor allem chronische Schulleistungsschwäche. Anamnestische Untersuchungen über Persönlichkeitsentwicklung und Familiendynamik finden in der Regel nicht statt, wobei hinzukommt, daß die Kinder und auch die jungen Erwachsenen bei psychologischen Untersuchungen meistens über sich nicht sprechen. Vielfach wird dieses Nichtsprechen dann auch noch auf die verminderte Intelligenz zurückgeführt. Im Rahmen mehrerer Fortbildungen mit Arbeitsamts-Psychologen, die für die Diagnostik bei einer Aufnahme in ein BBW veratntwortlich sind, wies ich auf diese diagnostische Problematik hin. Ausnahmslos gab man mir zur Antwort, wenn sie die Persönlichkeitsproblematik der künftigen Auszubildenden in die Gutachten miteinbeziehen würden, dann nehme keine Ausbildungsstätte sie als Bewerber auf. Es zeigt sich aber auch, in welchem Dilemma BBW's stecken bei der Übernahme der Verantwortung für die nicht nur in ihrem Lernen, sondern auch in ihrer Lebensführung schwer vorgeschädigten und beeinträchtigten Menschen. Aus meiner jahrelangen Erfahrung, die auch von anderen Psychologen aus BBWs bestätigt wurde, möchte ich die Aussage wagen, daß es sich bei der sog. Lernbehinderung, dem Leitsymptom einer chronischen Intelligenz- und Lernbeeinträchtigung, um eine nicht diagnostizierte psychische Erkrankung handelt, auf die ich im folgenden näher eingehen werde.

Einige Beispiele aus zahlreichen Untersuchungen der psychologischen Grundlagenforschung zur Genese der Lernbehinderung möchte ich zur Erhärtung meiner Hypothese kurz darstellen:

Bei der Untersuchung der Einstellung von Mitschülern zu Leistungsschwachen ergab sich ein äußerst negatives Bild. *Höhn* und *Jantzen* haben 1967 bzw. 1972 vergleichende Untersuchungen an verschiedenen Schularten mit soziometrischen Verfahren durchgeführt. Unabhängig voneinander fanden sie heraus, daß die härteste Ablehnung des schulleistungsschwachen Schülers in der Volksschule besteht. Die Reutlinger Autorengruppe *Goetzke, Kautter, Schell* u.a. schreiben: »Faßt man die Urteile von Mitschülern über schlechte Schüler

zusammen, so ergibt sich ein stereotypes Bild mit folgenden Merkmalen: schlechte Schulanpassung (faul, unaufmerksam, unordentlich), Verhaltensauffälligkeiten (laut, frech, unruhig), Begabungsmangel (dumm, unbegabt) und andere Auffälligkeiten (lügen, stehlen). Diese Eigenschaften werden meist auf schuldhaftes Versagen (des Schülers) zurückgeführt. Diese negative Einstellung wirkt sich auch auf die Beliebtheit und/oder Ablehnung dieser Schüler bei ihren Mitschülern aus.« *Rick* (1971) fand bei einer anderen Studie heraus, daß 84% einer Stichprobe lernbehinderter Kinder vor ihrer Umschulung (in die Sonderschule) unter den Mitschülern zu den unbeliebtesten Schülern gehörten. In einer weiteren Untersuchung fanden *Kochert* et al. 1971, daß »bei 50% einer Stichprobe überdurchschnittlich abgelehnter Knaben Familienverhältnisse vorliegen, die eine Betreuung durch das Jugendamt erforderlich machten. Bei einem Vergleich mit den überdurchschnittlich (soziometrisch negativ) gewählten Schülern, wurden zudem Unterschiede in der Intelligenz- sowie in der Schulleistung festgestellt.« Die Reutlinger Autorengruppe konstatiert ein stark beeinträchtigtes Selbstkonzept, das lernbeeinträchtigte Schüler bereits in die Schule mitbringen und das dann andererseits durch die gruppendynamische Atmosphäre in den Schulklassen noch verstärkt wird. Wie die oben von mir dargestellten Fallbeispiele zeigen, und was sich auch durch die anderen von mir untersuchten 150 Personen bestätigte, war die Fortsetzung der destruktiven Primärgruppendynamik in der Gruppendynamik der Schulklassen. Dies bestätigt auch *Günter Ammons* These, daß die Gruppendynamik der Lebensgruppe eines Menschen in der Persönlichkeitsstruktur desselben ihren Niederschlag findet. *Snyder* et al. untersuchten das Selbstkonzept amerikanischer Retardierter 1965 und 1966 und stellten fest, daß die Beeinträchtigung des Selbstkonzeptes die Nutzung des intellektuellen Potentials erschwert. Der italienische Psychiater und Psychoanalytiker *Benedetti* fand aufgrund seiner Erfahrungen in der klinischen Ambulanz einer Jugendpsychiatrie heraus, daß ein Netz von Emotionen und Motivationen, die im Rahmen innerfamiliärer Beziehungen sichtbar werden, nicht nur die Kontaktfähigkeit, sondern auch die Lernleistungen begabter Kinder hemmen. Er unterscheidet frühe Kommunikationsstörungen zwischen Mutter und Kind während der ersten 2 Lebensjahre und spätere Störungen, die die Zeit zwischen dem dritten bis fünften Lebensjahr prägen. Nach *Benedetti* entsprechen die klinischen Bilder der Eltern diagnostisch dem Borderline-Krankheitsbild der schweren narzißtischen Störung und auch latenter Psychosen.

Obwohl alle diese Untersuchungen auf einen Zusammenhang destruktiver Einflüsse in der Familie und Schule auf die Persönlichkeitsentwicklung sowie Lern- und Intelligenzentwicklung hinweisen, gibt es bis heute keine systematische Grundlagenforschung und noch weniger eine adäquate integrierende Behandlung der Persönlichkeits-, Lern- und Intelligenzstörungen in sonderpädagogischen Einrichtungen.

Vergleichende Untersuchungen der Regel- und Sonderschule ergaben, daß die soziale Anerkennung Lernbehinderter in den Sonderschulen sehr viel grö-

ßer ist als in Regelschulen, und daß auch die Akzeptanz lernschwacher Schüler durch Sonderschullehrer sehr viel höher ist. Zur Bedeutung des Lehrers als zentraler Person für die Gruppendynamik in der Schulklasse schreibt die Reutlinger Autorengruppe: »Der Einfluß des Lehrers auf das soziale Klima in der Schulklasse verstärkt sich, wenn die Schüler ihn auch als informellen Führer anerkennen. Dies ist vor allem in Anfangsklassen der Grundschule der Fall, in denen sich Leistungsschwächen und Lernbehinderung manifestieren. Jüngere Kinder identifizieren sich meist sehr stark mit der Autorität und übernehmen unkritisch Wertschätzungs- und Erwartungshaltung gegenüber anderen Schülern sowie zu sich selbst. (...) Wie *Höhn* 1967 zeigte, werden schlechte Schüler von ihren Lehrern auch im emotionalen und motivationalen Bereich vorwiegend negativ beurteilt. Es ist deshalb anzunehmen, daß die Ablehnung schulleistungsschwacher Kinder durch die Mitschüler über die Ablehnung des Lehrers mitverursacht wird.« M.E. kommt es hierbei zu einem Zusammenspiel des in der Vorschulzeit erworbenen negativen Konzeptes des lernschwachen Schülers mit der Einstellung des Lehrers und der Lehrer übernimmt praktisch von dem Schüler unbewußt dessen Einstellung. *Horn* (1970), *Kaufmann* (1970), *Heroldsen* et al. (1972) und *von Bracken* (1973) fanden heraus, daß Sonderschullehrer eine positivere und realistischere Einstellung zu lern- und intelligenzbehinderten Kindern mitbringen, obwohl auch bei ihnen ein Negativbild des schlechten Schülers festgestellt wurde.

Sündenbockdynamik sowie chronische narzißtische Kränkungen in Familie und Regelschule münden durch den Eintritt des Lernschwachen in die Sonderschule noch in einen weiteren Teufelskreis: Die gesellschaftliche Abwertung der Sonder- oder Hilfschulen verursacht erneut einen Konflikt beim Schüler sowie auch in seiner Familie. *Kekelberg* und *Unsölt* stellten 1974 bei einer Meinungsumfrage von Eltern fest, daß sich die Eltern in einem ähnlichen Konflikt befinden wie ihre leistungsschwachen Kinder, d.h. obwohl Schüler und Eltern überwiegend mit dem sozialen Klima in Sonderschulklassen einverstanden sind, wünschen sie sich andererseits einen Besuch der Normalschule. Verfolgt man die Entwicklung des ersten Intelligenztests im Jahre 1905 durch die französischen Ärzte *Alfred Binet* und *Theodor Simon* zurück, stellt man fest, welchen Stellenwert die psychologische Intelligenzdiagnostik im Zusammenhang des Teufelskreises der Lernbehinderung einnimmt. *Binet* und *Simon* bekamen von einer Kommission des französischen Fortbildungsministeriums den Auftrag, ein Verfahren zu entwickeln, was dazu geeignet sein sollte, die Schüler zu erfassen, die dem üblichen Sonderunterricht nicht folgen konnten. Doch der wirkliche Grund dafür, daß man sich nicht mit der Beurteilung der Schüler durch die damaligen Lehrer begnügte, war der, daß man allgemein den Besuch der ersten damals geschaffenen Sonderschulen als eine soziale Degradierung ansah. Daher wollte man ein quasi neutrales Instrument schaffen, das den Lehrern die Entscheidung darüber abnahm, welche Familien ihrer sozialen Abwertung ausgesetzt werden sollten.

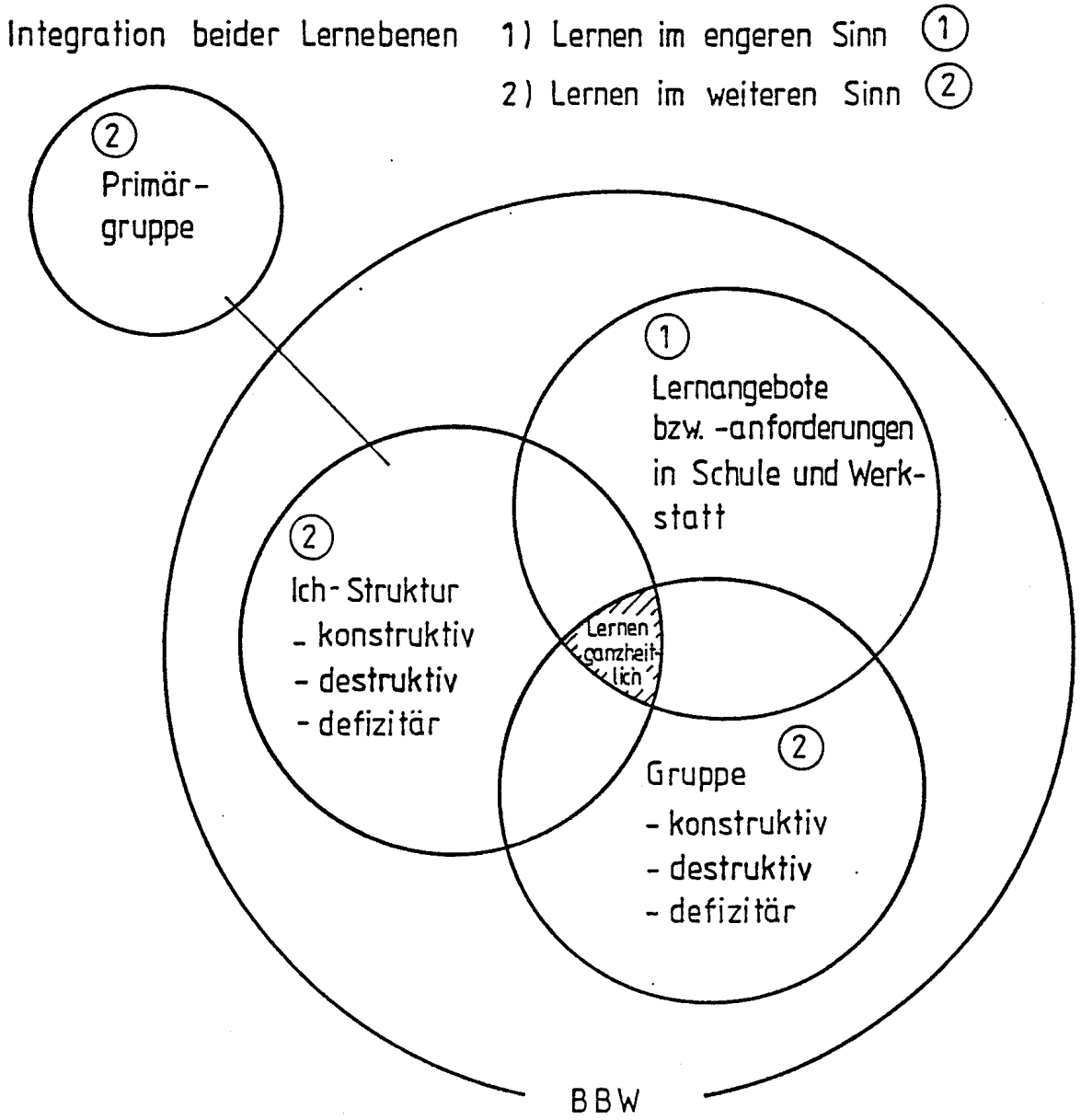
Das beschädigte Selbstkonzept bei sog. Lernbehinderten konnte ich bei ei-

ner Untersuchung von 60 Auszubildenden eines BBW empirisch bestätigen. Als Untersuchungsinstrument wurde der Attribuierungsfragebogen zu Erfolg und Mißerfolg von *Heino Widdel* (1977) verwendet. Dabei zeigte sich, daß die untersuchten Personen im Durchschnitt ihren Leistungserfolg zurückführten auf die Faktoren Zufall, Bemühen des Lehrers oder auf Glück. Mißerfolge dagegen, d.h. schlechte Leistungen schrieben sie verantwortlich sich selbst zu, teils einem Mangel an Begabung, teils fehlender eigener Anstrengung.

Bevor ich jetzt die Ergebnisse meiner empirischen Grundlagenforschung zur Lernbeeinträchtigung darstelle, möchte ich 2 Ebenen des Lernens unterscheiden (Graphik 2):

Graphik 2)

Modell für ganzheitliches Lernen in einem BBW



Diagnostik von Lernbeeinträchtigung sowie Pädagogik muß auf eine Integration beider Lern- und Entwicklungsebenen ausgerichtet sein.

1.) Lernfähigkeit im engeren Sinne bezieht sich sowohl auf testdiagnostisch erfaßte Intelligenz sowie auf das Lernen in der Schule und im Beruf. Lernbeeinträchtigung in diesem Sinne bezieht sich auf eine Verminderung der Intelligenz sowie auch des schulischen Lernens und ist abhängig von der Gruppendynamik der Schulklassen bzw. der gesamten Schule.
2.) Lernen im weiteren Sinne bezieht die gesamte Persönlichkeitsstruktur und grundlegende Erfahrungsfähigkeit des Menschen ein und ist direkt abhängig von der Familiendynamik. *Günter Ammon* hat für dieses Lernen im weiteren Sinne den Begriff der Identitätsentwicklung geprägt und erkannt, daß sich die Identität des Menschen an der Grenze zwischen Individuum und Gruppe entwickelt. Transformation aller Gruppenerfahrungen des Menschen in die sich entwickelnde Ich-Struktur geschieht mittels der von *Ammon* so bezeichneten Sozialenergie. *Ammon* unterscheidet Qualität und Quantität sozialer Energie, die ein Mensch identitätsbildend in sich aufnimmt, nach der Qualität der Gruppendynamik der Lebensgruppen, in denen ein Mensch aufwächst und sich entwickelt. *Ammon* unterscheidet zwischen konstruktiver und destruktiver und defizitärer sozialer Energie. Konstruktive Sozialenergie besteht im Kontakt zwischen Menschen dann, wenn die Menschen auch einander wichtig sind, sich ernstnehmen, sich bei der Entfaltung ihrer Bedürfnisse und bei der Entwicklung der Identität gegenseitig unterstützen. Nur in konstruktiven Gruppen kannn ein Mensch Kontaktfähigkeit, Wahrnehmungsfähigkeit, Intelligenz, Lernfähigkeit und Kreativität entwickeln.
Destruktive soziale Energie entsteht dort, wo der Kontakt sowie auch die Konflikte von Menschen durch destruktive Aggression bestimmt sind, z.B. dann, wenn Aggression gegen ein Gruppenmitglied zur Abwehr der Angst der anderen Mitglieder benutzt wird (Sündenbockdynamik) und auch dann, wenn einem Menschen Bedürfnisse nach Vertrauen, Schutz, Liebe und Anerkennung verweigert werden.
Als defizitäre soziale Energie bezeichnet *Ammon* die Gruppendynamik einer »toten Gruppe«, d.h. wenn Kontakt- und Beziehungslosigkeit die Menschen voneinander isolieren bzw. symbiotisch verschmelzen.

Nach *Ammon* hat die Gruppe grundsätzlich eine Verstärkerwirkung und ist entscheidend dafür, ob sich die Humanstruktur eines Menschen konstruktiv, destruktiv oder defizitär entwickelt. Nach seiner Entwicklungspsychologie ist es aber nicht nur der gruppendynamische Prozeß, der Struktur erzeugt, sondern es ist auch die Ich-Struktur, die den Prozeß von Lernen und Ich-Entwicklung erst ermöglicht. Die testdiagnostische Meßbarkeit der Entwicklung der Ich-Funktionen beschreibt *Rock*: »Lernen und Entwicklung sind psychodynamisch ein Beziehungsprozeß, der Strukturveränderungen, Strukturregulation und Strukturverschiebung umgreift. Die Determinanten, an denen dieser Prozeß bestimmt werden kann, sind die Ich-Funktionen. Diese sind meßbarer Ausdruck der Ich-Struktur, der verinnerlichten Gruppendynamik und der aktuellen Gruppendynamik, zu der das Individuum in Beziehung

steht.«

In meinen empirischen Untersuchungen über den Zusammenhang von Lernen, Ich-Strukturentwicklung und sozialer Energie hatte ich zwischen 1984 und 1987 mehr als 380 Personen untersucht beim Eintritt in ihre Berufsausbildung in einem BBW. Dabei zeigte sich, daß die zu Ausbildungsbeginn mitgebrachte geschädigte Ich-Struktur direkt korrespondiert mit einer Verminderung der Intelligenz und auch Lernfähigkeit (Graphiken von ISTA (3) und SA-BET 8+ (4)). Die Ich-Struktur der Lernbeeinträchtigten unterscheidet sich signifikant von der Normpopulation und läßt sich in ihren Merkmalen wie folgt beschreiben: Die Menschen können ihre Bedürfnisse verbal und averbal nur schlecht im Kontakt mit anderen Menschen vermitteln und sich auch nur schwer durchsetzen. Es besteht eine erhöhte Tendenz zu brüchigen Beziehungen, zu Kontaktabbrüchen sowie einem Abtauchen in Grübeleien, Schuldgefühlen und Selbstzweifeln. Vielfach können Bedürfnisse überhaupt nicht gespürt werden, da die Menschen sich selbst und auch ihre Umgebung teilweise gar nicht wahrnehmen, sich häufig langweilen und wenig Dinge interessant finden.

Angst als Sensibilität für Realitäten, für Vorsicht, Umsicht und zum Zwecke des Selbstschutzes bzw. zum Schutz anderer ist deutlich vermindert. Vorherrschend dagegen ist eine panikartige und überflutende Angst, die bis hin zu todesangstähnlichen Zuständen gehen kann. Vielfach kann Angst aber überhaupt nicht gespürt werden, so daß Unfälle, Erkrankungen oder Selbstisolation einen Mangel an Kontaktfähigkeit sowie auch Realitätsbezug ausdrücken.

Das Selbstwertgefühl sowie auch das Selbstvertrauen sind äußerst gering, so daß Lernbeeinträchtigte sich leicht durch andere Menschen bedroht, angegriffen und gekränkt fühlen. Besonders Kritik-, Lern- und Leistungsforderungen, aber auch emotionale Forderungen anderer Menschen werden eher als Bedrohung erlebt. Die Menschen neigen zu starker destruktiver Rivalität, Mißtrauen und Ablehnung gegenüber anderen Personen. Es herrscht eine deutliche Diskrepanz zwischen der Selbstwahrnehmung und der Einschätzung durch andere. Das oben erwähnte beschädigte Selbstkonzept drückt sich auch darin aus, daß die Menschen sich im innersten für unwert, ungeliebt, übersehen und auch unscheinbar halten. Schon 1985 habe ich zusammen mit *Hans Wagner* dies als Kernpunkt der Lernbeeinträchtigung verstanden: »Wenn man sich selbst für uninteressant, dumm, unverstanden und übersehen hält, kann man real erfahrene Zuwendung, Lob und Hilfestellung nicht glauben und nicht für wahr halten.«

Um die Arbeit eines BBW im Effizienzverlauf zu bewerten und zu beschreiben, habe ich zahlreiche Gruppen für 2, 3 und 4 Ausbildungsjahre diagnostisch systematisch begleitet. Am Beispiel einer Verkaufs-Ausbildungsgruppe möchte ich nicht nur diesen Verlauf beschreiben, sondern auch auf die intellektuellen, schulischen und ich-strukturellen Entwicklungsbedürfnisse Lernbeeinträchtigter eingehen sowie auf die Bedeutung des sozialenergetischen Ge-

schehens des Gruppenprozesses. Zur Beschreibung der Ich-Struktur-Entwicklung habe ich den Ich-Struktur-Test nach *Ammon* (ISTA) verwendet. Zur Erfassung der intellektuellen sowie auch schulischen Lernfortschritte diente der Schulaustritts- und Berufseintritts-Test SABET 8+ von *Horn, Berg,*

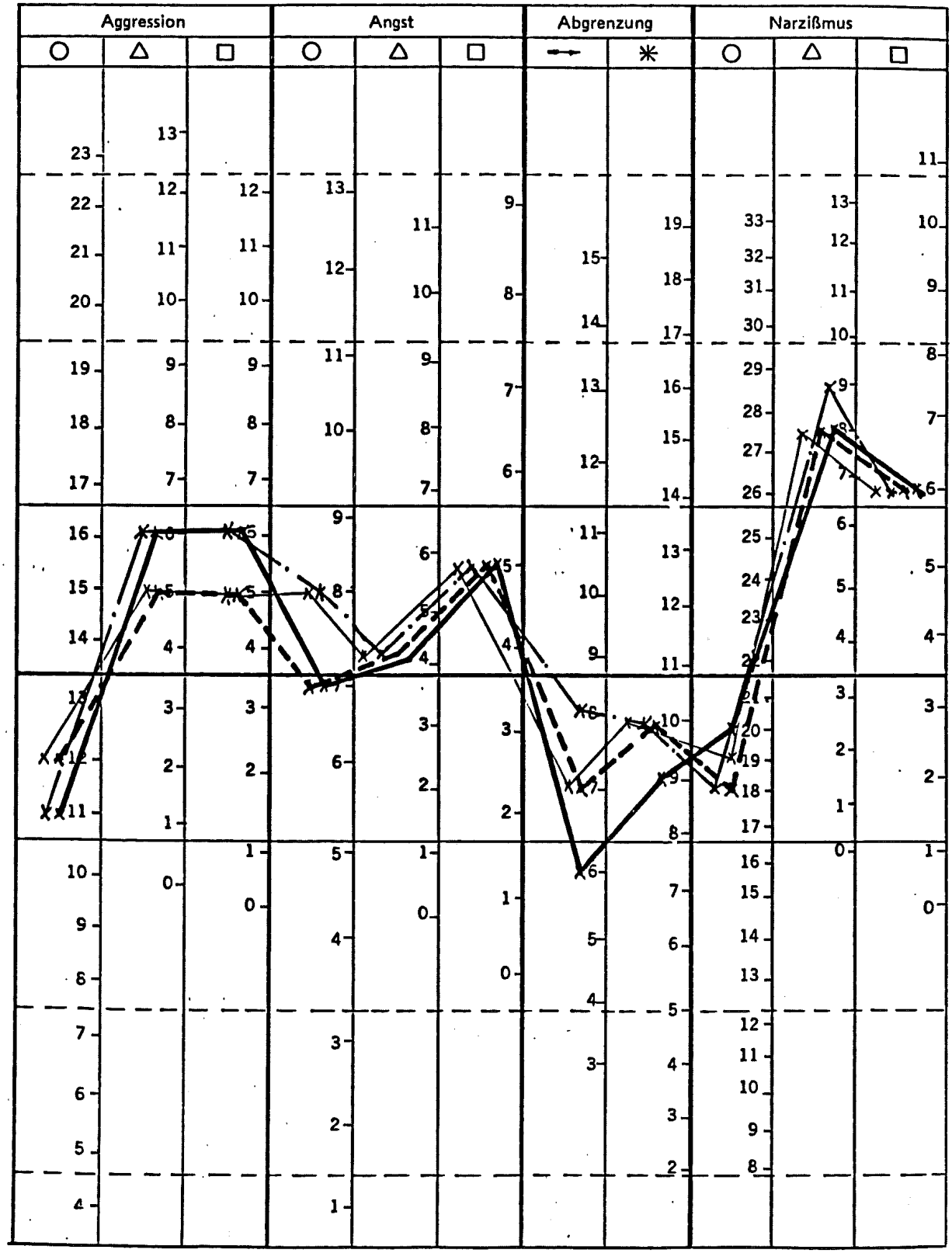
Graphik 3)

ISTA - PROFILBLATT

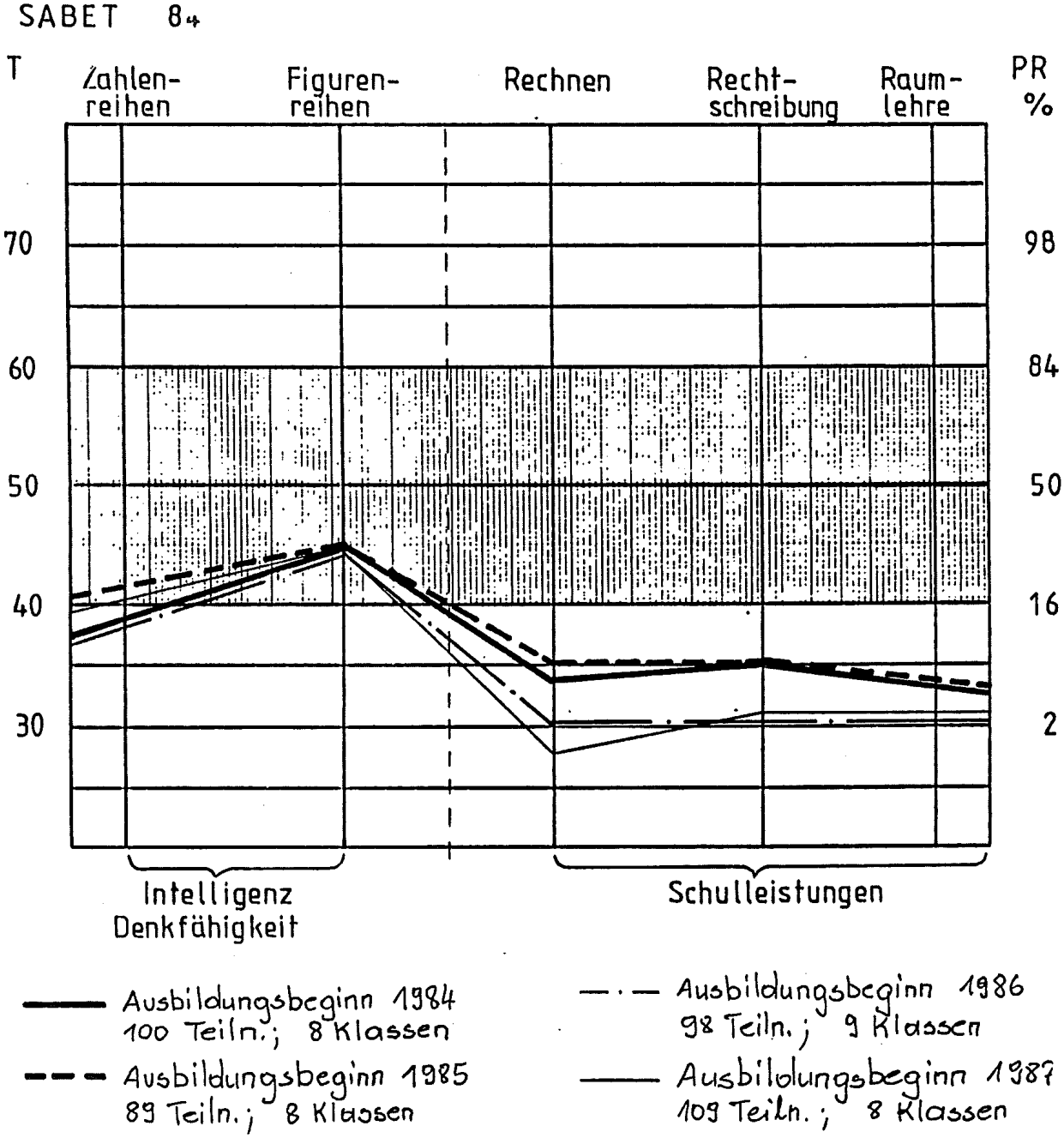
1984 U 7 Kl., 79 Teiln.
1985 U 8 Kl., 32 Teiln.
1986 U 9 Kl., 96 Teiln.
1987 U 6 Kl., 109 Teiln.

Name :
Gruppe/Ausbildung

Geb.-Datum :
Testdatum :



Graphik 4)



May und *Raatz.* Zur Erfassung der sozialenergetischen Prozesse der Gruppenentwicklung wurde das Ich-strukturelle Soziogramm nach *Ammon* verwendet, das ich in einem Punkt erweitert habe. Die soziometrische Darstellung ist m.E., wenn auch begrenzt, eine Widerspiegelung sozialenergetischer Prozesse, in denen die Beziehungsentwicklung, aber auch die Bedeutung einzelner Menschen für die Gruppe faßbar ist.

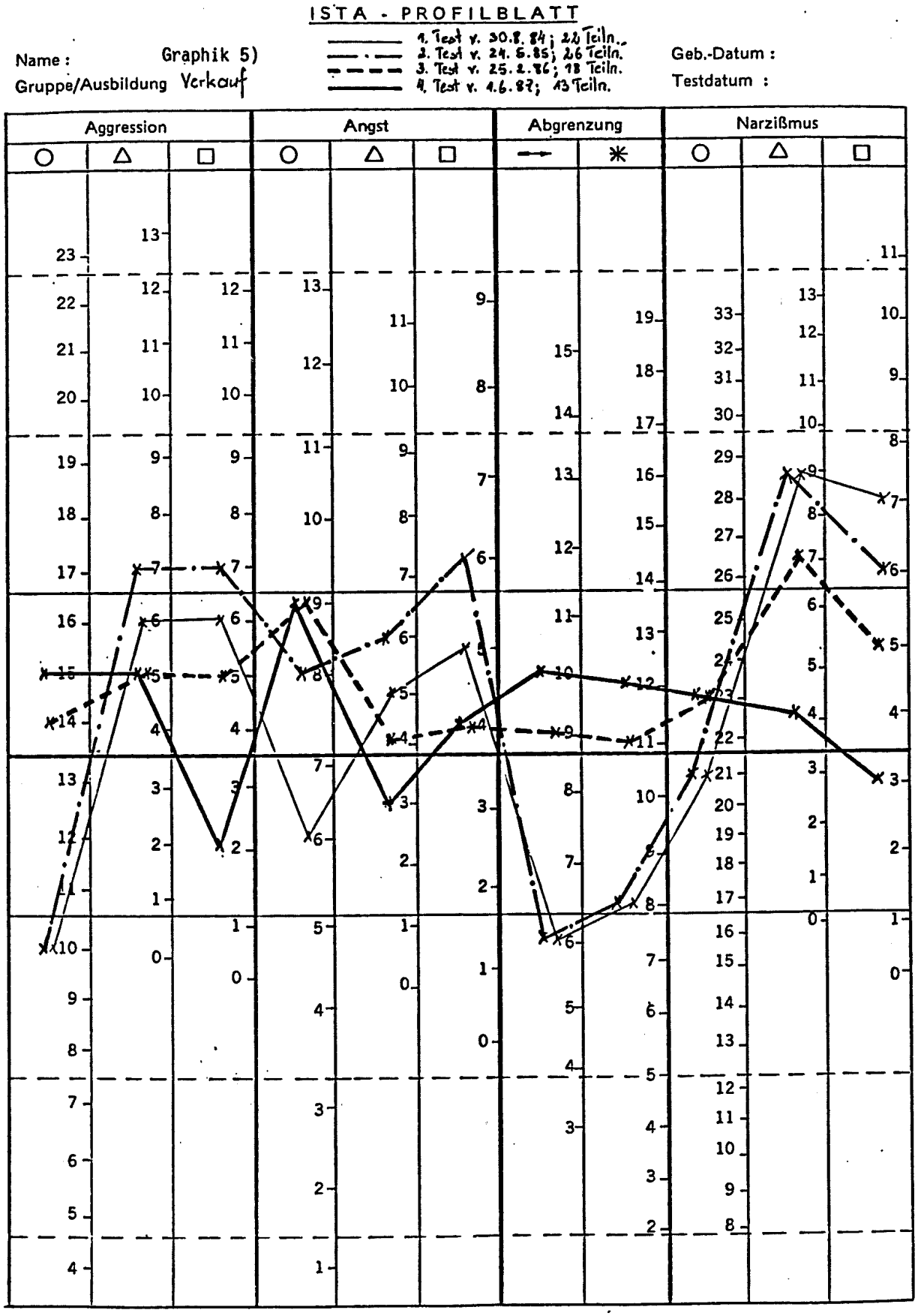
Von allen 28 Ausbildungsgruppen im BBW habe ich deshalb die Verkaufs-Ausbildung genommen, weil es eine Stufen-Ausbildung ist und weil sich hier der Aspekt der psychischen Erkrankung in der Entwicklung der Gruppe besonders deutlich zeigt. Stufen-Ausbildung bedeutet, daß nach 2 Ausbildungsjahren der Berufsabschluß »Verkaufshilfe« mittels einer Prüfung erlangt wer-

den kann. Der Teil der Ausbildungs-Gruppe, der ein größeres Lern- und Entwicklungspotential zeigt, kann nach einem weiteren Jahr den Berufsabschluß »Verkäufer« erlangen. Solche Teilabschlüsse wie »Verkaufshilfe« gibt es auch in anderen Ausbildungsbereichen, z.B. Schweißwerker, Metallwerker, Werkzeugmaschinenwerker etc. Diese verminderten Berufsabschlüsse wurden extra für BBW zugelassen, um den Menschen mit vermeintlich verminderter Lernfähigkeit auch einen Ausbildungsberuf zu ermöglichen. Allerdings haftet diesen verminderten Berufsabschlüssen auch das Stigma der Lernbeeinträchtigung an. Tatsächlich ist der Abschluß »Verkaufshilfe« auf dem Arbeitsmarkt von geringem Wert, da in der Praxis diese Menschen wie ungelernte Arbeitskräfte behandelt werden.

Betrachten wir zunächst die Verkaufs-Gruppe im Ich-Struktur-Test über den gesamten Zeitraum von 3 Jahren. Hier zeigt das geringe Potential konstruktiver Aggression, daß die Gruppe zunächst aus Menschen besteht, die bei sich kaum die Möglichkeit verspüren, auf andere Menschen zuzugehen, ein Gespräch zu führen, weil sie sehr unsicher sind, meist nicht genau wissen, was sie wollen. Sie haben keinen klaren Standpunkt. Das erhöhte Potential destruktiver Aggression steht für Schuldgefühle, Anforderungen nicht zu genügen oder auch für Schuldzuweisungen, daß andere Menschen mit ihnen falsch umgehen. Daraus resultiert die Neigung zum Kontaktabbruch, das erhöhte Potential an defizitärer Aggression und auch, daß Menschen nicht genau wissen, was sie wollen, meistens wenig Interessen mitbringen, aber auch vieles um sich herum nicht interessant finden. Entweder ziehen sich diese Menschen schweigend zurück oder sind vorwurfsvoll, streitsüchtig und rechthaberisch.

Der niedrige Wert bei konstruktiver Angst verbunden mit höheren Werten bei destruktiver und defizitärer Angst drückt aus, daß die Menschen sich in ihren Beziehungen nicht klar einschätzen können, unsicher sind, unter panischen Angstzuständen leiden oder auch unfähig sind, reale Bedrohungen, Gefahren, aber auch Anforderungen überhaupt wahrzunehmen und realitätsgerecht darauf zu reagieren. Das sehr hohe Potential von destruktivem und defizitärem Narzißmus steht einmal für eine große Diskrepanz zwischen Selbstüberschätzung und phantasiertem Größenselbst und realer Kritik von seiten der Umgebung. Die Menschen fühlen sich tief minderwertig, unbedeutend und ungeliebt. Dies führt zu einer starken Realitätsverkehrung: Zuwendung und Freundlichkeit werden als Leistungsdruck verstanden und mit entsprechendem Mißtrauen beantwortet. Bewältigte Aufgaben werden als große Leistung eingeschätzt, was sie oft nicht sind, so daß es immer wieder zu heftigen Konflikten, gerade bei realen Leistungs- und Lernanforderungen, kommt. Daß der konstruktive Narzißmus erstaunlicherweise im mittleren Durchschnitt liegt, drückt nur aus, daß es sich um Menschen handelt, die die Ursache für ihre eigenen Probleme und Konflikte immer schuldhaft in der Umgebung suchen, ein Teufelskreis, der Lernbeeinträchtigung noch verstärkt.

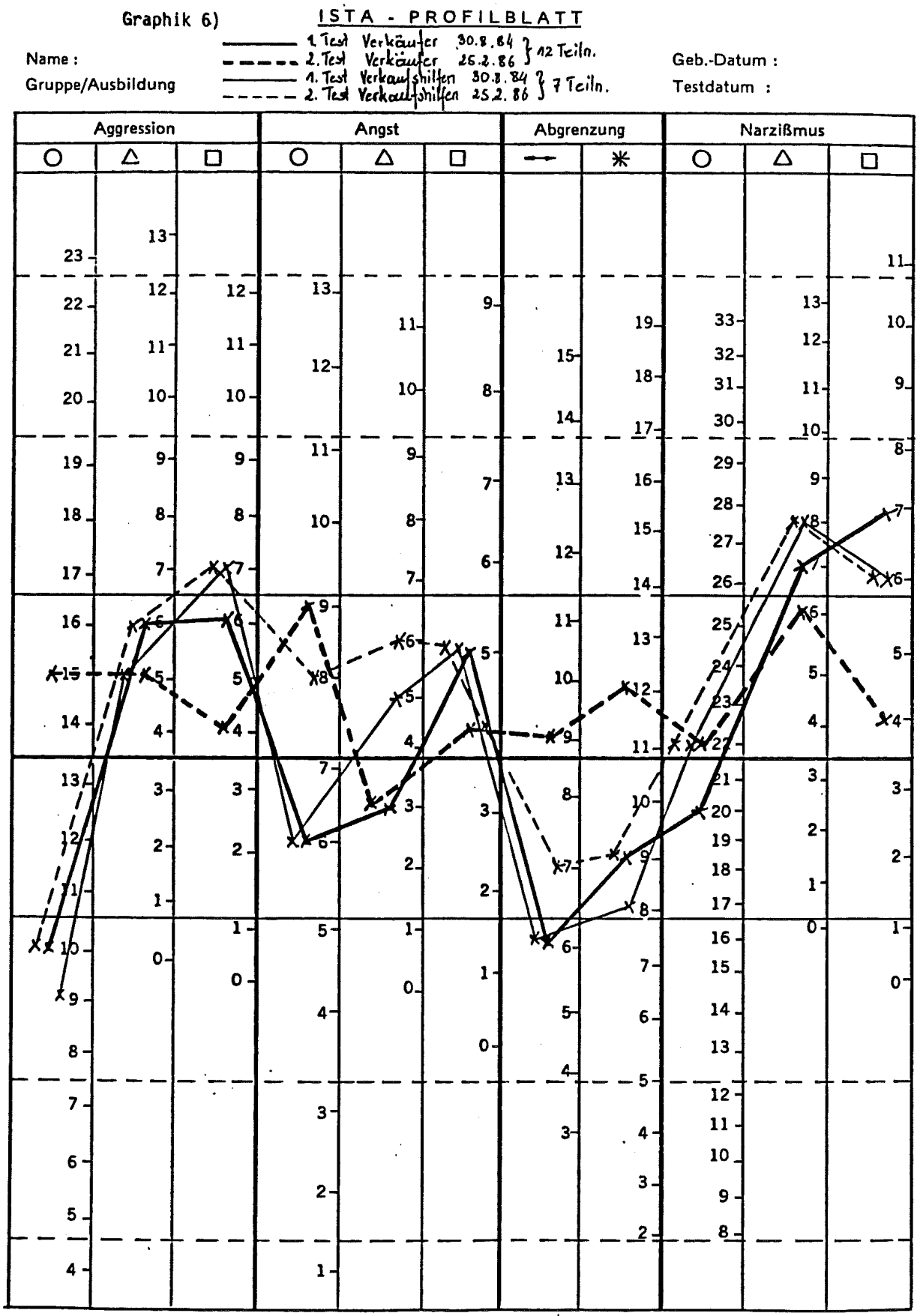
Die Veränderung des Ich-strukturellen Gruppenprofils im Verlauf der 3 Jahre (dargestellt in Graphik 5) scheint zunächst für die ganze Gruppe einen



enormen Ich-strukturellen Realitätszuwachs auszudrücken, wobei die schwarze Kurve für 13 Personen steht, die die Verkäufer-Prüfung machen durften. Die 3 anderen Kurven schließen noch die Verkaufshilfe mit ein.

Betrachten wir die Ausbildungsgruppe am Ende des zweiten Ausbildungsjahres bei der Trennung von Verkaufshilfen von den zukünftigen Verkäufern, so zeigt sich ein ganz anderes Bild (Graphik 6). Im Zeitraum von 2 Jahren ha-

Graphik 6)

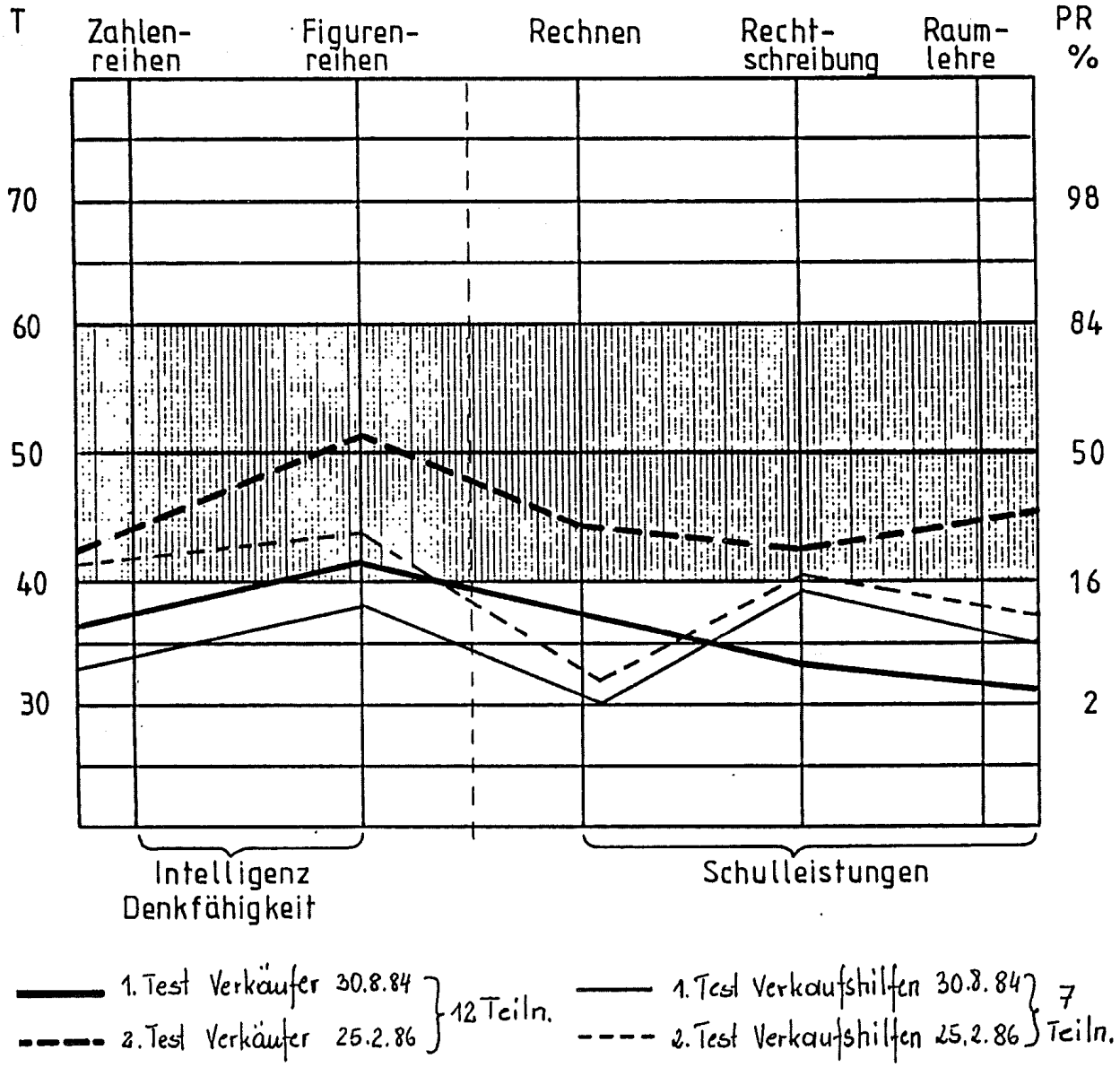


ben die künftigen Verkäufer einen sehr viel größeren Ich-strukturellen Identitätszuwachs zu verzeichnen, während die Verkaufshilfen eher einen Entwicklungsstillstand ausdrücken.

Die gleiche Entwicklung zeichnet sich auch ab in der Betrachtung der testdiagnostisch erfaßten Intelligenz- und Schulleistungsentwicklung (Graphik 7).

Graphik 7)

SABET 84



Der Lernzuwachs der Intelligenz- und Schulleistungsentwicklung ist bei den künftigen Verkäufern im Zeitraum von 2 Jahren deutlich gewachsen, bei den Verkaufshilfen dagegen zeichnet sich im schulischen Bereich keinerlei Wachstum ab. Der Lerngewinn bei den Intelligenzwerten koaliert mit dem Ich-strukturellen Zuwachs in konstruktiver Angst und der Ich-Abgrenzung nach außen und innen sowie der konstruktiven Aggression und der Verminderung der destruktiven Aggression. Dies deckt sich auch mit einer von *Hans Wagner*

und mir 1985 errechneten Korrelation zwischen den genannten Ichstrukturellen Werten und den Intelligenzwerten im SABET 8+.

Aufschluß über diese großen Entwicklungsunterschiede in den beiden Untergruppen ergibt sich aus der Betrachtung der sozialenergetischen Entwicklung, die sich in den Soziogrammen (Graphik 8) aufzeigen läßt. Zum Zeitpunkt der Verkaufshilfe-Prüfung, d.h. am Ende des zweiten Ausbildungsjahres, weist die Untergruppe der künftigen Verkäufer ein deutlich positives Beziehungsgeflecht auf. Diese Untergruppe zeichnet sich aus durch eine geschlossene Gruppengrenze nach außen und innen, durch Vertrauen zu Ausbildern und zu Sozialpädagogen, aber auch durch gegenseitige Verantwortung, was heißt, daß es dem Leistungsbesten nicht gleichgültig ist, wie es den Schlechten geht. In dieser Gruppe herrscht eine Atmosphäre, in der jeder jeden anderen unterstützt und leistungsmäßig mitzieht. Die Untergruppe der Verkaufshilfen dagegen besteht aus Einzelgängern, die sich weder für die künftigen Verkäufer noch untereinander interessieren. Sie geben sich auch untereinander fast ausschließlich Negativwahlen. Sie werden auch von den künftigen Verkäufern nur negativ gewählt. Sie selbst dagegen wählen die künftigen Verkäufer positiv oder gar nicht. Eine nachträgliche Aufsplitterung des Soziogramms, das Ende des 1. Ausbildungsjahres durchgeführt wurde, veranschaulicht, daß sich die soziometrische Entwicklung in 2 Unter-Gruppen bereits früh anbahnte (Graphik 9). Das konstruktive Beziehungsgeflecht der künftigen Verkäufer entwickelt sich im dritten Ausbildungsjahr noch stärker heraus, so daß die Atmosphäre von gegenseitiger Verantwortung, Verständnis, Toleranz und Zuneigung sowie Vertrauen sich noch verdichtet. Dies drückt sich auch in den Abschlußnoten aus: Von 13 Verkäufern schließen 6 mit Note 2, 6 mit Note 3 und 1 mit Note 4 ab.

In der Katamnese, d.h. der Entwicklung nach Ausbildungsabschluß, zeigt sich folgendes: Von 7 Verkaufshilfen arbeitet 20 Monate nach Berufsabschluß niemand in seinem Beruf. Einige arbeiten als Putzfrauen, andere sind arbeitslos, eine junge Frau bemüht sich um eine andere Berufsausbildung. Von den 13 Verkäufern dagegen haben 11 fast 7 Monate nach Ausbildungsabschluß eine Stelle in ihrem Beruf, leben überwiegend nicht mehr zu Hause, teils in eigenen Wohnungen, teils auch mit mehreren zusammen. 2 leben allerdings zu Hause, 1 junge Frau macht den Haushalt ihrer berufstätigen Eltern. 1 andere junge Frau ist arbeitslos und ohne erkennbare Tendenz der Arbeitssuche. Solche Entwicklungen gelten aber nicht nur für die von mir beispielhaft gewählte Verkaufs-Gruppe, sondern auch für alle anderen Ausbildungsbereiche.

Bei einer Besprechung der Testergebnisse aus dem Beispiel Verkaufs-Gruppe mit den Ausbildern und dem Berufsschullehrer zeigte sich einmal eine große Betroffenheit, weil sie für die Entscheidung der Trennung in Verkaufshilfen und künftige Verkäufer verantwortlich sind. Sie gestanden auch zu, möglicherweise den gruppendynamischen Prozeß der Gesamt-Gruppe in den ersten beiden Ausbildungsjahren bewußt oder nicht bewußt mitgesteuert zu haben, da ihnen die Verkaufshilfen von Anfang an schwerer erreichbar und weniger

Graphik 8)

Soziogrammstatus Gruppe: Verkauf M Datum: 25.2.86

23 Teilnehmer
276 mögl. Antworten
226 Antworten = 82%

SS+ : Positiver Soziometrischer Status

SS- : Negativer Soziometrischer Status

	Name	Angst		Erotik		Zusammenarbeit		Freundschaft		Wut		Vorbild		Ergebnis			
		SS+	SS-	SS+	SS-	SS+	SS-	SS+	SS-	SS+	SS-	SS+	SS-	+	-	( )	=
1	Herr Wille		3							3				-	3	3	6
2	Angelika	(1)		(3)		(1)		(3)			1	(1)		9	-	9	10
3	Bettina	(2)	1		1	(2)		(1)	1	1		(1)		6	3	3	10
4	Doris					(1)							1	1	1	-	2
5	Ellen	(1)		(1)		(4)								6	-	6	6
6	Helga	(2)	1	(2)		(5)	1	(3)	1	1	3	(4)	2	16	5	11	25
7	Jutta	(2)		(2)	1	(2)		(2)						8	1	7	9
8	Marion	(1)		(1)		(1)		(2)			1		2	5	2	3	8
9	Marina		1			(1)		(2)			3	(2)		5	1	4	9
10	Michael							(1)						1	-	1	1
11	Petra B.		1			(1)	1	(1)	1	2	1	(1)		3	3	-	9
12	Petra N.						1		1	1	1			-	2	2	4
13	Renate	(1)		(1)		(1)		(1)			1	(1)		5	-	5	6
14	Sabine M			(1)		(1)	2	(1)	1					3	3	-	6
15	Sylwia		4		3		1		1	2				-	9	9	11
16	Agnes													-	-	-	-
17	Anja					(1)					1	(1)		2	-	2	3
18	Dianusch		3		6		1		4				1	-	15	15	15
19	Heidi		1	(1)	3		1		4	1			7	1	16	15	18
20	Ingrid				1									-	1	1	1
21	Klaudia		1				1		1					-	3	3	3
22	Petra O.		2		2		4		3	1			4	-	15	15	16
23	Sabine P.				1		2				2		1	-	4	4	6
24	Silke	(2)									1			2	-	2	3
25	Theresa		1				4	(1)	1	2			1	1	7	6	10
26	Herr Hansen	(6)				(1)						(3)		10	-	10	10
27	Herr Klamm	(1)					1					(2)		3	1	2	4
28	Frau Diemer	(1)										(2)		3	-	3	3
29	Herr Jalle	(1)												1	-	1	1
30	Frau Scholle			(1)										1	-	1	1
31	Frau Hippe				1									-	1	1	1
32	Psychologe										1			-	-	-	1
33	Herr Buche												2	-	2	2	2
34	Britta						1	(1)	1	1			2	1	4	3	6
35	Gruppe A	(10)	8	(11)	5	(20)	6	(17)	6	7	11	(10)	5	68	30	38	116
36	Gruppe B	(2)	8	(1)	13	(1)	13	(1)	13	4	4	(1)	14	6	61	55	75
37	Gruppe insges.	(12)	16	(12)	18	(21)	19	(18)	19	11	15	(11)	19	74	91	17	191
38	andere	(9)	3	(1)	1	(1)	2	(1)	1	4	1	(7)	4	19	11	8	35
39	alle	(21)	19	(13)	19	(22)	21	(19)	20	15	16	(18)	23	93	102	9	226
40																	

förderbar erscheinen. Andererseits muß man ihnen aber auch zugestehen, daß die Ich-strukturellen Entwicklungs- und Lernbedingungen der Verkaufshilfen — hierzu gehören auch die eingangs dargestellten Beispiele Frau Sabine P., Frau Heidi B. und Herr Dianusch M. — sowie auch einiger Verkäufer von

Graphik 9)

Soziogrammstatus — Gruppe: Verkauf U — Datum: 24.5.85

SS+ : Positiver Soziometrischer Status
SS- : Negativer Soziometrischer Status

26 Teilnehmer
312 mögl. Antworten
201 Antworten = 64 %

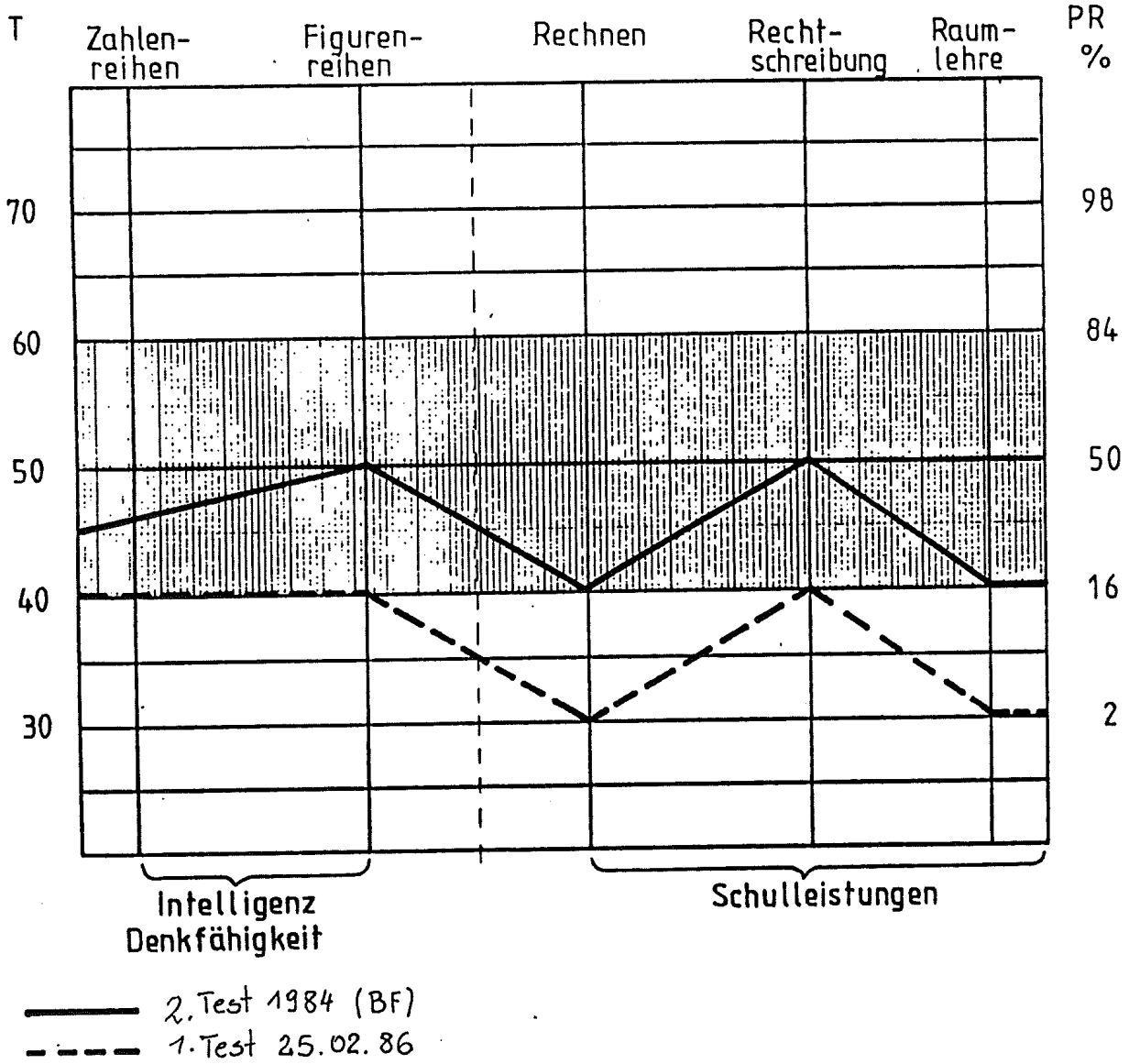
	Name	Angst		Erotik		Zusammenarbeit		Freundschaft		Wut		Vorbild		Ergebnis				
		SS+	SS-	SS+	SS-	SS+	SS-	SS+	SS-	SS+	SS-	SS+	SS-	+	-	( )	=	
1																		
2	Angelika	(1)		(1)		(1)		(2)			•			5	-	5	5	
3	Bettina					(1)		(1)			2			2	-	2	4	
4	Doris		2						1					-	3	3	4	
5	Ellen			(2)		(1)					1	(1)		4	-	4	5	
6	Helga	(1)	1	(1)	1	(1)	1	(3)	1	2		(1)		7	4	3	13	
7	Jutta	(2)		(2)		(1)		(1)			1	(2)		8	-	8	9	
8	Marion	(1)	1			(2)		(1)		2	1	(1)		5	1	4	9	G
9	Marina		2	(1)	1	(1)		(1)		3		(1)	2	4	5	1	12	A
10	Michael						1							-	1	1	1	
11	Petra B.		1		1	(1)								1	2	1	3	
12	Petra N.		1				3	(1)	1	2		(1)		2	5	3	9	
13	Renate	(1)				(2)		(3)			1	(1)		7	-	7	8	
14	Sabine M		1					(1)		1				1	1	-	3	
15	Sylwia	(1)	3	(1)	2	(1)	1	(1)	2		2	(1)	5	5	13	8	20	
16	Agnes	(1)				(1)		(1)			1	(1)		4	-	4	5	
17	Anja				1		1							-	2	2	2	
18	Dianusch				2		3		4					-	9	9	9	
19	Heidi				1	(2)	1	(1)		1	2			3	2	1	8	
20	Ingrid				1				1	1				-	2	2	3	G:
21	Klaudia	(1)				(2)				1				3	-	3	4	B
22	Petra O.		1		4		4		2		2		3	-	14	14	16	
23	Sabine P.												3	-	3	3	3	
24	Silke						1			1			1	-	2	2	3	
25	Theresa		1				2		3				1	-	7	7	7	
26	Britta						1		1					-	2	2	2	G
27	Michaela	(4)		(1)	1	(3)		(2)			1	(6)		16	1	15	18	C
28	Herr Hansen	(2)		(2)								(3)		7	-	7	7	
29	Frl. Kalt	(2)		(3)										5	-	5	5	
30	Herr Klamm	(3)	2											3	2	1	5	
31	Gruppe A	(7)	12	(8)	5	(12)	6	(15)	5	10	8	(9)	7	51	35	16	104	
32	Gruppe B	(2)	2		9	(5)	12	(2)	10	4	5	(1)	8	10	41	33	60	
33	Gruppe C	(4)		(1)	1	(3)	1	(2)	1		1	(6)		16	3	13	20	
34	Gruppe insges.	(13)	14	(9)	15	(20)	19	(19)	16	14	14	(16)	15	77	79	2	184	
35	andere	(7)	2	(5)								(3)		15	2	13	17	
36	alle	(20)	16	(14)	15	(20)	19	(19)	16	14	14	(16)	15	92	81	11	201	
37																		
38																		
39																		
40																		

vornherein sehr viel problematischer waren, was m.E. nur durch ein differenziertes psychotherapeutisch strukturiertes Milieu hätte aufgefangen werden können. Doch gerade auf dem Gebiet der psychotherapeutischen Bedürfnisse im Sinne einer nachholenden Ich-Entwicklung (*Ammon*) sind BBWs nicht eingerichtet.

Graphik 11)

Sabine P.
Verkaufshilfe

SABET 8+



Kinder erfahren innerhalb der Familie sowie auch später in der Schule immer wieder eine Entwertung ihrer eigenen Person und spielen zu Hause und auch in der Schule sowie auch später in der Berufsausbildung eine Opferrolle (Sündenbockdynamik). Nach *Benedetti* demonstrieren Lernbeeinträchtigte ihre Hilflosigkeit, um Aufmerksamkeit zu bekommen.

Abschließend möchte ich meine über fünfjährigen Erfahrungen mit Lernbeeinträchtigten wie folgt zusammenfassen:

1.) Ursache der chronischen Lernstörungen (Leitsymptom) ist nach meiner Erfahrung immer eine psychische Erkrankung aufgrund einer gestörten Primärgruppendynamik, die sich in Schule und Berufsausbildung perpetuiert. Der Aspekt der psychischen Erkrankung wird aber von den verantwortlichen Diagnosestellen nicht diagnostiziert, vermutlich deswegen,

weil die Lernorte Schule und Berufsausbildung für eine Behandlung der ursächlichen psychischen Erkrankungen nicht ausreichen.

2.) Die stärkeren Lernbeeinträchtigungen, die ich am Beispiel der Verkaufshilfen demonstriert habe, lassen sich den von *Ammon* so benannten archaischen Ich-Erkrankungen, verursacht durch den Symbiosekomplex, zuordnen, entweder dem Krankheitsbild der Depression, wenn das Kind nur als unlebendiges, ruhiges und quasi totes Wesen in der Familie toleriert wird, oder es gehört mehr in den Bereich der psychotischen Erkrankungen, wenn dem Kind in der Primärgruppe kein eigener Lebensraum, keine Identitätsentwicklung zugestanden wird, wenn z.B. die Mutter das Kind als Teil ihrer selbst erlebt. Der größte Teil der Lernbeeinträchtigten läßt sich aber eher dem Borderline-Syndrom zuordnen, wobei die Primärgruppe sich dem Kind gegenüber diskontinuierlich verhält. Ein beständiges Gefühl von Geborgenheit wird dem Kind nicht vermittelt. Bezugspersonen jenseits der Familie geben dem Kind beschränkt das Gefühl von Geborgenheit. Während bei »klassischen« Borderline-Erkrankungen schulische und berufliche Leistungen in der Primärgruppe zu Anerkennung führen, ist das bei Lernbeeinträchtigten umgekehrt der Fall im Sinne einer Entwertung, weil ihre Leistungs- und Erfahrungsfähigkeit gerade in der Primärgruppe immer wieder entwertet wird, was sich dann auch in der Schule fortsetzt.

3.) Die weniger schweren, aber immer noch erheblichen chronischen Lernstörungen, wie sie am Beispiel der Verkaufs-Gruppe die Verkäufer aufweisen, lassen sich eher dem neurotischen Krankheitsbild zuordnen. Isolierte Konflikte werden in der Familie tabuisiert. Dem Kind wird aber ein durchgehendes Gefühl von Geborgenheit vermittelt.

An dieser Stelle möchte ich ein Zitat von *Brecht* wiederholen: »Es darf nur lehren, wer auch lernt.« M.E. hat die Sonderpädagogik im Verständnis der Rehabilitation nur wirklich eine Chance, wenn sie sich in ihrer Grundlagenforschung sowie auch ihrer Behandlungsstruktur dem Aspekt der psychischen Erkrankung öffnet und i.S. einer therapeutischen Heilerziehung konzeptionell in ihre Arbeit integriert.

About the Connection of Social Energy, Learning and Development of Identity, shown by Cases of Learning-Handicaps. An Empiric Basic Research about Psychic Illness as Background to Understand Learning Disturbances

Ingo Gemmer (Düsseldorf)

With results from empiric basic research (personality-test, sociogram, learning-test, achievement-test) the author shows mental, psychic and bodily needs for development, which have to be regarded in the treatment of severe and chronified learning- und working- disturbances. He understands handi-

caps of learning as a leading symptom of a non-diagnosed psychic illness. Some case studies illustrate the etiology of these handicaps to the point, where a new institutionalized job-training starts. In the course of his five-years-work in such an institution he has seen no apprentice, whose biography does not show long-term psychic and physical mistreatment, whose life is not determined by intensive brutality and cold emotional environment. Many psychological services subsumate under the diagnosis »learning-disability« only reduced intelligence abilities and chronic problems in school-achievements. If they did overt the connected personality problems, they would have great difficulties to find job-training-institutions for these disturbed apprentices. These institutions take over a great responsibility in treating people, who are not only disabled and handicapped in learning, but have also great disturbances in personal development, as seen in the personality-structure; often the institutions are not prepared for this responsibility.

Although the connection of destructive influences in family and school to development of personality, learning and intelligence is established, there is no systematic basic research and also no integrated treatment of personality-, learning- and intelligence-disturbances in these institutions. The authors investigation is an important link in understanding and treating these people; his holistic approach tries to integrate mental, psychic and bodily dimensions of man and he prefers to speak of therapeutic healing education in this context. Learning as whole in his understanding includes the total personality-structure and the experience-ability of man and is directly dependent from the family dynamics; similar to *Ammon*'s understanding of identity.

In his own empirical investigation with 380 persons in a job-training-institution he shows directly the interdependence of learning, human-structure and social energy. The damaged human-structure, shown at the starting point, is directly corresponding with reduced ability in learning and intelligence. The damaged concept of self is the core of learning-disability. Over the period of 2, 3 or 4 years he has diagnosed and researched in many apprentice-groups and recognized the importance of social-energetic fields in group processes and also dealt with it. He has also seen the importance of needs for development in intellectual, humanstructural and social dimensions and has formed an alliance with these needs within the institution.

The main diagnostic instrument for humanstructural development is the Ego-Structure-Test according to *Ammon* (ISTA). To investigate the socialenergetic processes in the group-development he worked with Ego-Structural-Sociogram according to *Ammon.* The test results are discussed with the concerned persons, with the instructors and with the teachers in order to understand the young people as a whole. Not seldom the co-workers are deeply touched by these insights, which is a turning-point in the treatment of this young people.

The only possibility to work with people suffering of disabilities in a rehabilitative way is to practice the insight, that it is an aspect of psychic illness and

that therapeutic healing education has to integrate all these aspects in a holistic conception. Some of these young people are so severely disturbed, that they need a well-differentiated, therapeutically structured environment, but for these needs job-training-institutions are not equipped.

Literatur

Ammon, G. (1979) Entwurf eines Dynamisch-Psychiatrischen Ich-Struktur-Konzeptes. In: *Ammon, Günter* (Hrsg.) Handbuch der Dyanamischen Psychiatrie. Bd. 1. (München: Ernst Reinhardt)

— (1982) Identität — ein Geschehen an der Grenze von Raum und Zeit. Zum Prinzip der Sozialenergie. In: Dyn. Psychiat. (15) 114—128

— und *Rock, W.* (1979) Über die unbewußte Strukturierung und gruppenabhängige Entwicklung der Persönlichkeit. In: Dyn. Psychiat. (12) 377—394

Ammon, G.; Burbiel, I.; Finke, G.; Wagner, H. (1982a) Ergebnisse Dynamisch-Psychiatrischer Forschung. In: *Ammon, Günter* (Hrsg.) Handbuch der Dynamischen Psychiatrie. Bd. 2. (München: Ernst Reinhardt)

Altstaedt, I. (1977) Lernbehindert. (Hamburg: Rowohlt)

Burbiel, I.; Wagner, H. (1984) Einige Ergebnisse Dynamisch-Psychiatrischer Effizienzforschung. In: Dyn. Psychiat. (17) 468—500

Gemmer, I. (1986) Zur Bedeutung narzißtischer Störungen für das Lernen. (Unveröffentlichter Vortrag)

Gemmer, I.; Wagner, H. (1984) Zum ichstrukturellen Verständnis der sog. Lernbehinderung — eine Untersuchung mit dem ISTA in einem Berufsbildungswerk (unveröffentlichter Vortrag)

Horn, H. unter Mitarbeit von *Berg, D., Horn, R., May, K.H., Raatz, U.* (1972) Schulabschluß und Berufseintrittstest Sabet 8+ (Weinheim: Beltz)

Kanter, G. (1980): Lernbehinderung und die Personengruppe der Lernbehinderten. In: Handbuch der Sonderpädagogik. Bd. 4: Pädagogik der Lernbehinderten. (Berlin: Carl Marholdt)

Nissen, G. (1972) Intelligenz, Lernen und Lernstörungen. (Berlin, Heidelberg, New York: Springer)

Roth, Ostwald, Damenlang (1972): Intelligenz (Kohlhammer)

Widdel, H. (1977) Attribuierungsfragebogen für Erfolg und Mißerfolg in der Schule AEM 5—7. In: *Ingenkamp, K.H.* (Hrsg.) Deutsche Schultests. (Weinheim: Beltz)

Anschrift des Autors:
Ingo Gemmer
Inselstraße 31
4000 Düsseldorf 30

Schizophrenia and Concepts of Split in the Corporal Self in a Clinical Model of Body-Character Psychotherapy**

Luciano Rispoli (Neapel)*

Anliegen des Autors, der in der Tradition der charakteranalytischen Vegetotherapie Wilhelm Reichs steht, ist es, die schizophrene Erkrankung auf dem Hintergrund eines Krankheitsverständnisses zu beschreiben, das sowohl psychische wie körperliche Störungen als Ausdruck von Spaltungen zwischen den verschiedenen funktionalen Bereichen des Körper-Selbst ansieht. Es werden ein emotional-affektiver, ein Körper-Struktur-, ein physiologischer und ein symbolischer Bereich unterschieden. Der Autor geht von einer ursprünglich gegebenen Integration der verschiedenen funktionalen Bereiche aus, die durch den therapeutischen Prozeß der psychosomatischen Regression wiedererlangt werden soll.

In the most recent developments of body psychotherapy (which originated with *Wilhelm Reich*'s character analytic vegetotherapy) there has been an increased consistency to the concept of an original integration of the structures and functions of the human being, a concept which once and for all goes beyond the dichotomies of psyche and soma or verbal-nonverbal.

Such a complex multifunctional structure, defined »corporal-self«, has been studied in its development (from birth onwards) and in the way it becomes altered or unbalanced.

In this model there is an integration in origin of levels, processes and functions in the infant, which, even if in a much simplified manner, comprises the entire range of abilities and potential to be developed.

For descriptive purposes the corporal self can be devided into four areas:

1. emotive-affective: the area in which all activity takes on meanings, a kind of emotional tonality, in relationships with the external;
2. postural: relating to the muscular configuration and expression of the body;
3. physiological: relating to the functioning of the organs and internal apparatus;
4. symbolic: connected to the cognitive processes, fantasy and imagination.

In the first schema we may see (fig. 1) the original nucleus of the self with deep-set interrelations between the various levels. In fig. 2 what is highlighted is the beginning of a separation of the functional areas which become less and less mobile, more and more rigid, less and less interconnected. The circle with dotted lines represents the structure of false self in formation. Finally in fig. 3

* Dr., Lehranalytiker und Präsident der Società Italiana di Vegetoterapia, Präsident des Centro Studi Wilhelm Reich

** Vortrag gehalten auf dem 6. Weltkongreß der WADP / XIX. Internationalen Symposium der DAP, 7.—12. März 1988, Ludwig-Maximilians-Universität München

we can see the diagram at a more advanced and more specific stage of the splitting process.

With regard to the origins of the pathological condition, the research hypothesis is that all disturbances can be traced to a psychosomatic alteration in the organism, in particular to possible splits between different functional areas or even a split within one particular area. In such a way interaction between the various parts of the self is modified or broken-off, connections remain only at very deep-set levels, which go too far back to permit a transfer of meaning or movement from one area to another, one zone to another, from one functional process to the next. In such a way it is not possible, within the hypothesis of personality formation, to speak of one or other process or structure as »dominating« since both would depend on historical evolution in which alternating processes crystallize into structures, which in turn permeate the new processes which derive from this.

Morphological structure (e.g. a part of the body which is enlarged or particularly small, asymmetry between upper and lower parts of the body, between right side and left side etc.) can have a decisive influence on a person's perceptions and the functional area of the emotions. A rigidity and a limiting of movement and posture can be reflected in a cognitive and creative limitation.

Splits, which in turn are encapsulated in a rigidified psychosomatic configuration (»defence« system, body memory etc.) are a result of the negative impact of expression and movement in the child in the environment, of lack of acceptance, or painful or precocious tendencies forced to overdevelop one or more particular area of the corporal self (the most frequent cases are those where either the cognitive or emotional area is overdeveloped).

Let us now turn to fig. 4. The case of Nicola, a man of 34. His father was either uninterested or absent but also violent. His mother was extremely interfering and hard. Nicola suffers from headaches on a cyclical basis, severe enough to cause vomiting; he also suffers from pains which shoot through his body without warning. He experiences irresistable urges to masturbate on night using, against his will, memories and images of violence he suffered at the hands of his mother and his aunt who subjected him to frequent and humiliating enemas. He discovered masturbation at 23 and has never had sexual relations with a woman. At 6 or 7 he had religious fears. He suffered an attempted homosexual rape, at 12. He has sleeping difficulties, both in getting to sleep and in waking up. He underwent Jungian analysis for 5 years, without much result, before coming to me.

He is particularly anxious (and almost manages to hide it) about a symptom that he has had since childhood and which is becoming steadily worse: with out warning he suffers a total block, remaining immobile for some time, sweating, unable to do anything (sometimes for as much as an hour at a time).

We can observe from the diagram how within the same area, the cognitive, a split was hypothesised between the level of fantasies (uncontrollable, repeti-

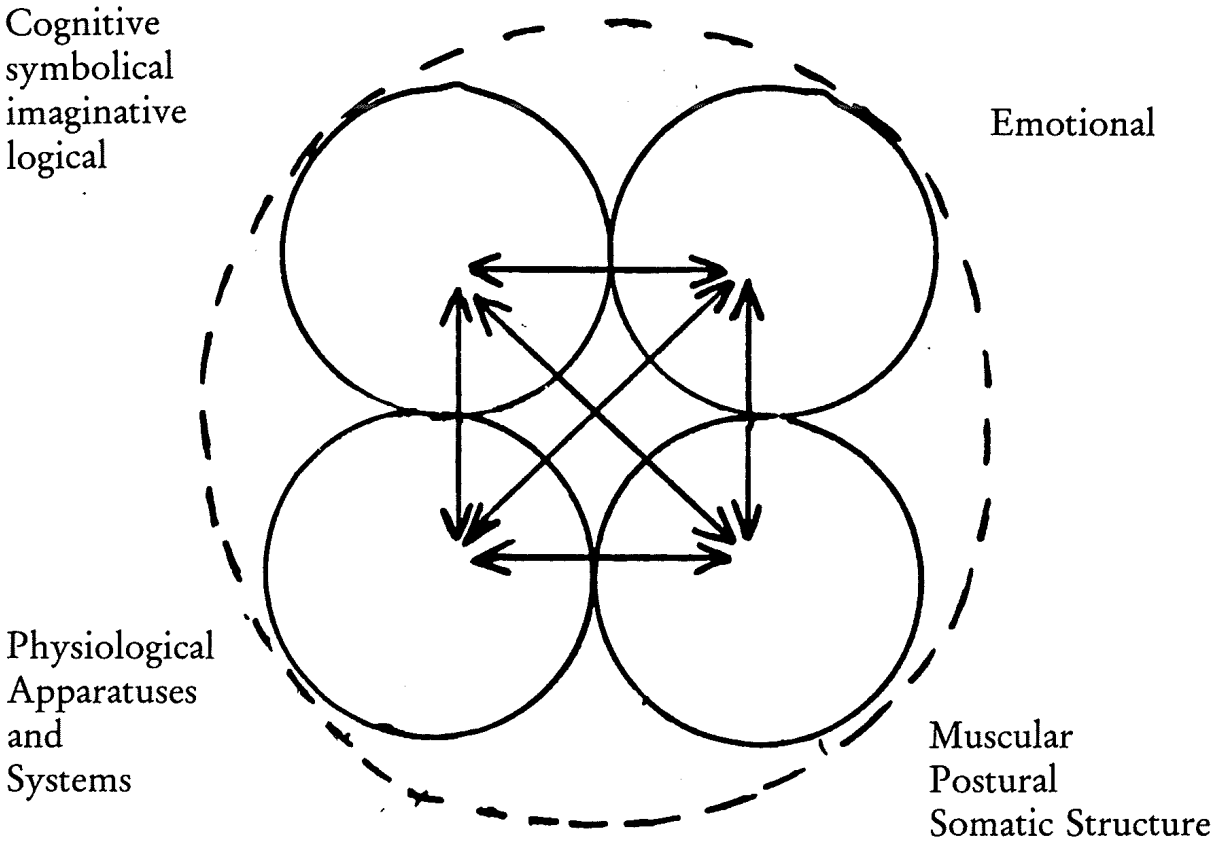


Fig. 1: Original Self

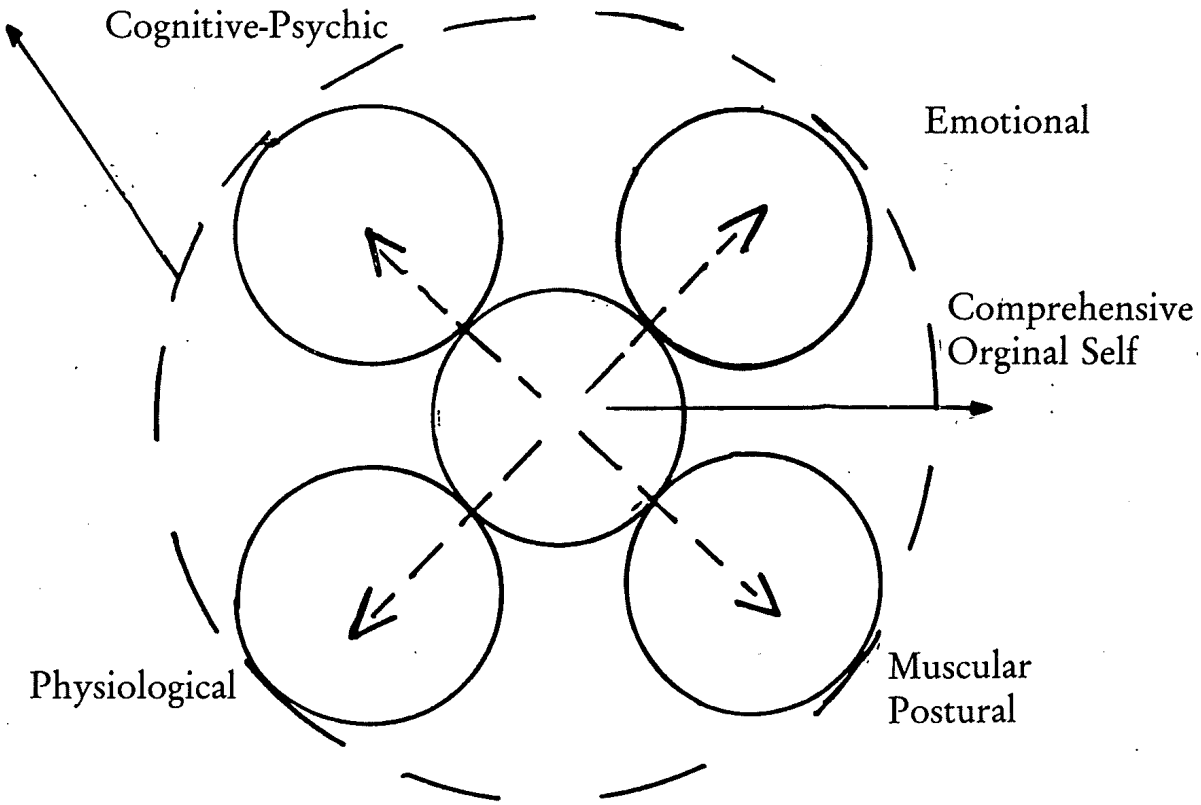


Fig. 2: False Self in Formation

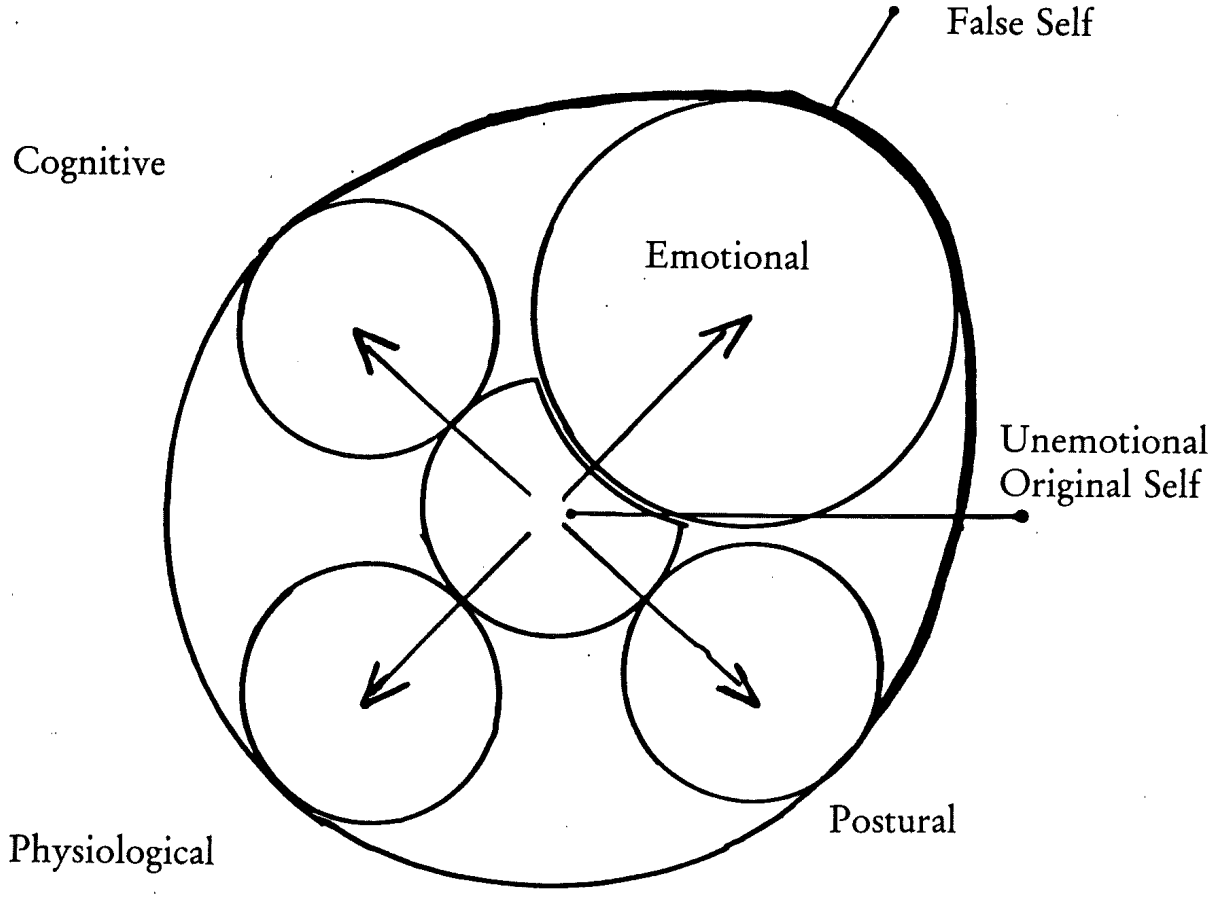


Fig. 3

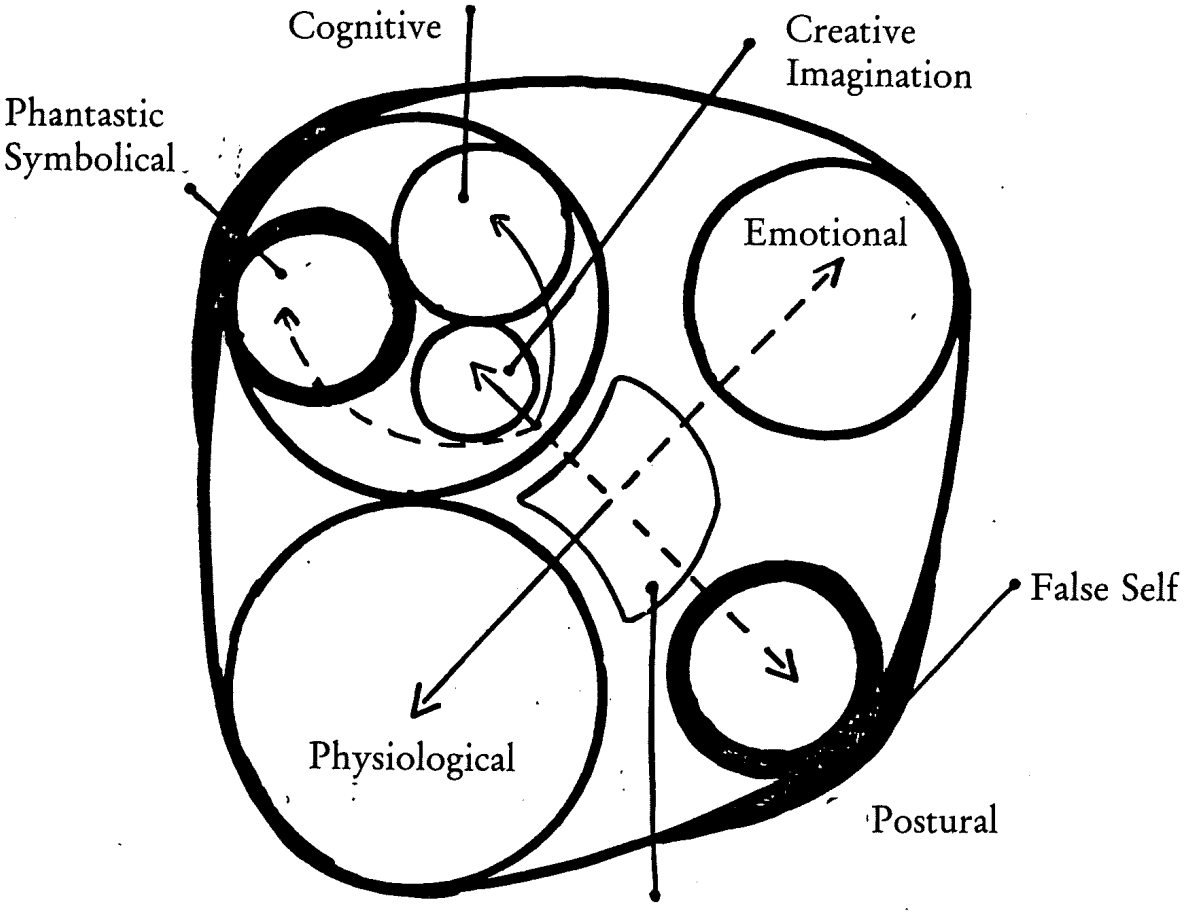


Fig. 4: Deep Split of the Self in Schizoprenia

tive and scaring) and symbolic (fearful dreams) and that of the rational and aware.

The two levels function in alternation, one instead of the other, as do the emotions and movement. In reality the symptom of the block is a result of a profound split between the postural and the emotive which has seriously damaged the original nucleus of the self. In fact, in Nicola emotive movement, although underdeveloped, is still disconnected from corporal movement and causes tangible disorders on the physiological level (the headaches and vomiting, sleep disturbances etc.). What is more, physical sensations are not consciously perceived except, without warning, as pain. Nicola can hardly feel his own body and rarely in a pleasant way. The physiological dominates, linked only in subterranean fashion with the emotional. The false-Self has become thickened in correspondance with the cognitive and postural areas, with the latter particularly scleroticised and rigid.

Nicola has noticeable difficulty in taking up positions and carrying out movement and, to give one example, cannot stay standing in one position for more than a few seconds at a time, but is immediately seized by repetitive and stereotyped movements. All this is linked, as we have said, to a dangerous erosion of the original nucleus of the self, which has been notably reduced and undermined by deep splits.

On the level of prognosis, the treatment of this case lasted for a little more than three years, with a total of 92 sessions on a weekly basis. The first symptoms to improve and disappear were the insomnia, the headaches and vomisting and the capacity to perceive his own body with physical well-being. Gradually getting down to the original nucleus and slowly and patiently repairing the splits (at least the most macroscopic ones) we got into Nicola's indirect and profound fear, his basic diffidence, into his catatonic block, setting in motion simultaneously both his physiological corporal movements and emotions that he had never been able to express openly, such as rage and open hostility.

The symptoms and phenomena of dissociation, catatonia, depersonalisation, fracture and lack of self which are usually considered in the complex syndrome of schizophrenia, are frequently also present, in body-psychotherapy, in patients who have not been classed as schizophrenic or with dominant schizophrenic signs.

E.g. Laura who would obsessively »see« herself from the outside and was plagued by a thought which checked repetitively on her thinking. Armando who had moments of strange sensations and visions that terrorized him and periods of real »absence«.

Thus, all these syndromes, including schizophrenia, can be traced back in etiological terms to a concept of split, which is detectable and can be found even in very young children. They are noted for the gravity and depth of the splits between the functional processes of the self, such that the original central nucleus is eroded and a false-self is substituted, consisting of hypertrophic alterations grafted on to defensive reaction formations.

Such a theory reconstitutes a continuity and unity both between psychic and somatic disturbances and between schizophrenia and other psychopathological syndromes.

With reference to such theoretical hypotheses, we can go further and say that in body-psychotherapy we frequently observe during treatment brief sensations of splitting, original existential anxiety, loss of consistency and archaic integration, similar to and identical with schizophrenic symptoms, but as mere brief episodes innocuous, characteristic of the therapeutic process itself. This would seem to confirm the validity of the corporal-self-model (in considering the functional processes of the human organism) and the need to pay attention to incongruencies, discrepancies, contradictions between what is expressed on one level with respect to another, or sometimes within one level.

In the area of therapeutic technique several important considerations derive from these theoretical developments. I shall limit myself here to mentioning the cardinal points of psychosomatic regression and reconnection of integrated areas.

While we continue to consider fundamental such tools as the relationship and the field of transference, I would like to emphasize here that our intervention takes place on all the functional levels of the corporal Self, and it is in this sense, we may conceive of psychosomatic regression, neither strictly chronological, nor topic, but capable of leading us to inner, deeper zones where the primary integration still exists: meaning, movement and emotion united.

The proposed schemata are of great help in indicating the paths to take in this delicate journey of regression that of the functional areas which are less separated and rigid, more mobile and even more developed but where the false-self is not thickened and well defended. This does not mean that for each patient one will use just one level of the corporal self, one modality of regression but for each one there exists a special track or fast lane (massage, dreams, comprehension, postures, memories, breathing, etc.) which must always be accompanied by intervention on all the other levels as well.

The schemata give us another possibility: that of understanding which reconnections, which repairs are more urgent than others, where to start from in order to widen the integrated areas of the original corporal self. But what becomes clear is the need to put back together the various parts of the Self, with the relevant functional processes, which belong to the complex sphere of relations. We consider the relation (including the social implications) on a wider level considering man as a whole structure, including both corporal and physiological and with a need therefore to act on all the levels which go to make up the structure.

As a result we have an essential continuum in pathologies (in particular with reference to schizophrenia and other psychic syndromes, but also between psychic and somatic syndromes) and also a continuity between illness (change, splits), prevention (the development of all levels of the self) and well-being (mobility and breadth of functional processes).

Schizophrenie und Spaltung im Körper-Selbst in einem klinischen Modell charakteranalytischer Körpertherapie

Luciano Rispoli (Neapel)

Das theoretische und klinische Modell der charakteranalytischen Körpertherapie, so hebt der Autor zu Beginn hervor, hat seine Wurzeln in der charakteranalytischen Vegetotherapie *Wilhelm Reichs*. Neuere Entwicklungen haben das Körper-Selbst als eine multifunktionale Struktur definiert. Dieses Modell geht von einer ursprünglichen, beim Kind gegebenen Integration von Ebenen, Prozessen und Funktionen aus, die den gesamten Bereich von zu entfaltenden Fähigkeiten und Möglichkeiten beinhaltet.

Es werden vier Bereiche innerhalb des Körper-Selbst unterschieden:

1. der emotional-affektive Bereich,
2. die Körperstruktur (Muskulatur, Körperhaltung und -ausdruck)
3. der physiologische Bereich
4. der symbolische Bereich (kognitive Prozesse, Phantasie und Imagination).

Die Forschungshypothese des Autors besagt, daß alle Störungen auf eine psychosomatische Veränderung im Organismus zurückgeführt werden können, und zwar auf mögliche Spaltungen zwischen verschiedenen funktionalen Bereichen oder auch eine Spaltung innerhalb eines Bereichs. Die Interaktion zwischen den verschiedenen Teilen des Selbst ist gestört oder abgebrochen.

Diese Spaltungen, welche wiederum in einer rigiden psychosomatischen Struktur eingekapselt und abgewehrt werden, resultieren aus der negativen Haltung der Umwelt gegenüber Ausdruck und Bewegung des Kindes. Sie werden auch zurückgeführt auf die erzwungene übermäßige Entwicklung eines besonderen Bereichs des Körper-Selbst — meistens ist entweder der kognitive oder der emotionale Bereich überentwickelt.

Die Schizophrenie wird gekennzeichnet durch besonders schwere, tiefe und in die früheste Kindheit reichende Spaltungen zwischen den funktionalen Prozessen des Selbst: sein ursprünglicher zentraler Kern wird ausgehöhlt und durch ein falsches Selbst ersetzt.

Die therapeutische Arbeit, die anhand eines Fallbeispiels erläutert wird, zielt auf eine psychosomatische Regression auf die tiefen Ebenen ab, auf denen die ursprüngliche Integration noch existiert. Therapeutische Methoden sind dabei u.a. Massage, Atemarbeit, aber auch Traumanalyse und ein verstehender Zugang zum Patienten.

Aufgrund seiner Erfahrungen kommt der Autor zu dem Schluß, eine Kontinuität und Einheit anzunehmen zwischen psychischen und körperlichen Störungen und zwischen der Schizophrenie und anderen psychopathologischen Syndromen.

Literature at the author

Author's Address:
Dr. Luciano Rispoli
Società Italiana Vegetoterapia e Psicoterapia Corporea, S.I.V.
Salita San Filipo, 1/C, 80122 Napoli, Italia

Die jüdische Einstellung zu den physiologischen und psychologischen Bedürfnissen des Menschen**

Jochak Shapira (Haifa)*

Der Autor stellt in seiner Arbeit einige zentrale Elemente jüdischer Ethik dar, die alle um die Frage kreisen: wie ist mit den menschlichen Bedürfnissen, Trieben und Fähigkeiten so umzugehen, daß sie zu weiterer menschlicher und gesellschaftlicher Entwicklung führen und nicht in der Massenkatastrophe enden. Denn im Bereich menschlicher Möglichkeiten liegen beide Alternativen. Nach Auffassung des Judentums ist eine destruktive Richtung nicht dadurch zu verhindern, daß menschliche Bedürfnisse unterdrückt werden, sondern im Gegenteil nur dadurch, daß sie maßvoll und kontrolliert befriedigt werden; d.h. daß der Mensch sich mit allen seinen Bedürfnissen akzeptiert und nach ihrer ausgewogenen Realisierung im Sinne umfassender Selbstverwirklichung strebt. In einer Gesellschaft wie der unseren, die sich durch Lustfeindlichkeit und Lebensverbote einerseits, extremen Hedonismus andererseits auszeichnet und genau dadurch immer mehr auf den Abgrund zusteuert, kann eine Besinnung auf die jüdischen Traditionen und ihre grundsätzliche Lebensbejahung neue und positive Anstöße vermitteln.

Einleitung

Das höchst entwickelte und intelligenteste aller Lebewesen, aber auch das komplizierteste und vielfältigste ist der Mensch. Er lebt mit inneren Widersprüchen und gegensätzlichen Bestrebungen. Wenn er will, erreicht er die Höhen, doch in einem Augenblick kann er in die Tiefe sinken. Er kann eine ganze Welt aufbauen oder sie zerstören. Mit seinen Gedanken durchschweift er das Weltall und kann seine kühnsten Pläne verwirklichen. Seine physischen und psychischen Bedürfnisse, seine Triebe und sein Schaffensdrang können Leben spenden, können aber auch ihn selbst und seine Umwelt vernichten. Dies war immer wahr; heute jedoch ist es wahrer als je.

Mit seiner Geisteskraft erfaßt der Mensch die Geheimnisse der Schöpfung, doch wenn er diese Kraft falsch anwendet, kann er die Schöpfung zerstören. Dies trifft auch auf die ihm dienstbaren Naturkräfte zu. Die Atomwissenschaft vermag Friede auf Erden zu stiften und dem Menschen zu helfen, und kann andererseits die Menschheit vernichten. Diese Kräfte sind vorhanden und können nicht ignoriert werden, doch dürfen sie nicht ungezügelt angewendet werden, denn die Befürchtung besteht, daß der Golem sich gegen seinen Schöpfer erhebt und ihn überwältigt.

Die Bedürfnisse des Menschen

Der Mensch besteht aus zwei Elementen, und dies trifft auch auf seine Be-

* Chief Rabbi, Direktor der talmudischen Hochschule in Haifa, Mitglied des Board of the World Association for Medicine and Law in Israel.

** Vortrag gehalten auf dem 6. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP / XIX. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), 7.—11. März 1988, Ludwig-Maximilians-Universität München

dürfnisse zu. In ihm sind Körperlichkeit und Geist vereint, und er muß die Bedürfnisse beider befriedigen. Die Bedürfnisse des Körpers sind physisch: Essen, Trinken, Sex usw. Die geistigen Bedürfnisse sind die Erwerbung von Weisheit, seelische Befriedigung, Gesellschaft usw. Jedes dieser Bedürfnisse ist dualistisch in seiner Realisierung: Der Mensch ißt, um am Leben zu bleiben, und dann ist das Essen ein positiver Vorgang. Wer aber unmäßig im Essen ist, um seiner Gier zu frönen, schadet sich selbst körperlich und seelisch. Die Gewohnheit, seinen Begierden blindlings nachzugeben macht ihn zu ihrem Sklaven, der sich nicht zurückhalten kann, selbst wenn ihm dies schadet oder Gefahr bringt, wie zum Beispiel wenn ein Zuckerkranker Süßigkeiten ißt.

Auch das Streben nach Weisheit hat zwei Aspekte. In den Worten des Propheten Hosea: Die Gerechten wandeln in ihren Pfaden, aber die Frevler kommen dabei zu Fall.

Die Erschaffung des ersten Menschen

Um diesen Dualismus und diese Vielschichtigkeit zu erfassen, ist es angebracht, den biblischen Bericht über die Erschaffung des Menschen durch Gott mit tieferem Verständnis zu lesen.

Im Buche Genesis (I/26) lesen wir: »Und Gott sprach: Lasset uns den Menschen machen, in unserem Ebenbild und Abbild, zu herrschen über die Fische im Meer und über die Vögel unter dem Himmel und über das Vieh und über die ganze Erde. . .«, und in der Folge (Genesis II, 7) heißt es: »Und Gott der Herr formte den Menschen aus Erde und blies ihm den Odem des Lebens in seine Nase. Und so ward der Mensch ein lebendiges Wesen.«

In der Welt gibt es zwei Arten von Geschöpfen, deren Ursprung verschiedenartig ist. Ein Teil der Geschöpfe wurde aus Erde erschaffen, und sie sind physischer Natur; ein Teil sind himmlische Wesen, die aus geistigen, metaphysischen Kräften erschaffen wurden. Als der Mensch erschaffen wurde, wurden in ihm beide Quellen, beide Methoden der Schöpfung vereint. Himmlisch ist sein geistiger Teil, seine Seele, und aus Erde wurde sein Körper, seine Materie geschaffen. Es ist bemerkenswert, daß die hebräische Sprache zwei Bezeichnungen für das menschliche Wesen hat: *›Adam‹* und *›Isch‹*. Die Bezeichnung *›Adam‹* ist von dem Wort *›Adama‹* — Erde abgeleitet. Das Wort *›Isch‹* enthält die beiden Buchstaben des Wortes *›Esch‹* — Feuer, sowie den Buchstaben *'Jod'*, der ein Bestandteil des göttlichen Namens ist. Dies bringt die beiden Komponenten des Menschen zum Ausdruck: die körperliche Kraft, die aus der Erde stammt, und die Kraft des »Feuers«. Es wird hier angedeutet, daß das körperliche Element allein destruktiv sein kann, wie das verzehrende Feuer. Die Zufügung des Buchstaben *'Jod'* des göttlichen Namens, die Veredelung und Heiligung, diese allein sichern die Existenz des Menschen auf Erden.

Das Verhältnis des Weltschöpfers zur Welt der Materie und des Geistes

Als die Erschaffung des Menschen vollendet war, so berichtet die Bibel (Ge-

nesis I, 31) ». . . da sah Gott alles was Er geschaffen hatte, und siehe, es war sehr gut.« Unsere alten Weisen (in Midrasch Rabba IX, 3) bemerken zu diesem Vers, daß die Worte »alles was Er geschaffen hatte« sich auf beide Welten beziehen, auf das *Diesseits* und das *Jenseits.* Beide Welten erfaßte Gott mit seinem Blick und beide werden als »sehr gut« bezeichnet.

In einer weiteren Auslegung bemerken unsere Weisen: Die Worte 'und siehe es war sehr gut' beziehen sich auf den guten Trieb und den bösen Trieb. Sie werfen die Frage auf: Ist denn der böse Trieb sehr gut? und beantworten diese Frage mit den treffenden Worten: »Ohne den bösen Trieb würde kein Mensch sich ein Haus errichten, würde nicht heiraten, Kinder zeugen und sich dem Erwerb widmen.«

Nach der üblichen Auffassung ist die Welt in zwei geteilt — in eine materielle und in eine geistige Welt. Die rein geistige Welt ist mit dem guten Trieb verbunden, und von ihr sagt König David (Psalm 115, 16): »Die Himmel sind die Himmel des Herrn«, das heißt, himmlische Dinge haben ihren Ursprung in der Schechinah, dem Geist Gottes. Die materielle Welt hingegen entspringt aus dem bösen Trieb, den physischen Begierden und Leidenschaften, und von ihr sagt König David im selben Vers: ». . .aber die Erde hat er den Menschenkindern gegeben«, das heißt, die Erdgebundenheit gehört zum Menschen und ist bösen Ursprungs, und deshalb muß der Mensch sich davon fernhalten, denn sie könnte ihn von seiner höheren Bestimmung, dem Willen des Schöpfers gemäß, abbringen.

Die Wahrheit jedoch ist in den Worten des Propheten Jeremia (Klagelieder III, 38) enthalten: »Nichts Böses kommt aus dem Munde des Allerhöchsten«, das heißt, alles was Gott in seiner Welt erschuf, hat einen guten Zweck, sowohl das, was uns als gut erscheint, wie das, was wir für böse halten. Dies trifft auf die gesamte Schöpfung zu, besonders aber auf den Menschen, bei dessen Erschaffung Gott sprach: »Lasset uns den Menschen in unserem Ebenbilde machen«, was besagt, daß das ganze Wesen des Menschen mit all seinen Bestandteilen ein Abbild des Göttlichen ist. Es ist daher unrichtig, irgendeine Eigenschaft, irgendein Bestreben des Menschen als absolut negativ zu betrachten. Wir müssen daher näher auf die Kräfte, Triebe und Leidenschaften des Menschen eingehen, um in ihnen den inneren, positiven Sinn zu erkennen.

Die Erklärung unserer Weisen, die ich bereits zitierte, daß »Gott beide Welten, die diesseitige und die jenseitige Welt, mit einem Blick erfaßte« besagt, daß Er beide Welten zwecks der geistigen Sinngebung der Schöpfung erschuf, und daß jede der zwei Welten ihre gute und nutzvolle Anwendung hat. Es ist allerdings wahr, daß des Menschen Weisheit nicht auslangt, um stets zu wissen, was gut und was böse ist, denn er folgt seinen Wünschen und Begehren. Daher müssen wir uns Gott, unserem Schöpfer zuwenden, auf daß Er den richtigen Weg zeige, den wir gehen müssen. Dieser Weg, diese Anweisung ist die Torah — die göttliche Lehre.

Der zweite Ausspruch unserer Weisen offenbart uns einen anderen Aspekt der geheimisvollen Schöpfung. Wenn nämlich unsere Weisen sagen: »Ohne

den bösen Trieb würde kein Mensch sich ein Haus errichten, würde nicht heiraten, würde keine Kinder zeugen. . .«, so besagt das, daß die physischen und materiellen Bestrebungen des Menschen, der Selbsterhaltungstrieb, der Drang, die physische Welt zu entwickeln und ihr Bestehen zu sichern, alle aus dem bösen Trieb entspringen. Der böse Trieb per se ist nicht destruktiv, sondern ist die vorherrschende Kraft der materiellen Welt. Wäre er nicht, würde der Mensch sich von allem enthalten, würde sich in seine geistige Welt verschließen, und Frau, Kindern, seiner Umwelt und allem fernbleiben.

Es ist kein Zufall, daß das hebräische Wort *Jetzer* in der Bezeichnung für den guten Trieb — *Jetzer Hatov* und den bösen Trieb — *Jetzer Hara* enthalten ist, denn das Wort *Jetzer* stammt von dem Wort *Jetzira — Schöpfung, Werk.* Denn nur durch diese beiden Kräfte entwickelt sich und besteht die Welt; dies unter der Bedingung, daß man diese Kräfte schöpferisch anwendet. Wenn sie jedoch negativ verwandt werden, dann sind sie destruktiv.

Der Geschlechtstrieb

Der stärkste Drang und natürliche Begierde des Menschen ist der Geschlechtstrieb.

Durch ihn erschafft der Mensch Welten und Geschöpfe, doch können durch diesen Trieb auch Menschenleben vernichtet und Katastrophen verursacht werden und Kriege entstehen.

Es ist bedeutungsvoll, daß gleich nach ihrer Erschaffung Adam und Eva das Gebot erhielten: »Seid fruchtbar und mehret Euch!« Der Mensch, der sich von diesem Gebot der Kinderzeugung enthält, macht sich dadurch strafbar, und von ihm wird gesagt, daß er die geistige Struktur der Welt sabotiert und das göttliche Ebenbild in der Welt vermindert. Gleich bei seinem ersten Auftreten erhielt der Geschlechtstrieb seinen geheiligten Zweckbereich, dessentwegen er dem Menschen verliehen wurde. Tatsächlich obliegt neben dem Gebote der Zeugung von Kindern dem Gatten die Pflicht, die geschlechtlichen Bedürfnisse seiner Frau zu befriedigen, denn diese naturgegebene Leidenschaft einigt und vereint das Paar und trägt zu ihrer Lebensfreude und ihrem Wohlergehen bei. Das jüdische Religionsgesetz wählt geeignete Zeiten und diejenigen körperlichen und seelischen Umstände, in denen das Ehepaar einen Höhepunkt der Freude und der Befriedigung in den ehelichen Beziehungen erreichen kann — an Festtagen und am Sabbath, an den Tagen, an denen die Frau religionsgesetzlich rein ist, usw.

Zahlreiche religiöse Bestimmungen und Erzählungen über die großen Persönlichkeiten in der Bibel und im Talmud zeigen uns die positive Einstellung des Judentums zum Thema »Geschlechtsleben« und zum Familienleben. Einige Beispiele seien hier erwähnt:

Die erste Ehe in der Menschheitsgeschichte ist die Ehe Adams und Evas. Gott selbst trug zum Erfolg dieser Ehe bei, wie der Midrasch bildlich erzählt: Er schmückte Eva mit Kleinoden, um sie für Adam anziehend zu machen und

richtete die Hochzeit aus. Der Name *Adam* wurde dem ersten Menschen verliehen, nachdem er Eva geheiratet hatte, und betreffs beider Ehegatten sagt die Heilige Schrift: ›*Gott gab ihnen den Namen Adam.*‹ Der Mensch wird vollkommen in der Erfüllung seiner geistigen,ihm eigenen Bestimmung, nachdem er eine Frau ehelicht und seinen Teil zum Fortbestand der Welt beiträgt. Das Judentum befürwortet nicht die Enthaltsamheit vom geschlechtlichen Leben. Es sieht darin kein Positivum; im Gegenteil, es vereint sie, und im Religionsgesetz gibt es viele Einschränkungen betreffend den unverheirateten Mann, den Hagestolz. Die religiöse Praxis befürwortet eine zweite Ehe, wenn die erste Frau stirbt, und dies selbst dann, wenn der Mann bereits im vorgerückten Alter steht.

Es ist interessant in diesem Zusammenhang, daß der Hohepriester, die höchste religiöse Autorität, verheiratet sein mußte, wenn er die besonderen Sühneopfer am Jom Kippur, dem Versöhnungstag — dem heiligsten Tag des Jahres — darzubringen hatte. Wenn seine Frau vor dem Versöhnungstag starb, mußte er vor Eintritt des Feiertags eine andere Frau ehelichen, und wenn ihm dies nicht möglich war, mußte er seine Stellung an einen anderen Priester abtreten. Dies, weil dem Alleinstehenden die Verbindung zur Allgemeinheit, die natürliche Beziehung zur Umwelt fehlt. Seine Gedanken sind nicht rein. Der natürliche Geschlechtstrieb pocht in ihm und versetzt ihn in Unruhe, und selbst wenn er versucht, ihn nicht zu beachten, kann er sich nicht von ihm freimachen. Es ist kein Geheimnis, daß viele, die sich dem Anschein nach von Beziehungen zu Frauen enthielten, im Geheimen von ihnen angezogen waren.

Die Halacha, das Religionsgesetz, verheißt Lohn denen, die das Ehepaar am Tage seiner Hochzeit erfreuen. Der Hochzeitstag ist ein geheiligter Tag für das neue Paar. Sie fasten an ihm, sie richten ihr Gebet an Gott, und sie bereiten sich in Reinheit und in einem Gefühl der Weihe darauf vor, ihr gemeinschaftliches Leben in ungetrübter und unentwegter Liebe zu beginnen.

Der Frau ist geboten, sich für ihren Gatten zu schmücken und sich für ihn anziehend zu machen, und der Ehemann ist verpflichtet, ihr die Mittel zu geben, daß sie sich schön kleide und schmücke. Esra, der religiöse Führer der aus dem Exil zurückgekehrten Juden (zur Zeit der Entstehung des zweiten Tempels), ordnete an, daß auch in den kleinen Ortschaften die reisenden Händler den Frauen Parfüm und Schmuck verkaufen sollen, um das eheliche Leben, den häuslichen Frieden, zu fördern. Der Ehemann hat die Pflicht, seiner Frau zu jedem Festtag neue Kleider zu kaufen, um sie zu erfreuen und ihr Aufmerksamkeit zu erweisen.

Selbst am nationalen Trauertage des jüdischen Volkes, am Neunten Av, an dem der Tempel zerstört worden war und das Exil Israels begann, ein Tag, an dem die Gebräuche der Trauer — Fasten, Verbot des Badens und des Sich-Schmückens — in Kraft sind, war es der jungverheirateten Frau, innerhalb von dreißig Tagen nach ihrer Hochzeit gestattet, zu baden und sich zu schmücken, denn das Eheleben soll in Lebensfreude und nicht in Trauer beginnen. Der Ehemann ist verpflichtet, seine Frau wie sich selbst zu ehren und

sie mehr als sich selbst zu lieben. Im ersten Ehejahr war der junge Ehemann von allen staatlichen Pflichten befreit, zum Beispiel vom Militärdienst, denn es ist wichtig, daß nichts in diesem ersten Jahre die Ehegemeinschaft störe, und sich die Gatten an einander gewöhnen können.

Es kann gesagt werden, daß sich das Judentum aller menschlichen Triebe und Begierden bewußt ist, daß es nicht die Unterdrückung und Verdrängung dieser Triebe befürwortet, sondern in ihnen einen integralen Teil der Verwirklichung des Göttlichen im Menschen sieht.

Der Geschlechtstrieb verwandelte den Menschen aus einem *Erschaffenen* zu einem *Erschaffenden.* Der erste Mensch wurde vom Weltenschöpfer erschaffen, und seit damals bringen der Mann und seine Frau Kinder in die Welt. Der Allmächtige erschuf nur einen Menschen; der Mensch und seine Frau erschaffen viele Menschen und bevölkern die Welt.

Zusammenfassend können wir sagen: Die Heiligkeit des Menschen ist nicht eine Funktion der absoluten Enthaltsamkeit, der Abstinenz von den Freuden des Lebens, der Askese. Die Größe des Menschen offenbart sich, wenn er ein normales Leben führt, alle seine ihm verliehenen Kräfte positiv und im höchsten Sinn anwendet. Es muß aber auch gesagt werden, daß der Mensch aus Fleisch und Blut nicht die Anweisung geben kann, um den richtigen Lebensweg zu finden. Der Allmächtige, der uns schuf, der uns liebt und kennt, Er allein weist uns den Pfad der Wahrheit. Diese Wahrheit wird uns verdeutlicht, wenn wir die sich ausbreitende Zerrüttung des Familienlebens sehen, den Zerfall des sozialen Lebens und den Zusammenbruch moralischer Werte durch Ausschweifung, Libertinismus, Anarchie und Zügellosigkeit, deren Folgen nicht abzusehen sind.

Das Essen

Eine andere natürliche Begierde des Menschen ist die Essenslust. Sie hat zwei Ebenen: Essen, um die Lebenskraft, die Gesundheit zu erhalten, und Essen aus Lust und als Genuß.

Das Essen zum Zweck der Lebenserhaltung ist positiv, denn es ist kontrolliert und nützlich. Das Essen aus purer Lust ist gefährlich und kann fatal sein. Der große Religionsphilosoph und Arzt Maimonides schreibt (in seinem Werk »Schmoneh Prakim«, Kapitel 5): »Der Mensch, der Speisen ißt, weil es ihn nach ihnen gelüstet, da sie seinem Gaumen schmackhaft sind und ihr Aroma ihn stimuliert, und der dies tut, obwohl er weiß, daß ihm diese Speisen schädlich sind. . . ein solcher Mensch unterscheidet sich in meinen Augen in nichts von dem Vieh.« Die Eigenschaft, die den Menschen von anderen Lebewesen unterscheidet, ist die richtige Beherrschung seiner Triebe und seiner Gelüste, und wenn er sich nicht beherrscht, dann mag es vorkommen, daß ihm das Essen schmeckt, aber schadet.

Das Judentum hat keine Vorliebe für das Fasten. Der Mensch der sich kasteit, gilt, als habe er sich versündigt. Der einzige im Pentateuch erwähnte

Festtag ist Jom Kippur — der Versöhnungstag. Im Gegenteil, das jüdische Religionsgesetz gebietet uns, uns an Festen und Feiertagen an Essen und Trinken zu erfreuen. Jedes festliche Ereignis wird durch das Essen von Fleisch und das Trinken von Wein gefeiert. Dies alles jedoch ist begleitet von Vorschriften, die uns lehren, was zu essen und was nicht, und wieviel zu essen. Die Torah gebietet uns, die Befriedigung unserer natürlichen Gelüste nicht zu übertreiben. Ein Junge, der wegen seiner Süchtigkeit für Fleisch und Wein von seinem Vater Geld stiehlt, um seinem Gelüst zu frönen, wird streng bestraft, denn die Befürchtung besteht, daß, wenn er erwachsen ist und seine Sucht nicht befriedigen kann, er Menschen beraubt und mordet.

Ich glaube, daß unsere moderne Welt dieses Problem in seiner krassesten Form erlebt. Die Gefängnisse sind voll mit Rauschgiftsüchtigen und Rauschgiftschmugglern, mit Mördern aller Kategorien — und alle diese sind Menschen, die ihre Begierden nicht beherrschten und ihrer Sucht ungezügelt frönten.

Ästhetik in der Kleidung und im Heim

Das Heim und die Kleidung sind wichtige Elemente in der Qualität des menschlichen Lebens, die den Gemütszustand und das Selbstbewußtsein des Menschen beeinflussen, wie auch die häusliche Atmosphäre. Und so sagten unsere Weisen im Talmud (Traktat Betzah, 57b): »Eine anmutige Frau, schöne Geräte, ein schönes Heim erfreuen den Menschen.«

Unsere Weisen gaben der Kleidung den aramäischen Namen *›Mekabduta‹* — wörtlich: »das ihm Ehre Verleihende« (abgeleitet vom Wort »Kavod« — Ehre) denn, wie die Erfahrung zeigt, die Kleidung ehrt den Menschen, und gemäß seiner äußeren Erscheinung wird ihm von Anderen Ehre erwiesen. Seine Selbstachtung, die Art wie er sich sieht, findet Ausdruck in seiner Kleidung, und umgekehrt: das Äußere beeinflußt das Innere.

Daher obliegt dem Torahgelehrten die Pflicht, auf seine äußere Erscheinung zu achten und sie nicht zu vernachlässigen. Seine Kleidung muß stets makellos rein sein.

Der Hohepriester im Tempel trug ein herrliches, mit Gold und Silber besticktes Gewand, um sein Selbstbewußtsein zu stärken und die Achtung des Volkes für sein hohes Amt zu steigern.

An Sabbath- und Festtagen ist man verpflichtet, ansprechende Festtagskleidung zu tragen. Der Familientisch ist mit einer frischen Decke und festlichen Eßgeräten geschmückt. Insbesondere muß der Familienvater für die festliche und attraktive Kleidung seiner Frau und Kinder sorgen, denn dies ist ein wichtiges Bedürfnis für sie . All dies geschieht, weil die ästhetische äußere Erscheinung des Menschen seine innere Würde, seine Selbstachtung beeinflußt und hebt.

Freizeitreisen und gesellschaftliche Beziehungen

Ein anderes Bedürfnis des Menschen ist das gesellschaftliche Zusammentreffen mit anderen Menschen, besonders das Kennenlernen von Personen, die für ihn interessant sind. Die zeitweilige Ortsveränderung, das Abschütteln der Bürde des Alltags, die Erholung in einer andersartigen Atmosphäre sind ein wesentliches Erfordernis, besonders an Ferien- und Festtagen. Dann hat er die nötige Zeit und Aufnahmefähigkeit, um sich seiner Familie widmen zu können, den Kindern geduldig zuzuhören und mit ihnen zu sprechen.

Und siehe, in der Torah finden wir drei Wallfahrtsfeste — Pessach, Schawuot (das Wochenfest) und Sukkot (das Laubhüttenfest); zwei von diesen Festen erstrecken sich jeweils über eine Woche. Zu diesen Festen, so gebietet die Torah, soll die gesamte Familie, Männer, Frauen und Kinder, nach der heiligen Stadt Jerusalem heraufziehen, um Geist und Sinn dem Weltschöpfer zuzuwenden, die festlichen Opfer darzubringen und sich zu freuen.

Diese festlichen Ereignisse sind bedeutungsvoll auf verschiedenen Ebenen — für den Einzelnen, für die Familie, für die religiöse und nationale Gemeinschaft.

Beginnen wir mit dem Aspekt der religiösen und nationalen Gemeinschaft:

- Die Wallfahrtsfeste betonten die Zentralität des Heiligtums, als der Stätte der religiösen und ethischen Anweisung, als das Herz der Nation, als der Mittelpunkt, in dem sich alle Teile des Volkes im Streben nach höheren Werten vereinigen.
- Alle Schichten des Volkes, Familien, Sippen und Stämme trafen hier zusammen, lernten einander kennen — und dies förderte die Festigung der nationalen Einigkeit.
- Den Festen wurde eine religiöse Bedeutung verliehen. Sie boten die Gelegenheit für geistige und sittliche Erhebung, das Sich-Freimachen vom Materiellen, für gemeinschaftliches Leben, aktive Nächstenliebe und gegenseitige Anregung.

Für den Einzelnen und die Familie boten die Feste andere Aspekte:

- Der Aufenthalt der Familie weit weg von zuhause war ein anregendes Erlebnis, das die Familienangehörigen vereinte und bei dem sie für einander Zeit hatten.
- Die Erwachsenen machten sich frei von den Sorgen und Nöten des Alltags und sammelten neue Kräfte.
- Für die Erziehung der Kinder zu geistigen und nationalen Werten und Idealen war dies eine hervorragende Gelegenheit. Das religiöse Erlebnis und die Ferienfreude waren hier vereint. Für die Kinder waren diese Feste unvergeßliche Erlebnisse.

Gesellschaft

Eines der wesentlichen psychologischen Bedürfnisse des Menschen ist die

Gesellschaft, die Aufmerksamkeit und das Zusammenwirken mit anderen, das Gefühl der Zusammengehörigkeit, die gegenseitige Beeinflussung. Zwei Elemente sind hier vereint: Nehmen und Geben — die Beeinflussung anderer und das Beeinflußtwerden durch andere.

Unsere alten Weisen drückten dieses menschliche Bedürfnis in den prägnanten Worten aus: »Gesellschaft oder Sterben!« Sie besagen, daß der Mensch zwei alternative Lebenswege gehen kann:

Er kann in und für die Gemeinschaft leben, und dann fühlt er, daß er wirklich lebt oder

Er kann einsam, nur mit und für sich leben, und dann kommt der Zeitpunkt, da er sieht, daß ein solches Leben kein Leben, sondern eine tödliche Existenz ist, denn Leben bedeutet menschliche Gesellschaft, gegenseitige Anregung und Beeinflussung. Die Einsamkeit zeigt dem Menschen anfangs ein lächelndes Antlitz, entwickelt in ihm den Individualismus und Egoismus, und in diesen sieht er seinen Lebenszweck. Letzten Endes jedoch wird er gewahr, daß solch ein Leben leer und bedeutungslos ist. Das Lebensgefühl und die Selbstverwirklichung, die Nutzung aller natürlichen Fähigkeiten und die Entwicklung der geistigen Schätze ist nur durch gegenseitige Beeinflussung und durch Geben möglich.

In der Tat, dies ist das Problem des modernen Menschen: Ein jeder verschließt sich in sein Ich, läßt dem Egoismus die Zügel schießen, und all sein Streben gilt nur der Anhäufung von Geld und Ehrungen.

Lassen wir uns betrachten, was das Judentum zu diesem ernsten und schwierigen Problem zu sagen hat. Ich zitiere hier anfangs die Worte *Erich Fromms* über die Einsamkeit (»The Art of Loving« Seite 18, frei übersetzt): »Die Einsamkeit ist ein beklemmendes Gefühl. Sie ist die Wurzel aller Ängste. Einsam sein bedeutet, daß ich keinerlei Möglichkeit habe, meine menschlichen Kräfte zu benutzen. Das heißt, daß ich isoliert, daß ich hilflos bin und die Welt nicht begreifen kann. . . Das tiefste Bedürfnis des Menschen ist es daher, seine Isolierung zu überwinden, sich aus dem Gefängnis der Einsamkeit zu befreien. Der totale Mißerfolg in der Verwirklichung dieses Bestrebens bedeutet daher einen Mangel an geistigem Gleichgewicht.«

Wir gelangen zu den Schlußfolgerungen:

a. Der Mensch ist seiner Natur nach ein politisches und soziales Lebewesen.
b. Die Anwendung der menschlichen Kräfte erfolgt im Leben in der Gemeinschaft, in dem der Mensch gibt und aufnimmt, und seine Fähigkeiten entwickelt.
c. Die Unfähigkeit, menschliche Bindungen zu schließen, bezeigt Unwirksamkeit und Hilflosigkeit. Wenn dieser Zustand ein chronischer ist, dann ist er ein Anzeichen der seelischen Erkrankung, und daher ». . .die Erkenntnis der menschlichen Isolierung ohne Wiedervereinigung durch Liebe ist die Quelle der Scham . . . und des Schuldbewußtseins.« (ibid.)

Das Problem ist, wie man die Eingeschlossenheit in der Einsamkeit und die Gefängnismauern der Isolierung durchbrechen kann. Die Antwort darauf ist:

Ebenso wie die Einsamkeit die Grundursache aller Ängste ist, ist die Liebe die Grundursache aller menschlichen Bindungen. So wie die Einsamkeit aus dem Individualismus, aus der Absonderung von der Welt entsteht und Introversion, ein Leben in Ängsten bewirkt, ist die Heilung und Lösung ein Leben der Liebe für den Mitmenschen, des Hinausgehens in die Weite, des Schaffens von geistigen Bindungen, des Interesses für andere, des Bereitseins, zuerst alles zu geben, und dann erst zu empfangen.

Lassen wir uns die verschiedenen Arten der Liebe charakterisieren, und dann werden wir die positiven Züge in jeder dieser verschiedenen Kategorien der Liebe erkennen. Wir müssen dabei zwischen der natürlichen Liebe unterscheiden, die uns allen eingegeben ist und die unschwer angeregt und entwickelt werden kann, und zwischen Liebe, die wir bewußt ins Leben rufen müssen.

Die verschiedenen Arten der Liebe sind:
1. Die Liebe des Menschen zu sich selbst. 2. Die Liebe zu den Eltern. 3. Die Liebe zur Familie. 4. Die Liebe für seine Kinder. 5. Die Liebe zu seiner Frau. 6. Die Liebe zu seinem Volk. 7. Die Liebe zu seiner Heimat. 8. Die Liebe der Weisheit. 9. Die Liebe für den Beruf. 10. Die Liebe Gottes.

Unter den verschiedenen Arten der Liebe, die wir aufgezählt haben, sind solche, die in uns von Natur bestehen, und diese sind die Eigenliebe, die Liebe des Menschen zu seinen Eltern, seiner Familie, seinen Kindern, seiner Frau. Die andern Arten der Liebe erscheinen auf den ersten Blick als nicht naturgegebene, als solche, die durch künstliche Mittel entwickelt werden müssen.

Die natürliche Liebe entwickelt sich von allein. Der Mensch ist bereit, Opfer für sie zu bringen. Er leidet, wenn sie ihm fehlt. Sie verursacht ihm Sehnsucht, und er will sie verwirklichen. Sie verursacht ihm Befriedigung, und er möchte sie nicht missen. Demgegenüber sind diese Merkmale zum größten Teil in den anderen Kategorien nicht vorhanden.

Nach dieser Einleitung können wir die Anschauung des Judentums besser verstehen.

Der Ursprung der menschlichen Einsamkeit entstammt aus der Erschaffung des Menschen. Er wurde als einzelnes und einziges Wesen erschaffen; er lebt allein und stirbt allein, und daher steht in der Bibel: »Es ist nicht gut, daß der Mensch allein sei« (Genesis 2, 18). Beachten wir, wie das Problem gelöst wurde: Der Allmächtige sprach: »Ich will ihm eine Gehilfin machen« (ibid); dies besagt: die Einsamkeit wird dadurch geheilt, daß man dem Menschen Interesse zeigt und ihm hilft.

Über die Ehegefährtin, die der Allmächtige dem Menschen erschuf, wird jedoch gesagt: »Das ist doch Bein von meinem Bein und Fleisch von meinem Fleisch, sie sei *ISCHA* (Männin) genannt, denn sie ward vom Mann genommen« (Genesis 2, 23). Das heißt, den Menschen aus seiner Einsamkeit zu befreien und ihm das wahre Gefühl der Zusammengehörigkeit zu geben, vermag die Frau, weil sie Teil seines Selbst, seines Beins ist. Dies ist eine natürliche Bindung, eine natürliche Liebe. Ihr zuliebe ist der Mensch willens, zu geben

und zu empfangen, denn er und sie sind Eins. Jedes Geben ist ein Empfangen, und jedes Empfangen ist ein Geben, ein Geben der Befriedigung dem Anderen, der ihm half. Dieser Art ist auch die Liebe zu den Eltern, zu den Kindern, zu der Familie. Zwischen ihnen besteht ein Gefühl des natürlichen Zusammengehörens, das zusammen mit ihnen wächst und sich entwickelt.

Die Liebe ist kein abstrakter Begriff. Die Liebe drückt sich aus in der Sorge, der Verantwortung für den anderen, für den oder die Geliebte und in seiner oder ihrer Ehrung. Alle diese Elemente sind in der natürlichen Liebe zur Frau, zu den Eltern und Kindern vorhanden.

Diese Liebesbindung wird in der Torah wie folgt definiert: »Darum wird der Mann seinen Vater und seine Mutter verlassen und seinem Weib anhangen, und sie werden ein Fleisch sein.« (Genesis 2, 23). In der Frau findet der Mann, und im Manne findet die Gattin Freude, sich selbst. Dies ist der natürliche Rat der Torah zur Entfernung der Einsamkeit. Darum sind die Gebote »Seid fruchtbar und mehret Euch« und »Du sollst Deinen Vater und Mutter ehren« schwerwiegende Gebote, die das soziale Gefühl entwickeln und die Einsamkeit beseitigen sollen.

Die Nächstenliebe

Das Gebot, das die erhabene Botschaft der Einigkeit der Menschheit brachte und sich durch praktische Vorschriften verwirklichen läßt, ist das Gebot »Du sollst Deinen Nächsten lieben wie Dich selbst« (Leviticus 19, 18), mit dem begleitenden Verbot »Du sollst Deinen Bruder nicht hassen in Deinem Herzen« (Lev. 19, 17). Das Gebot der Liebe und das Verbot des Hassens sind Gebote des Herzens, der Gesinnung, und kein Fremder weiß, ob wir sie erfüllen. Der Mensch kontrolliert sich selber, doch diese Gebote der Gesinnung sind in praktischen Vorschriften des täglichen Lebens verankert.

Das Religionsgesetz verbietet uns, Böses über einen Anderen zu reden und ihn körperlich oder seelisch zu verletzen. Es ist uns geboten, unserem Mitmenschen in allem zu helfen, ihm Geld ohne Zinsen zu leihen, den Bedürftigen zu unterstützen, uns mit unserem Nächsten zu freuen und sein Leid zu teilen. Bevor der Mensch zu Gott betet und in sich die Liebe zu Gott erweckt, muß er seine Liebe zu seinem Mitmenschen aktivieren. Die Liebe zu Gott ist bedingt durch die Liebe zum Menschen, der im Ebenbilde Gottes geschaffen ward.

Das Judentum kennt nicht und schätzt nicht den Begriff der abstrakten platonischen Liebe. Jede Liebe, die letzten Endes den anderen Schmerz und Leid verursacht, ist keine wahre, sondern eine falsche Liebe. Die Liebe beruht jedoch auf Gegenseitigkeit. Wir sind nicht verpflichtet, passive Opfer zu sein. Wenn jemand aus irgendwelchem Grund mich töten will, dann, so bestimmt das Religionsgesetz, darf ich ihn in Selbstwehr töten. Die Liebe für den Nächsten darf nicht von böswilligen Feinden mißbraucht werden.

Um zu betonen, daß der Nächstenliebe keine Grenzen gesetzt sind, steht in

der Torah »wie Dich selbst.« Alles, was Dir gut ist, das tue auch Deinem Mitmenschen. Alles, was Dir böse ist, darfst Du ihm nicht tun. Dies ist ein Gebot, das den Menschen aus seiner Isolierung befreit, und seine seelische und tätige Verbindung zum Mitmenschen bewirkt.

Die Liebe für unser Volk und unser Land

Über die Liebe zum einzelnen Mitmenschen hinaus ist es uns geboten, unser Volk und unser Heimatland zu lieben. Der Einzelne muß seine Fähigkeiten, Kräfte und finanziellen Mittel zum Wohle des Volkes und des Heimatlandes beisteuern. Jeder von uns trägt kollektive Verantwortung, und wenn einer sündigt, lädt er Schuld auf sein Volk.

Die Liebe für das Heimatland hat ihre eigenen Gebote. Dem Volk ist es geboten, das Land aufzubauen. Alle Schichten der Bevölkerung beteiligten sich am Bau des Heiligtums. Seit das jüdische Volk in das Exil wandern mußte und seine Heimat verlor, betet der gläubige Jude dreimal am Tage: »Und mögen unsere Augen Deine Rückkehr nach Zion erblicken.« Die Sehnsucht eines jeden Juden war es stets, das Heilige Land zu erreichen. Der Tag der Zerstörung des Tempels ist ein nationaler Trauertag. Das Kind lernt Gebete, die in ihm das Gefühl der Zusammengehörigkeit zu seinem Volk erwecken. So ist die Verbindung des jüdischen Volkes zu seinem Heimatland anhaltend und ewig. Auch diese Liebe bewirkt das Bewußtsein, daß wir nicht isoliert sind, das Gefühl der Zusammengehörigkeit und der Liebe für den Mitmenschen in weitem Rahmen.

Die Liebe zu Gott

Ich spreche von dieser Liebe zum Schluß meiner Ausführungen, denn sie ist die Krone aller Lieben. Sie beantwortet das Problem der Einsamkeit. Sie verleiht dem Menschen Zuversicht, Lebensfreude und das Gefühl der geheiligten Verbundenheit mit Gott.

Das Gebot der Liebe zu Gott umfaßt den Menschen in seinem gesamten Wesen. »Und du sollst den Herrn deinen Gott lieben von ganzem Herzen, von ganzer Seele und mit aller deiner Kraft« (Deuteronomium 6, 5). Die Liebe zu Gott erfüllt seine ganze Seele, und für sie ist er bereit, jedes Opfer zu bringen. Diese Liebe ist gegenseitig. Je mehr der Mensch seine Liebe zu Gott verstärkt, desto mehr verspürt er, daß Gott ihm Seine Liebe zuwendet und ihm Seine Gnade erweist. Die Liebe zu Gott bewirkt die Treue zu Gott, die Stärkung des Gottvertrauens, und das Gottvertrauen beseitigt alle Furcht aus dem Herzen des Menschen. So sagt schon Jesaja (12, 2): »Siehe, Gott ist mein Heil, ich bin sicher und fürchte mich nicht«, und König David spricht: »Der Herr ist meines Lebens Kraft, vor wem sollte ich mich fürchten?« (Psalm 27, 1).

Dieser Liebe sind alle Wesenszüge eigen, die die Einsamkeit und die Angst beseitigen. Der gottgläubige Mensch sucht und findet die innere, seelische Ruhe, um sich seinem Schöpfer zuzuwenden.

Zusammenfassung

Wir haben alle physiologischen und psychologischen Bedürfnisse des Menschen betrachtet. Wir haben gesehen, daß die Torah und das jüdische Religionsgesetz ihnen allen Aufmerksamkeit widmen und keines dieser Bedürfnisse negieren.

Wir haben gesehen, daß es nicht die Einstellung des Judentums ist, diese Triebe und Bedürfnisse zu unterdrücken und zu verdrängen, sondern, im Gegenteil, alle Kräfte und Fähigkeiten des Menchen zu entwickeln, aber auf eine Weise, die die geistige und sittliche Erhebung des Menschen fördert und das Wohlergehen des Einzelnen und der Allgemeinheit sichert.

The Jewish Attitude towards the Physiological and Psychological Needs of Man

Jochak Shapira (Haifa)

The author starts his paper at the basic fact of the contradiction of man, consisting in his ability to create and to destroy, that his needs can create live but can also destroy himself and his environment, that he can grasp with his intellect the mysteries of creation, but that he can also destroy it. On this background he depicts the conception of Judaism of how one is to handle this contradiction in the ethic sense. The solution lies not in the repression of the destructive powers of man in order to bridge the contradictions; on the contrary one has to pay them the attention necessary to prevent their uncontrolled and excessive use. All powers and skills of man have to be developed, and this in a way which furthers the intellectual and ethical development of man and secures the well-being of the individual and the community.

Shapira explains this Jewish ethic by means of some basic needs of man. They are dualistic in their realisation, i.e. their satisfaction is necessary within certain limits for the self-preservation and the self-realization of man, but they get a destructive quality when this limit is transgessed. *Shapira* criticises the usual attribution of the spiritual needs to the good powers of man and of the bodily needs to the bad ones by bringing forward the postulate, that there is a positive sense in all powers, instincts and passions of man. The Judaism is aware of all human drives and desires, it does not advocate its suppression and repression of these drives, but considers them to be an integral part of the realisation of the divine in man. The grandeur of man is revealed in his ability to use all the powers he is endowed with in a positive way, i.e. to master his drives and needs in the right way. In his task to distinguish between good and bad, beetween creative and destructive and to find the right measure, man is dependent on the divine instruction, the Torah.

The basically positive attitude of Judaism towards all human needs is particularly evident in the sexual life. Beside the procreation commandment in the

sense of »Be fertile and propagate yourselves«, by which man turns from a created to a creating one, the marital partners are called to satisfy the sexual needs of the partner and to give him pleasure, because this contributes to joy of life. Abstinence is not regarded to be positive. Thus celibacy among priests is not tolerated, as an unsatisfied sexual drive does not liberate for spiritual matters, on the contrary, it dominates and occupies man.

The attitude towards eating desire is similar to that towards sexuality: Eating for the purpose of life-preservation is positive on principle. In addition to it, the Jewish religious law calls for the enjoyment of eating and drinking in particular on festive days. Judaism has no predilection for fasting. Eating for pure desire and to an excessive degree is on the other hand dangerous and can obtain a fatal quality.

Also with regard to clothes and designing of the flat Judaism is not ascetic, but emphasizes the specific value of aesthetics. For the aesthetic outlook of man expresses his inner dignity and self-respect and has an retroactive effect on the latter.

The highest spiritual need of man is devoted to interpersonal and social relations. Judaism does not preach hermitage, but the full realisation of the social skills and needs of man. Genuine human life is only possible within the community. Feeling of life and self-realisation, the use of all natural abilities and spiritual treasures come only into being in the interpersonal contact, through mutual giving and taking. A life in solitude on the other hand is a mis-spent life. Loneliness originates from individualism, from the separation from the world and becomes thus the basic cause for all fears. The origin of human loneliness is already given with the creation of man as an individual and lonely being. Cure and solution can provide only a life of love for the fellow men, a life of going into the world, of creating spiritual ties, of winning interest in others and of getting ready to give everything. *Shapira* thereby distinguishes three natural kinds of love from those which have to be developed consciously. The former develop on their own and man is ready to make sacrifices for them. They cause desire in him and longing, if they are missing and he wants to realise them. They satisfy him and he will not miss them. To this group belong the love between man and wife, between parents and children and — as a foundation for the two — the love of oneself. It is characteristic for Judaism that it rejects a platonic love connected with renunciation and a love making sacrifices, Love is only real if it is based on mutuality, if it gives the partners not pain and suffering, but joy and potentials for development. To the kinds of love which have to be developed consciously belong the love of one's own people and mother country and the love of God. The latter is the highest form of love and has all the qualities which can abolish loneliness and fear.

Literatur beim Verfasser

Adresse des Autors:
Rabbi Jochak Shapira Chief Rabbi of the Hospitals in Haifa
10 Avraham Shapira Street, 42317 Nathanya, Israel

Sociocultural Determinants of Identity Formation in Young People

Adam Szymusik*, Maria Orwid**, Andrzej Piotrowski*** (Cracow/Warsaw)

Die Autoren analysieren in diesem Beitrag die soziokulturelle Entwicklung Polens seit 1945 im Hinblick auf die Identitätsentwicklung junger Menschen. In Anlehnung an die double bind-Theorie stellen sie fest, daß die lange vorherrschenden Widersprüche zwischen marxistischer Ideologie und gesellschaftlicher Praxis, zwischen den traditionellen Werten der Familie und den offiziellen, in Schule und Massenmedien vertretenen Werten, eine Identitätsentwicklung der jungen Generation behinderte und zu Konformismus und zu einer Verweigerungshaltung geführt hat. Die Autoren betonen, daß die gesellschaftlichen Veränderungen im Zusammenhang mit der Bewegung der »Solidarität« und die schrittweise Einführung eines gesellschaftlichen Pluralismus diese double bind-Situation aufgelöst habe und einen einzigartigen Lernprozeß in Gang setzen konnte, hin zur Bildung von selbstorganisierten Gruppen, zu neuem sozialen Engagement und damit zur Entwicklung von Identität.

The paper is devoted to the formation of identity of the young generation in the socio-cultural setting of postwar Poland. We recognize the following most important factors involving identity formation:

— affiliation to family group,
— affiliation to social group identifying itself with common systems of values, opinions, views, goals,
— the use of the same language, religious attachment, continuity of national culture,
— economic conditions and the stage of civilization development.

According to our professional background we recognize the importance of the factors influencing the development of personality, acting independently from political and social ones. As the identity already formed, we recognize the comprehensive and continued self-image including: past, present and future.

There are historical periods when this continuity is distorted by the external events like war, revolution or profound social changes taken place in case of intensive industrialization. Being psychiatrist we don't feel to be prepared to judge the political reality. However, we would like to comment on the denotation of the deformation of marxism ideology and its impact on identity formation.

According to the double-bind theory the world of ideas and the world of practice are different. The problem was particularly acute in the situation of

* Professor, M.D., Board Member of the Polish Psychiatric Association, Director of the Department of Adult Psychiatry, Medical Academy of Cracow, Poland
** Associate Professor, M.D., Director of Child and Adolescent Department of Psychiatry, Chairman of the Polish branch WADP, Cracow
*** Professor, M.D., Bródnowski General Hospital, Department of Psychiatry, Warsaw, Poland

the young Polish people. There were many areas for this conflict like: values and historical views of parents and those of official sources which has been realized at school, in the culture, literature etc.

We start discussion with the end of the Second World War because, apart from a 20% drop in the number of the population, caused chiefly by extermination and destruction of many towns, some very important changes in socio-economic structure took place at that time.

In official propaganda, everything that existed in the prewar period was condemned — therefore it was difficult for the young people to identify themselves with the older generation and their system of values. Some of those who refused to accept the new political situation left the country for ever and many young people who found themselves in the West during the war never returned to Poland. Moreover, the country was shaken by intensive migration movements: some ten million people inhabiting the prewar Eastern territories of Poland were moved to the postwar Western territories, and there were many who never came back from the East.

The postwar socio-economic structure and at least partial loss of independence were not accepted by a large segment of population, which resulted not only in intensive political disagreement but also in underground opposition movements. This situation was characterized by conflicting political-ideological orientations and systems of values like internationalism-nationalism, atheism-fideism ect. dividing large groups of society including the younger generation. However, despite all these splittings, everybody was involved in reconstructing the national resources and in acquiring education at different levels which became easily accessible in the new social structure. The younger generation took a very active and engaged approach towards the basic social and political problems which it faced at that time.

The early postwar period was followed by the years of so-called stalinistic period of terror which brought about the imprisonment and murdering of many people on political grounds as the effect of paranoic attitude of the governmental powers. The crisis of 1956 put an end to the practices of that period.

Between 1956 and 1970 an ascetic socio-economic model was proclaimed and propageted. This changed in 1971 when Mr. Gierek came into power and voiced a pro-consumer model which, as we can see today, wasn't based on any rational grounds. This model was widely popularized by the mass media. Young people, like the rest of the population, were fully aware of all falsehoods of the official propaganda, especially if they compared the reality of their own situation and expectations with those in the West.

The economic situation in the sixties and seventies had a frustrating effect on young people but as far as their identity was concerned, even more important was the intensive development of censorship and indoctrination with sometimes false and incomplete information at school in the field of history, literature, etc. When confronted with the knowledge and information obtai-

ned from parents, this produced opportunistic attitudes among some groups of the young generation. Social and professional promotion was very often conditioned by declaration of loyality to the official political line.

In 1968, university students revolt, supported by some intellectuals, took place. The students fought for freedom of science, against lies in mass media and destroying of national culture. This revolt failed to meet with any support from young industry workers. Two years later, the students refused their support for strikers of the Baltic Sea harbours. Obviously, the student revolt of 1968 in Poland had different goals than the revolt of students in Western Europe and the USA at that time. At this time the common goal of the international community was the fight against the establishment, naturally in Poland there were particular goals.

After all, consumer society has never existed in Poland. In the late sixties and early seventies, some passive forms of protest against the values proclaimed in official propaganda and against conformistic attitudes of a part of the parent generation spread among young people. Despite the practical impassability of the border and a short supply of Western press, some symbolic forms of identification with the Western youth could be observed. Hippie-like attitudes with their characteristic passivity and tendency towards alternative society forming, became quite frequent. A new kind of deviant behaviour, practically not known in Poland before 1969, namely drug abuse was initiated. This resulted in drug dependency being quite a social problem now.

In the early seventies, sociological studies made by *S. Nowak*'s group carried out among secondary school students of 16—17 years of age in Warsaw and Kielce showed that these young people were more conformistic than their parents and even more oriented towards personal goals, emotional and economic, and displayed no interest in ideology, politics or pro-social involvements.

The developments in the summer of 1980 proved contrary to the results of the quoted studies. The same young people who had been diagnosed as passive and conformistic, found themselves in the middle of revolt. The leading group in 1980 strikes and in forming the »Solidarity« movement consisted of people in their twenties and thirties. These people demonstrated against the propagated consumer model of life, against the lies of propaganda and the economic situation; they expressed their support for national values in culture and demanded new school programs in history and literature. For the first time since 1956, workers, students and intellectuals have started to act jointly.

It has become obvious that it is impossible to indoctrinate young people even if one has all kinds of mass media in his hand and when the sociopolitical structure seems quite stabilized after 35 years of implementing. Everything that comes from parents and the national tradition have proved more decisive for identity formation than all macro-social influences.

In 1980 and 1981 the country has suddenly become pluralistic as far as ideology and philosophy are concerned. The Catholic philosophical and moral stands have been voiced loudly, e.g. censorhip is still quite powerful in mass

media but unlicensed press and books are freely distributed. The tense atmosphere of social reconstruction is a kind of learning situation for young people. Double binds in education and conformistic attitudes of young people have disappeared. For the first time in many years, young people have been given an opportunity to confront ideas, to make their own choices — which we consider so important for identity formation.

Saying this in September 1981, we do not know what is going to happen to the country and the nation in the coming months and years. We are sure, however, that this new situation creates a possibility for young people to adopt pro-social values, manifesting themselves in community involvements in form of self-organizing and self-governing groups working for those in need, like old, lonely people, children etc.

We can only hope that many of self-regulating mechanisms, like those mentioned, will promote identity formation as much as possible, autonomic, mature and to other people centered.

Soziokulturelle Bedingungen für die Identitätsentwicklung junger Menschen

Adam Szymusik, Maria Orwid, Andrzej Piotrowski (Krakau/Warschau)

Die Autoren diskutieren in diesem Beitrag die soziokulturellen Bedingungen für die Identitätsentwicklung in der Nachkriegsgeschichte Polens. Dabei erachten sie folgende Faktoren für wesentlich:

— Zugehörigkeit zur Familiengruppe
— Zugehörigkeit zu einer sozialen Gruppe mit einem gemeinsamen System von Werten, Anschauungen und Zielen
— gemeinsame Sprache, Religiosität, nationale Kultur
— ökonomische Bedingungen und der Stand der Zivilsationsentwicklung

Diese Faktoren beeinflussen die Persönlichkeitsentwicklung unabhängig von politischen und gesellschaftlichen Faktoren. Zu einer entwickelten Identität gehört nach Ansicht der Autoren ein umfassendes und beständiges Selbstbild, das Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft umfaßt.

In Anlehnung an die double bind-Theorie konstatieren die Autoren einen Konflikt zwischen der Welt der Ideen und der Welt der Praxis, z.B. zwischen Werten der Eltern und der offiziellen Sichtweise, wie sie in Schulen und in der Kultur vertreten wird. Dieses Problem ist besonders für die Heranwachsenden in Polen akut.

In der Zeit unmittelbar nach dem 2. Weltkrieg war Polen durch Bevölkerungsrückgang sowie durch starke Migrations- und Emigrationsbewegungen erschüttert. Alles was vor dem Krieg existierte, war durch die offizielle Propaganda verdammt, was die Identifizierung der Jugendlichen mit den Wertvorstellungen der älteren Generation erschwerte. Allerdings wurden die Umwäl-

zungen und die eingeschränkte Unabhängigkeit von weiten Teilen der Bevölkerung nicht akzeptiert. Es entstand eine Oppositionsbewegung im Untergrund. Durch unterschiedliche politisch-ideologische Orientierungen (z.B. Nationalismus-Internationalismus, Atheismus-Fideismus) war die Gesellschaft gespalten. Durch den verbesserten Zugang zu Bildung und Ausbildung nahm jedoch die jüngere Generation eine sehr aktive Rolle in der Lösung der wichtigen sozialen und politischen Probleme ein.

Es folgte bis 1956 eine sogenannte stalinistische Terrorperiode, in der zahlreiche Menschen durch die paranoische Haltung der Regierung verfolgt und umgebracht wurden.

Zwischen 1956 und 1970 wurde von seiten der Regierung eine asketische Wirtschaftspolitik betrieben, bis in der Ära Gierek ein konsumorientiertes Modell favorisiert und in den Massenmedien propagiert wurde, das jedoch auf recht tönernen Füßen ruhte. Die meisten Polen durchschauten jedoch dies und verglichen ihre reale Situation mit der des Westens, was insbesondere für die jüngeren Menschen einen frustrierenden Effekt hatte. Im Hinblick auf die Identitätsentwicklung war jedoch der Einfluß von Zensur, Indoktrination, das einseitig verzerrte Bild von Geschichte und Literatur, wie es auch in den Schulen vermittelt wurde, noch einschneidender. Auch wenn dieses Bild im Widerspruch stand zu dem Wissen, das durch die Eltern vermittelt wurde, wurde bei vielen jungen Menschen eine opportunistische Einstellung erzeugt, da für eine berufliche Karriere häufig eine linientreue Haltung vorausgesetzt wurde.

Protestbewegungen blieben nicht aus. Dennoch fand die Studentenbewegung trotz Formulierung spezifischer Ziele nicht die Unterstützung der Arbeiterschaft, ebenso wie der Arbeiteraufstand von 1970 nicht von den Studenten mitunterstützt wurde. Bei den jungen Menschen breiteten sich eher passive Formen des Protestes aus, so z.B. — als eine Identifikation mit der westlichen Hippiebewegung — nonkonformistische Einstellungen und Tendenzen zugunsten alternativer Lebensformen. Seit dieser Zeit wurde aber auch das Problem des Drogenmißbrauchs zu einem immer drängenderen Problem.

Die Autoren zitieren in diesem Zusammenhang eine soziologische Studie von *Nowak* aus den frühen siebziger Jahren, die zeigte, daß jugendliche Gymnasiasten zwischen 17 und 18 Jahren eine konformistischere und mehr auf persönliche Ziele beschränkte Einstellung hatten als ihre Eltern.

Mit den Ereignissen des Sommers, mit der Gründung der unabhängigen Gewerkschaft »Solidarität« im Jahr 1980 kehren sich diese Verhältnisse um. Arbeiter, Studenten und Intellektuelle, die meisten zwischen zwanzig und vierzig Jahre alt, setzen sich für nationale Werte, für neue Schulpläne für Geschichte und Literatur und für einen gesellschaftlichen Pluralismus ein. Trotz Zensur und regierungsfreundlichen Massenmedien konnten eine unabhängige Presse und Bücher verbreitet werden.

Die Autoren betonen, daß diese Atmosphäre eines sozialen Wiederaufbaus eine einzigartige Lernsituation für junge Menschen darstellt, wodurch sich Doppelbindungs-Situationen und die konformistischen Einstellungen sich

aufgelöst hätten. Dadurch haben diese Menschen erstmals die Gelegenheit erhalten, Ideen zu diskutieren und eigene Entscheidungen zu treffen, was eine Voraussetzung der Identität darstellt. Damit eröffnet sich die Gelegenheit, pro-soziale Werte zu übernehmen, sich für die Gemeinschaft einzusetzen in Form von selbstorganisierenden und selbstbestimmten Gruppen, für Bedürftige, Alte, Einsame, für Kinder. Diese selbstregulierenden Mechanismen liefern somit einen Beitrag zur Entwicklung von Identität, von autonomen, reifen Menschen mit einer auf andere Menschen gerichteten Einstellung.

Literatur bei den Verfassern

Adress of the authors:
Prof. Adam Szymusik
Copernikus Academy of Medicine,
Kopernika 21b
31-501 Krakow
Poland

Buchbesprechungen/Book Reviews

David Joseph Weeks with *Kate Ward*
Eccentrics. The Scientific Investigation
Stirling University Press, Seven Oaks/Kent, 1988, 272 S., Hardcover £ 27.50

Der Principal Clinical Psychologist vom Royal Edinburgh Hospital, Schottland, *David Weeks,* beschäftigt sich zusammen mit *Kate Ward* in diesem Buch mit einer Menschengruppe, die im psychiatrischen Bereich schwer zu fassen ist und in einigen psychiatrischen Textbüchern nicht einmal erwähnt wird. Aufgrund seiner Untersuchungen — 150 Exzentriker hat er aus der Literatur von 1550 bis heute herausgegriffen und 130 Exzentriker haben sich aufgrund einer breitangelegten Suchaktion durch die Massenmedien selbst gemeldet — mit Interviews und Tests zeigt der Autor, daß es keinen hinreichenden Grund gibt, Exzentrizität mit dem Etikett Geisteskrankheit zu unterlegen. Wer dies tut, macht eher deutlich, daß er kein besseres Konzept für Regelverletzungen zur Verfügung hat. Es ist nach seinen Erkenntnissen unmenschlich und unfreundlich, außergewöhnliche Menschen als verrückt zu bezeichnen.

Psychologen sollten eher darauf vorbereitet sein, sich mit der Gesamtheit menschlicher Wahrnehmung, Motivation und Persönlichkeit zu beschäftigen, um auch aus der Reihe fallende Menschen und Phänomene verstehen und begreifen zu können. Diese Forderung ist auch zunehmend häufiger aus ärztlichen Kreisen aus dem Bereich der Psychosomatik zu hören. Die Psychologie weiß im Grunde noch viel zu wenig über die Fragen: Warum interagieren Menschen mit ihrer Umgebung so, wie sie es tun? Warum machen sie das eine mehr als das andere? Er stellt auch die Frage danach, wieviel Raum eine Gesellschaft zur Verfügung stellt, um zu einem breiten Spektrum an individueller Ausprägung zu ermutigen oder mit wieviel sozialem Druck sie dies zu verhindern trachtet.

Mit *Darwin* fühlt der Autor sich an der Stelle verbunden, wo dieser ein breites Spektrum individueller Ausprägung als ein Gesundheitskriterium dieser Gruppe oder Art postulierte und *Weeks* führt weiter aus, daß zur Beantwortung der Frage, wer die Herausforderungen der Zukunft besteht und überlebt, ein breites Spektrum individuell-kreativer Ausprägung vonnöten sei, um die Überlebenswahrscheinlichkeit zu vergrößern. Hier hat auch die Psychologie noch eine wichtige Aufgabe zu übernehmen. Selbst in England, der Herzdomäne exzentrischer Naturen, ist das Wissen darüber vergleichbar dem Wissen über schwarze Löcher.

Die Exzentriker — geprägt von dem Leitspruch *Oscar Wildes:* »Es kommt im Leben immer darauf an, ein wenig unmöglich zu sein« — unterscheiden sich signifikant von jedem anderen und stimmen nicht überein mit den Sitten und Traditionen der Kultur; sie verstoßen immer wieder gegen deren Regeln,

was ihr Verhalten manchmal etwas schrullig wirken läßt. Nicht selten verlassen sie die gegenwärtige Zeitebene, leben also entweder ihrer Zeit voraus oder ziehen sich in der Zeitdimension weit zurück.

Durch die Beschäftigung mit der Persönlichkeitsstruktur dieser Menschen und ihrer Entwicklung, dem Nachforschen ihrer Kindheitsgeschichte zeigt der Autor, daß ihnen die Außergewöhnlichkeiten keineswegs in den Schoß gefallen sind, sondern sie immer wieder darum gekämpft haben, ihren eigenen Stil leben zu können und sich nicht zu gehorsamen Befehlsempfängern umfunktionieren zu lassen. Zugute kam ihnen dabei allerdings, daß sie überwiegend aus gehobenen Schichten stammen, der überwiegende Teil aus der oberen Mittelschicht.

Die Lebenserwartung von Exzentrikern, die selbst schon in früheren Zeiten, als die allgemeine Lebenserwartung noch bei 30—35 Jahren lag, 80—90 Jahre betrug, zeigt, daß sich dieser Kampf lohnt. Der Tod ist für sie kein Phänomen, das es zu vermeiden gilt oder das durch massive Angst verdrängt wird; eher spüren sie eine Todesfaszination — wie die alte adlige Dame, die schon viele Jahre vor ihrem Tod ihren Sarg im Haus stehen hatte und sich ab und zu auch hineinlegte, um zu prüfen, ob sie auch bequem darin liege.

Es ist eine lohnende Herausforderung, sich mit diesem Buch zu beschäftigen, sein Wissen über die menschliche Natur auszudehnen anhand einer Menschengruppe, die, spektral gesehen, zwischen psychisch kranken Menschen und der Gruppe von Menschen, die einen echt »kreativen Lebensstil« (*Günter Ammon)* pflegen, anzusiedeln ist. Den Abschluß des Buches bildet ein Anhang, wo jeder Leser aufgrund von 100 Fragen selbst feststellen kann, inwieweit er zu den exzentrischen Persönlichkeiten gehört — der »Eccentricity-Predisposition-Self-Test (EPDST)«.

Wir begrüßen den Mut des Autors, sich diesen Menschen, die sich bewußt außerhalb der Normen stellen, zuzuwenden und sie nicht als krank abzustempeln.

Gerhard Menzel (Berlin)

Englische Übersetzung:

David Joseph Weeks, together with Kate Ward
Eccentrics The Scientific Investigation
Stirling Iniversity Press, Seven Oaks/Kent, 1988, 272 pg., Hardcover £ 27.50

The Principal Clinical Psychologist from the Royal Edinburgh Hospital, Scotland, devotes himself in this book to a group of people difficult to judge by psychiatric standards; they don't even appear in some psychiatric textbooks. The author made investigations with interviews and tests on 150 eccentrics appearing in literature from 1550 up to our days and 130 more eccentrics who had reported due to a broadly-spaced search operation in the mass media. In this investigation the author shows that there is no reason to consider ec-

centricity as a mental illness. The one who does so, makes clear that he has no better concept for behaviour disregarding conventions. According to his realization it is inhuman and unfriendly to consider extraordinary people as mad.

Psychologists should better be prepared to occupy with the whole of human perception, motivation and personality in order to be able to understand and comprehend men and phenomena who or which step out of line. This demand is also increasingly often made in the medical sector in the field of psychosomatics. In psychology still far too much is unknown about these questions: Why do people interact with their environment the way they do? Why do some do this more intensely than others? He also asks the question how much space the society provides for encouraging a large variety of individual shaping, or how much social pressure is used to avoid this.

The author concurs in one point with Darwin, where the latter considers a large spectrum of individual shaping as a criteria for the health of a group or species. *Weeks* continues that in order to withstand and to survive the challenges of the future there would have to be a large spectrum of individual-creative shaping, increasing the probability for survival. This is an important task for psychology to take on. Even in the UK, the land of eccentric natures, the knowledge about them can be compared to the knowledge about black holes.

The eccentric — determined by Oscar Wilde's motto that the important thing in life is to be always a bit impossible — is significantly different from any other person and doesn't agree with the customs and traditions of culture. They break often the rules, which makes their behavior appear cranky at times. Often they also leave the actual time scale and live ahead of their time or withdraw far back in time.

In his treatment of the personality-structure of these people and their development, in his investigations in their childhood the author shows that their extraordinary ways weren't handed to them on a plate but that they always fought for them in order to live their own style and not to let themselves be made obedient recipients of order. Most of them, however, had the advantage of being descended from upper classes, the majority from the upper middle-class.

The life expectation of eccentrics made up eighty to ninety years already in early times where the average span was thirty to thirtyfive years and this shows that it is worth to do the fight. Death is in their eyes no phenomenon to avoid or to repress with massive fright. On the contrary they feel a fascination for death, like the old noble lady, who had standing a coffin in her house long before her death, in which she would get in from time to time in order to check whether she lays comfortably in it.

It is a rewarding challenge to occupy oneself with this book, to enrich one's knowledge about human nature by the example of a group of people who, regarded in a spectral dimension, belong in the field between psychic ill persons and the persons who maintain a really »creative life style« (*Günter Ammon*). The book ends with an appendix where the reader can determine with the aid

of one hundred questions in how far he belongs to the eccentric personalities — the »Eccentricity-Predisposition-Self-Test (EPDST).« We welcome the courage of the author to turn his attention to these people, who consciously step out of conventions, and not to brand them as insane.

Gerhard Menzel (Berlin)

Ludwig Janus
Vorgeburtliche Lebenszeit und Geburtserleben
Ein verborgenes Basisthema der Psychoanalyse
J. Bischoff Verlag, Heidelberg 1986.

In vielen der neuen Therapiearten, die sich seit etwa fünfzehn Jahren stark ausgebreitet haben — wie z.B. *Janovs* Primärtherapie, *Orrs* Rebirthing, *Grofs* Holotrope Therapie — wird die Geburt als prägende Erfahrung und als zentrale Wurzel seelischer Störungen angesehen. *Ludwig Janus,* Heidelberger Lehranalytiker, beginnt seine Untersuchung mit der Darstellung dieser Theorien und wirft dann die Frage auf, warum diese ganze Problematik aus dem Gebäude der orthodoxen Psychoanalyse verbannt geblieben ist. Tatsächlich tauchte das Thema der Geburt schon in *Freuds* »Traumdeutung« auf, doch nur als Randerscheinung. *Freud* sah den Ödipuskomplex mit der Kastrationsangst vor dem Vater als den Kern der Neurose an. Als *Jung* 1912 die negative Mutterbindung in den Mittelpunkt seiner Theorie stellte, vollzog *Freud* den Bruch mit seinem 'Kronprinzen'. 1924 erschien *Ranks* »Das Trauma der Geburt« wie auch *Grabers* erste Arbeit, die in die gleiche Richtung geht: Hier wird nicht mehr der Ödipuskomplex, sondern das Geburtstrauma als Grundlage der psychischen Struktur angesehen. Nach anfänglicher Bereitschaft *Freuds*, die neue Konzeption zu akzeptieren, kam es dann zu deren Ablehnung: Die neuen Einsichten schienen *Freuds* bisheriges System zu entwerten.

Mit detektivischem Spürsinn dringt *Ludwig Janus* in die unbewußten Hintergründe von *Freuds* Haltung vor und hebt ein seelisches Drama ans Licht: *Freud* war vor der Auseinandersetzung mit seiner Mutter und dem dahinterliegenden Geburtstrauma zurückgeschreckt. Er klammerte sich an seine These, daß die Sexualität die zentrale, im Grunde einzige Triebkraft des Menschen sei, womit sie die Funktion einer Abwehr gegen die ganz frühen Erfahrungen erhielt. Von diesem »Bollwerk« aus, wie *Freud* seine Sexualtheorie einmal nannte, verwandelte er dann seine eigenen tiefsten Ängste und Strebungen in den Mythos vom »Todestrieb«. Er geriet dabei zunehmend in abstruse Spekulationen, die schließlich den Kern seiner großen Entdeckungen immer mehr verschleierten. So gab er seine Lehre einer fortschreitenden Sterilität anheim, die von seinen orthodoxen Anhängern bis heute bewahrt wird. Gestützt auf umfassende Kenntnisse, souverän und ohne Polemik, entrollt *Janus* die geheime Geschichte der Psychoanalyse.

Nach diesem historischen Teil (der auch das Geburtsthema bzw. dessen Verschleierung in den Arbeiten späterer Psychoanalytiker referiert) wendet sich *Janus* dem Geburtsvorgang selbst zu und leitet seine große Bedeutung aus der Stammesgeschichte ab: In der Sicht der biologischen Evolution ist der Mensch eine »habituelle Frühgeburt«, ein »zur Geschlechtsreife gelangter Primatenfötus«, wie *Bolk* in den zwanziger Jahren schrieb. Mit der Wendung zum aufrechten Gang, der Zunahme des Großhirns und des Schädelumfangs, und der gleichzeitigen Beibehaltung des früheren Knochengerüsts, wurde die Geburt immer schwieriger und setzte daher immer früher ein, d.h. daß der Mensch in einem noch embryonalen Stadium zur Welt kommt, in einem Zustand extrem hoher Reizbarkeit, wodurch die qualvollen Geburtserfahrungen sich so tief einprägen können.

Eine weitere Ursache für die Wichtigkeit der Geburtserfahrung sind die physiologischen Vorgänge, die sich dabei abspielen. Die Geburt hat eine »Anlasserfunktion« für die Atmung, den Kreislauf, die Verdauung, die Steuerung des Nervensystems, die innere Sekretion: Eine weitgehende Umstellung des Organismus und damit des Selbst- und Welterlebens findet statt, und zwar schockartig, in kürzester Zeit.

Janus macht den zentralen Vorgang anschaulich: Vor der Geburt erlebt der Fötus im günstigsten Falle einen weitgehend lustvollen Zustand (mit Phasen des »ozeanischen Gefühls«). Bei der Geburt gerät er dann in ein Drama mit oft katastrophischen Aspekten: Er wird einem extremen Druck ausgesetzt, der ihn zerquetscht, zermalmt, ein Vorgang, der oft in einem Todeserlebnis kulminiert. Die gesamte Wunschmasse, das Lebensgefühl, begrifflich gesagt: »Intentionalität und Narzißmus« — werden hier geprägt: Permanente Verhaltensmuster und Erlebnisfiguren werden eingestanzt, das Willenszentrum wird programmiert; Grundgestimmtheit und Weltgefühl eines Menschen entstehen hier, auch die Reaktionsformen, die das spätere Verhalten des Kindes gegenüber der Mutter bestimmen und diese beeinflussen: Es bilden sich die jeweiligen Beziehungsfiguren positiver oder negativer Art, und damit auch die Grundrisse, auf denen sich Neurosen aufbauen können. Oft sind die Folgen lebenslange Versuche, das Trauma zu verarbeiten. Es entsteht einerseits die Sehnsucht, ins vorgeburtliche Paradies zurückzukehren, andererseits die irrationale Aggressivität und Brutalität, die für die menschliche Gattung so bezeichnend sind.

Nach einer Darstellung der neurologischen und psychischen Störungen, die durch Komplikationen beim Geburtsvorgang ausgelöst werden können, geht *Janus* auf die therapeutischen Methoden ein. Er betont, daß, im Unterschied zur orthodoxen psychoanalytischen Behandlung, die um den Ödipuskomplex zentriert ist und sich im Medium der Sprache und des Verstandes bewegt, die Therapie in tiefere Dimensionen vorstoßen muß. In sog. »veränderten Wachbewußtseinszuständen« — tiefen, tranceartigen Regressionen — kann der Patient die Gefühle der frühesten Zeit erleben: die Todesangst, den Tod, die Rückkehr in die vorgeburtliche Geborgenheit und dann nochmals die Bewe-

gung nach vorwärts. Im wiederholenden Erleiden und Erleben der frühen Katastrophe können jene einst übermächtigen Gefühle, die damals abgespalten werden mußten, zugelassen und angenommen werden. Der Mensch wird zu Ende geboren. Das »Stirb und Werde« wird als Grundfigur der Existenz erlebt und bejaht.

Im Schlußteil seiner Untersuchung wendet sich *Janus* zur Geschichte der Kultur, zu den Mythen und Riten, zu Religionen und Philosophie: Ihr Kern ist überall Tod und Wiedergeburt; es sind Versuche, das Urtrauma der Spezies Mensch zu bewältigen. *Janus* hebt im Prozeß der Zivilisation, der vor 5 000 Jahren begann, den Entwicklungsaspekt hervor. Am Anfang, in Ägypten, kristallisierte sich die Kultur um den kollektiven Traum der Existenz im Mutterleib: Stellvertretend für das ganze Volk repräsentierte der Pharao in der Pyramide das regressive Ideal. In der »Achsenzeit«, ab 500 v.Ch., begann sich das Bewußtsein zu entwickeln. Buddha, Sokrates, Christus erwachten aus dem kollektiven Traum und durchbrachen zugleich die Schranken des Egos und seiner Scheinwelten. Diese Gründerfiguren vollzogen eine Geburt in einen neuen geistigen Raum, womit ein Prozeß einsetzte, in dem wir uns noch heute befinden.

Die ganze Abgründigkeit der Geburtserfahrung wird in den Ausführungen von *Janus* über die neuere Geschichte und ihre Katastrophen offenkundig. *Janus* führt die »Männerphantasien« von *Klaus Theweleit* an, der zeigte, daß die deutschen Soldaten in den Gemetzeln der Weltkriege ihr unbewältigtes Geburtstrauma ausagierten. Der Historiker *Lloyd de Mause* wies nach, daß der kollektive Wahnsinn, der 1933 in Deutschland ausbrach, von unbewußten Wiedergeburtsphantasien getragen wurde.

Das Buch deutet am Ende mit Zitaten von *Graber* und *Grof* und unter Hinweis auf den Zen-Buddhismus auf das neue Bewußtsein, wie es sich, angeregt durch die Erkenntnisse der Tiefenpsychlogie, in der New-Age-Bewegung manifestiert: Sie knüpft in starkem Maße an die großen Lehrer der Achsenzeit an, vor allem an die indische bzw. buddhistische Tradition, und hat ein Menschenbild entwickelt, das auch die spirituelle Dimension umfaßt. Die Geburtserfahrung wird zur symbolischen Matrix für die Geburt eines überpersönlichen Selbst, eines transpersonalen, kosmischen Bewußtseins. In *Ammons* Sicht des Menschen als eines 'mehrdimensionalen' Wesens ist die Integration der Spiritualität ein notwendiger Schritt zur Ganzheit.

Die Arbeit von *Janus* kann beitragen, den diagnostischen Blick auf die Wurzeln des Symbiosekomplexes zu schärfen sowie die Kenntnis über die Tiefenschichten der kulturellen Einbettung der Patienten zu erweitern.

Oskar Sahlberg (Berlin)

Selektion in der Heilanstalt
Eglfing/Haar: Geschichte einer Pflegeanstalt bis zum Ende der NS-Zeit

Bernhard Richarz
Heilen, Pflegen, Töten. Zur Alltagsgeschichte einer Heil- und Pflegeanstalt bis zum Ende des Nationalsozialismus.
Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 198, 217 S., DM 39,80

Im Kerosinschatten der großen weiten Welt, entlang der Leibstraße, liegt das Bezirkskrankenhaus Haar, das der Autofahrer ausgeschildert findet oberhalb des größeren und sichtbareren Wegweisers »Theater«. Wenn man — dort angekommen — von älteren Patienten zu hören bekommt, daß sie nicht nach »Eglfing« wollen, dann klingt noch anderes an als die geläufige Identifizierung des Vorortes Haar mit der »Irrenanstalt«. Um dies besser verstehen zu können, muß man sich auf den schwierigen Weg machen, sich die abgespaltene Geschichte zu vergegenwärtigen. Einen kompetenten Wegbegleiter durch diese bedrückende Zeit stellt das hier vorgestellte Buch dar, das der jetzt im Bezirkskrankenhaus arbeitende Arzt geschrieben hat nach gründlichen Studien und unter Verwendung zahlreicher, bisher unveröffentlichter Dokumente.

Mit Recht betrachtet der Autor nicht isoliert die Zeit von 1933-1945, sondern er beginnt mit der Darstellung der Versorgung psychisch Kranker vom 18. Jahrhundert an. Dadurch behält er im Blick, daß z.B. die preußische Reform von 1805 die sich später als fatal erweisende Unterteilung der psychisch Kranken in Heilbare und Unheilbare durchführte. Die psychiatrischen Einrichtungen im Raum München werden festgehalten, angefangen von der »Oberbaierischen Kreis-Irrenanstalt München« (1858), deren Überfüllung zur Gründung der Anstalt in Eglfing (Eröffnung 1905) führte und wegen Überbelegung bereits nach zwei Jahren den Bau der Anstalt Haar (Eröffnung 1912) erforderlich machte. Beide selbständigen Anstalten wurden 1931 zusammengelegt zur »Oberbayerischen Kreis-, Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar«. Der Leser wird auch vertraut gemacht mit dem Beginn der Universitätspsychiatrie (Klinik in der Nußbaumstraße 1904 unter der Leitung von *E. Kraepelin)* und der 1918 gegründeten »Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie«.

Für jeden aufgeschlossenen Laien und nicht etwa nur für den fachlich Vorgebildeten wird das »Innenleben der Anstalt« bis in die dreißiger Jahre plastisch. Die Krankheitsbilder aus zeitgenössischer Sicht, die therapeutischen Verfahren von der Arbeitstherapie bis zu den somatischen Behandlungsversuchen werden vorgestellt. An Hand von Tabellen bekommt man einen Überblick über die Entwicklung der Verpflegungssätze und Krankenbewegungen im Kontext der sozialpolitischen Verhältnisse.

Die 2. Hälfte des Buches führt dann näher zu dem speziellen Anliegen des Autors, nämlich zu dem Versuch, eine Antwort zu finden auf die Frage, »was die in den Anstalten tätigen Ärzte dazu gebracht haben könnte, sich an den

Maßnahmen zur Sterilisierung und Tötung von psychisch Kranken zu beteiligen«. Die in die Tat umgesetzten Konsequenzen, ausgehend von den vorbereitenden Gedanken und Diskussionen über Vererbung, Rassenhygiene und »Sterbehilfe« werden Thema. So bestand vor 1933 ein Erklärungsversuch für die Zunahme psychischer Erkrankungen in der »erblichen Entartung«. Ohne daß die Auffassung, psychische Erkrankungen als Erbkrankheiten zu verstehen, wissenschaftlich abgesichert gewesen wäre, wurde im Juli 1933 das »Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses« verabschiedet, das die Grundlage schuf, psychisch kranke Menschen auch gegen ihren Willen zu sterilisieren. Ein »Erbgesundheitsgericht« entschied über die Anträge auf Sterilisierung, wobei der Gutachtertätigkeit der Ärzte eine zentrale Rolle zufiel. Dabei reichte die ärztliche Feststellung der Erkrankung aus.

Es wurde nicht der Nachweis der Erblichkeit im Einzelfall durch Untersuchung der Verwandschaft verlangt. Für Ärzte wurden erbbiologisch-rassenhygienische Schulungskurse durchgeführt u.a. durch F. Büdin von der Deutschen Forschungsanstalt. Ein »ordentliches« Verwaltungsverfahren mit »Erbkrankenmeldezettel« wurde entwickelt. Gesetzliche Vorschriften bestanden, daß ein als erbkrank eingeschätzter Patient solange in einer geschlossenen Anstalt verwahrt werden mußte, bis ihm die Fähigkeit zur Fortpflanzung genommen war, auch wenn er auf Grund seines psychischen Zustandsbildes entlassungsfähig war. Patienten, die als unheilbar über viele Jahre in der Anstalt verwahrt wurden, waren nur in geringem Maße von der Sterilisierung betroffen da das genannte Gesetz vor allem auf die entlassungsfähigen Patienten angewandt wurde.

Die chronisch Kranken gerieten erst ins Blickfeld, als die nationalsozialistische Regierung die als »Euthanasie« bezeichnete Tötung psychisch Kranker veranlaßte. Hierbei spielte die Einteilung der Kranken in Heilbare und Unheilbare eine entscheidende Rolle: Wer nicht durch »aktive Krankenbehandlung« zu bessern war, dem drohte die Ermordung. Körperlich oder geistig behinderte Kinder, schwer und chronisch psychisch Kranke, psychisch kranke und arbeitsunfähige Häftlinge wurden getötet, mit der »Begründung«, daß der finanzielle Aufwand für ihre Versorgung unverhältnismäßig groß sei, und: um den akut Kranken besser helfen zu können, die für heilbar angesehen wurden. Planmäßig und durchorganisiert — wieder mit ärztlichem Gutachterverfahren — verlief die Tötung von 1939—1941 unter der Bezeichnung »Aktion T 4« (benannt nach der verantwortlichen Dienststelle in Berlin mit der Adresse Tiergartenstraße 4).

Nach der Rede des Bischofs von Münster, Graf Galen, vom August 1941, in der er die Tötung von psychisch kranken Menschen als Mord öffentlich anprangerte, wurde die Tötung offiziell eingestellt, aber dennoch in der sogenannten wilden Euthanasie fortgesetzt. Haar selber war Sammel- und Durchgangsstation für die erwachsenen Patienten, die in Tötungsanstalten verlegt und dort umgebracht wurden; andererseits wurden Kinder in der Kinderfachabteilung umgebracht und Erwachsene ließ man verhungern in den soge-

nannten Hungerhäusern.

In einem abschließenden Kapitel wird die Gestalt des Direktors (von 1938 bis 1945) Pfannmüller gezeichnet — meist anhand eigener Zitate.

Als einer der ersten setzte sich Gerhard Schmidt, kommissarischer Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Eglfing/Haar nach dem Ende des Nationalsozialismus, mit dieser Vergangenheit auseinander. Sein Buch »Selektion in der Heilanstalt 1939 bis 1945«, bereits 1945 geschrieben, erschien bezeichnenderweise erst 1965. Aber auch heute findet sich noch die Tendenz zuzudecken. Nicht unbedeutendes Indiz dafür ist, daß *Bernhard Richarz* bei keiner Fortbildungsveranstaltung einer psychiatrischen Einrichtung in München zu hören war. Sein Buch ist uneingeschränkt zur Lektüre zu empfehlen, und zwar weit über den Kreis Münchens und der in der Psychiatrie Tätigen hinaus.

(Nachdruck aus der Süddeutschen Zeitung mit freundlicher Genehmigung der Redaktion)

Bernhard Küchenhoff

Volker Roder, Hans-D. Brenner, et. al.
Integriertes psychologisches Therapieprogramm für schizophrene Patienten (ITP)
Psychologie Verlags-Union, München/Weinheim, 1988, 184 S., geb., DM 58,—

Alle Autoren des vorliegenden Bandes sind langjährig erfahrene Mitarbeiter in der stationären Behandlung von schizophrenen Patienten. Das in diesem stationären Rahmen aufgebaute verhaltenstherapeutische Gruppentraining zur Verbesserung der kognitiven und sozialen Fähigkeiten schizophrener Patienten ergab sich aus dem klinischen Alltag einer in Teamarbeit geführten psychiatrischen Klinik.

Dieser praktische Bezugsrahmen zieht sich durch die gesamte Darstellung des Therapieprogramms, das als Anleitung für die stationäre und teilstationäre Praxis der Schizophreniebehandlung konzipiert ist.

Das Therapieprogramm wird von den Autoren in fünf Unterprogramme eingeteilt, die in Aufbau und Durchführung unterschiedlich gestaltet sind und im Schwierigkeitsgrad für den Patienten zunehmen. Von wesentlicher Bedeutung ist jedoch die Einbettung in ein integratives, von den Autoren als »multimodal« bezeichnetes Behandlungskonzept.

Außerhalb eines schützenden und strukturierten Rahmens sollte nach Ansicht der Autoren das Programm nicht durchgeführt werden. Zu diesem wesentlichen Punkt werden andere wissenschaftliche Quellen wie *Ciompi* und *Stierlin* zitiert, die wie die Autoren betonen, daß die Schizophreniebehandlung nur durch »mehrdimensionale psychotherapeutische Maßnahmen, Milieu- und Soziotherapie, Angehörigenarbeit und durch eine optimale Versorgung mit Psychopharmaka realisiert werden kann. All diese therapeutischen Bemühungen können nur dann für den Patienten optimal nutzbar und wirksam werden, wenn kurz- und langfristige Therapieplanungen von einem

konstanten, gut ausgebildeten therapeutischen Team durchgeführt werden.«

Weiterhin betonen die Autoren, daß sämtliche Maßnahmen speziell auf an Schizophrenie erkrankte Patienten abgestimmt sein müssen, um frühere, wenig fundierte und »weder empirisch noch theoretisch« begründbare Ansätze »integrativ« zu überwinden.

Es wird sowohl die Durchführung als auch das Arbeitsmaterial der fünf gruppentherapeutischen Unterprogramme sowie der institutionelle Rahmen der Klinik ausführlich dargestellt und mit Fallbeispielen anschaulich illustriert. Eine eigene kritische Diskussion der neuen Entwicklungstendenzen schließt den Band ab.

Insgesamt erscheint das Werk als ein praktischer Ansatz für eine integrative Behandlungsmethodik der schizophrenen Erkrankung, wobei auch gruppendynamische und verhaltenstherapeutische Gesichtspunkte zum Tragen kommen.

Der verhaltenstherapeutisch-sozialpsychiatrische Boden wird im Rahmen dieses Buches nicht verlassen. Auf dieser Basis ist die Darstellung des Integrierten Psychologischen Therapieprogramms für schizophrene Patienten klar, verständlich und für die Praxis sehr gut anwendbar.

Ulrike Schanne (München)

Eckart Rüther
Wirkungsverlauf der neuroleptischen Therapie
Gustav Fischer Verlag, Stuttgart, New York 1987

Die pharmakologische Behandlung mit Neuroleptika stellt in der modernen Psychiatrie eine Grundlage des Gesamtbehandlungsplans psychotischer, insbesondere schizophrener Patienten dar. Über den biologischen, biochemischen und physiologischen Wirkungsmechanismus dieser Medikamente bestehen jedoch nach wie vor nur Vermutungen, ebenso wie über die biologische Basisstörung psychiatrischer Krankheitsbilder. Durch die Aufklärung therapeutisch relevanter Wirkungsmechanismen von Neuroleptika soll die Pathophysiologie psychiatrischer Krankheitsbilder erforscht werden.

Clozapin hat unter allen bekannten Neuroleptika die herausragende Eigenschaft, keine extrapyramidalmotorischen Nebenwirkungen hervorzurufen, was den immer noch von einigen Autoren für Neuroleptika postulierten engen Zusammenhang zwischen therapeutischem Effekt und extrapyramidalmotorischer Wirkung in Frage stellt, gleichzeitig jedoch neue Ansatzmöglichkeiten in der Erforschung biochemischer, physiologischer und biologischer Wirkungsmechanismen der Neuroleptika sowie in der Erforschung der biologischen Grundstörung psychiatrischer Krankheitsbilder bietet.

Im Wirkungsvergleich der beiden Neuroleptika Haloperidol und Clozapin wird durch die kombinierte Anwendung von klinisch-psychopathologischen,

biochemischen und klinisch-neurophysiolgischen Methoden in systematischen Verlaufsuntersuchungen zur Aufklärung der für den therapeutischen Effekt wesentlichen Wirkungskomponenten der Neuroleptika beigetragen. Dabei wird der Zeitverlauf der Neuroleptikawirkung auf die psychopathologische Symptomatik, auf das extrapyramidalmotorische System, auf den Dopamin- und Noradrenalin-Stoffwechsel, auf das EEG und verschiedene Schlafparameter untersucht.

Im Rahmen von Längsschnittuntersuchungen der neuroleptischen Behandlung bei schizophrenen Patienten konnten für einzelne klinische, biochemische und neurophysiologische Wirkungen eine Toleranzentwicklung, bzw. Adaptation aufgedeckt werden. Dabei muß die ausbleibende Adaptation des Noradrenalin-Stoffwechsels bei der Erörterung des neuroleptischen Wirkungsprinzips besonders beachtet werden.

Hinsichtlich der antipsychotischen Wirkung haben alle Neuroleptika einen gemeinsamen Angriffspunkt im mesolimbischen System. Die klinische Effizienz beruht dabei letztlich auf einer primären Wirkung auf die Affektdynamik des Erlebens, die antipsychotische Wirkung ist lediglich mittelbare Folge der Wirkung auf die Affektdynamik.

Praktische Hinweise zur neuroleptischen Therapie werden hinsichtlich Indikation, Prädiktion und Behandlungsstrategie gegeben, wobei darauf hingewiesen wird, daß eine neuroleptische Therapie ein biologisch begründbares dynamisches Geschehen in Gang setzt, und daß von dem Vorurteil eines statischen Behandlungsverlaufs weg umgedacht werden muß.

Bei aller Hochachtung vor der wissenchaftlichen Leistung und deren ausdrücklichen Anerkennung im Hinblick auf die Erforschung biologischer Störungen im Zusammenhang psychotischen Geschehens scheint der psychisch kranke Mensch in seinem großen Leid in diesem Buch doch etwas zu kurz zu kommen.

Michaela Scheidhacker (München)

Nachrichten/News

›Das Borderline Syndrom in Theorie und Praxis‹

Bericht über den 7. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP/XX. Internationales Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 17. bis 21. März 1989 in der Hochschule der Künste Berlin.

Über 120 Wissenschaftler aus 18 Nationen stellten vor rund 350 Teilnehmern ihre Forschungsergebnisse und Behandlungskonzepte zur Diskussion.

Hatte 1976 auf dem Borderline-Symposium der DAP an der Universität Düsseldorf die Konzeption des Borderline-Syndroms als eigenständiges Krankheitsbild auf dem Boden des Humanstrukturmodells im Mittelpunkt gestanden, so beschäftigte sich der diesjährige Kongreß mit der differenzierten Erfassung der Mehrdimensionalität dieses Krankheitsgeschehens.

Das ursprüngliche, schon ganzheitlich angelegte Ich-Struktur-Modell hat sich seit dieser Zeit zu einem mehrdimensionalen Menschenbild, das auch zunehmend die Bedeutung gesunder, kreativer Anteile berücksichtigt, weiterentwickelt und ausdifferenziert.

Die Mehrdimensionalität beim Borderline-Syndrom zeigt sich sowohl auf der symtomatologischen Ebene, was die diagnostische Erfassung bisher schwierig machte, wie auch im Prozeß der Therapie, so daß gerade das Borderline-Syndrom in seiner Vielfältigkeit zur Suche nach neuen Wegen in Verständnis und Behandlungsmethodik herausfordert, weil es stets die Grenzen von Kategorien überschreitet. Deshalb ist es in der psychiatrischen Literatur bis heute nicht gelungen, wie *Ammon* in seinem Eröffnungsvortrag ausführte, das Borderline-Syndrom diagnostisch einzuordnen und abzugrenzen. »Meines Erachtens spiegelt sich in dieser Heterogenität der Definitionen und theoretischer Konzepte die Borderline-Erkrankung wider. . . Das Wesen der Borderline-Erkrankung kann nur auf dem Hintergrund einer integrierten Vorstellung der Gesamtpersönlichkeit des Menschen verstanden werden.«

Wesentliches Merkmal des Borderline-Patienten ist ein strukturelles Defizit im zentralen Kern der Persönlichkeit bei gut funktionierenden oder sogar überkompensierten Strukturen im Verhaltens-Ich, weshalb diese Menschen als unauffällig, gut funktionierend und »gesünder als gesund« erscheinen. Bei einer der Pressekonferenzen während des Kongresses, die eine Art »Kongreß innerhalb des Kongresses« bildeten, bezeichnete *Ammon* diese Menschen als »Schauspieler des Lebens«: aus Angst vor eigener Identität schlüpfen sie von einer Identität in die nächste. Eine große Rolle für die Borderline-Erkrankung spielt die Angst, die aus defizitärer Identität resultiert und die der Patient selbst nicht spüren kann. Im therapeutischen Prozeß geht es darum, diese Angst und die mit der frühkindlichen Verlassenheitssituation verbundene Wut erfahrbar zu machen und zu bearbeiten.

Wie die zahlreichen klinischen Beiträge über die Borderline-Therapie — so z.B. aus der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige, aus Ungarn, der UdSSR, den USA, Polen, Israel, Italien, Indien, Jugoslawien und Groß-Britannien — deutlich machten, ist dafür ein vielfältiges Spektrum therapeutischer Methoden, die in ein therapeutisches Feld integriert sein sollten, erforderlich. Dabei hat sich die Verbindung von Gruppentherapie, Milieutherapie, Humanstruktureller Tanztherapie, sowie der anderen nonverbalen Therapieformen als therapeutisch effizient erwiesen. Die Beiträge aus der klinischen Forschung aus der Diagnostischen Abteilung der Klinik Menterschwaige belegten die nahe Verwandtschaft des Borderline-Syndroms mit den anderen archaischen Ich-Krankheiten auf der humanstrukturellen Ebene. Dieses Ergebnis bestätigt die Bedeutsamkeit des unitären Krankheitsverständnisses der Dynamischen Psychiatrie. Die Beiträge aus der Schlafforschung und zur Effiziensforschung mit Hilfe psychologischer Tests wie des Ich-Struktur-Tests nach *Ammon* ISTA), des MMPI, des Wartegg-Zeichentests u.a.m., des Autokinetischen Lichttests und des Eye-Movement-Tests bestätigen zum einen das humanstrukturelle Verständnis des Borderline-Syndroms als Manifestation überwiegend destruktiv und defizitär entwickelter Humanfunktionen im zentralen Persönlichkeitskern und demonstrierten, wie diese allmählich im Verlauf des therapeutischen Prozesses mehr und mehr kontruktive Qualität entwickeln.

In ihrem Beitrag zur Problematik der Borderline-Diagnostik, in dem *Margit Schmolke* und *Gabriele von Bülow* die diagnostische Systematik des DSM III der Humanstrukturellen Diagnostik gegenüberstellten, machten sie deutlich, daß sich der DSM III beim Borderline-Syndrom auf eine Zusammenstellung von Symptomkomplexen ohne stringente Ableitung aus einem strukturellen Krankheitsverständnis beschränkt. In ähnlicher Weise kritisierte *Jules Masserman,* der Leiter der starken amerikanischen Delegation in seinem Beitrag zur Diagnostik die positivistische und reduktionistische Haltung in weiten Bereichen der Psychiatrie, die er für anachronistisch und menschenfeindlich hält und plädierte für die »dynamische Diagnose«, die ganzheitlich und empathisch in der Interaktion zwischen Therapeut und Patient zum Krankheitsverständnis gelangt.

Jene ganzheitliche, dynamische Sichtweise der Borderline-Erkrankung die die Biographie des Patienten miteinbezieht statt ihn in einer statischen Etikettierung sozial abzustempeln, stand auch im Mittelpunkt des Beitrages von *Gerhard Menzel* und *Paul Schmalisch,* die sich mit Kurt Schneiders Psychopathie-Konzept auseinandersetzten.

Die sowjetischen Beiträge von *Kabanov, Rotenberg, Tupizin* und *Nekrasova* zeigten eine deutliche Annäherung der sowjetischen Psychotherapie und Psychiatrie an die Dynamische Psychiatrie in Diagnostik und Therapie, wie sie bereits seit Jahren ihren sinnfälligen Ausdruck in der wissenschaftlichen Freundschaft zwischen *Rotenberg* und *Ammon* findet. Aus dieser Annäherung entwickelten sich am Ende des Kongresses feste Vereinbarungen zur Intensi-

vierung der Zusammenarbeit durch gemeinsame Forschungsprojekte und Austausch von Wissenschaftlern zwischen Berlin/München und Leningrad/Moskau, in die später weitere WADP-Mitgliedszweige einbezogen werden.

Ein wesentliches Zeichen der Kongreßatmosphäre war darüber hinaus der intensive internationale Gedankenaustausch zwischen den Mitgliedern der WADP, der World Association for Social Psychiatry (WASP), der American Psychiatric Association (APA), der International Health Society und den psychiatrischen Fachgesellschaften der westeuropäischen und sozialistischen Länder, vertreten durch ihre Spitzenrepräsentanten: Prof. *Jules S. Masserman,* Past-President der APA und Life-President der WASP, Dr. *Guilherme Ferreira,* Präsident der WASP aus Portugal, Dr. *Tschurkin,* leitender Psychiater des Gesundheitsministeriums der UdSSR, Prof. Dr. *János Füredi,* Präsident der Ungarischen Psychiatrischen Gesellschaft, Dr. *Béla Buda,* Vize-Präsident der Ungarischen Psychiatrischen Gesellschaft, Dr. *Luciano Rispoli,* Präsident der italienischen Gesellschaft für Funktionale Therapie, Prof. *Nicholas Destounis,* Präsident der Griechischen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin, Prof. *Judge Amnon Carmi,* Präsident der World Association of Medical Law, und Prof. *Adam Szymusik,* Vorstandsmitglied der Polnischen Psychiatrischen Gesellschaft und Dekan der Abt. für Psychiatrie der Kopernikus-Akademie für Medizin Krakau, sowie der Vice-President Continuing Medical Education of the International Health Society, Dr. *Edward Dehné.* Dr. *Dehné* wurde auf diesem Kongreß für seine Verdienste um die Dynamische Psychiatrie in der ärztlichen Weiterbildung in den USA und sein engagiertes Eintreten für eine humane Psychiatrie die Goldmedaille der Deutschen Akademie für Psychoanalyse verliehen.

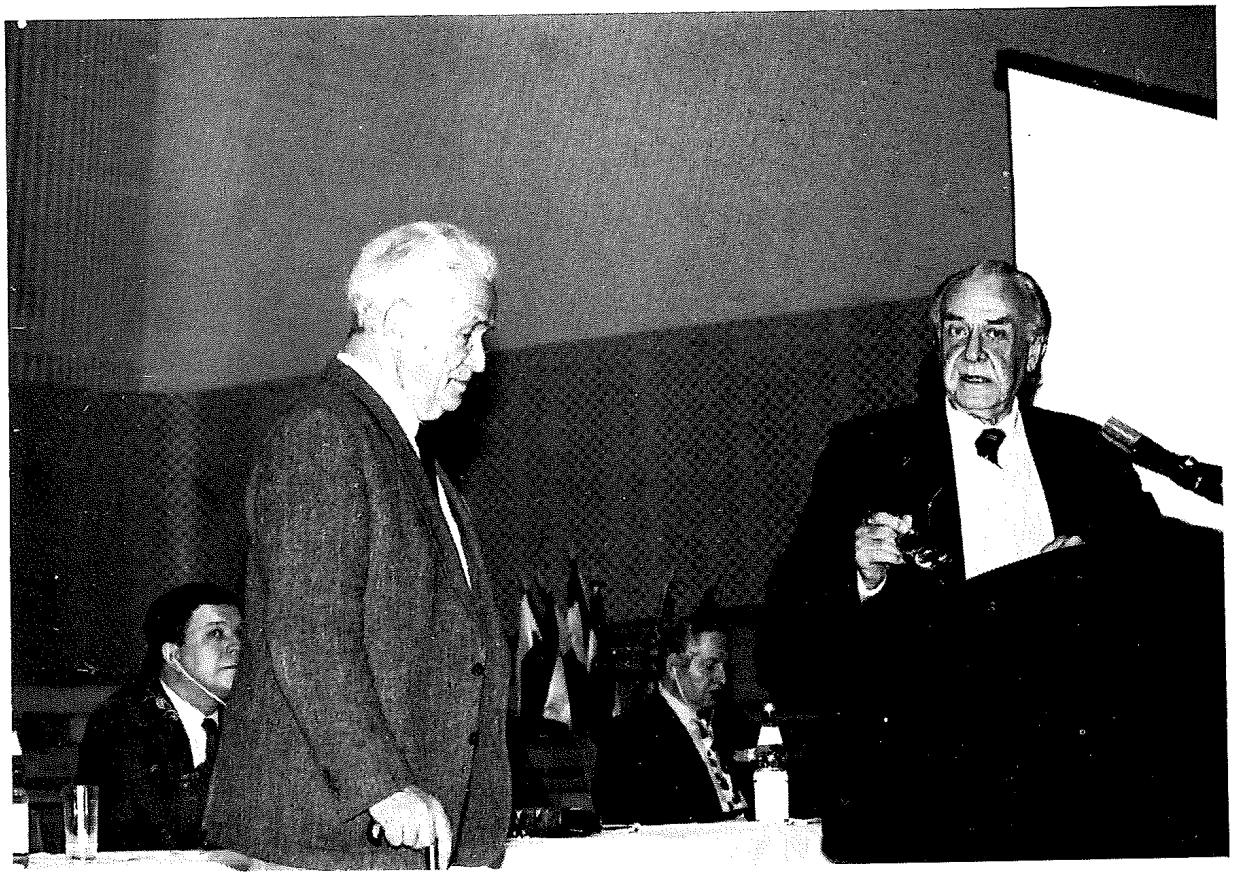
Der völkerverbindende und freundschaftliche Charakter des Kongresses fand auch seinen Ausdruck im gemeinsamen Festessen aller Delegationen im Reichstagsgebäude, dem eine kurze Einführung in die symbolträchtige Geschichte dieses Parlamentsgebäudes voranging: Es stellt ein Symbol für die demokratischen Kräfte, für die Gefährdung demokratischer Freiheiten durch Diktaturen und die ungelöste Frage der Zukunft des »europäischen Hauses« dar. Prof. *Modest Kabanov,* der Leiter der sowjetischen Delegation, konnte hier seinen Geburtstag inmitten der versammelten »UNO der Wissenschaftler« feiern.

Gerade der breite internationale Erfahrungsaustausch der auf dem Kongreß vertretenen Ärzte, Psychiater, Psychotherapeuten, Psychologen, Soziologen, Pädagogen, Philosophen, Politikwissenschaftler und Juristen zeigte, daß Konsens darüber besteht, daß das Borderline-Syndrom eine schwere psychiatrische Erkrankung darstellt und laut epidemiologischer Untersuchungen, so z.B. in der BRD und der UdSSR, ständig zunimmt. So lag es nahe, daß die Frage diskutiert wurde, ob es kulturspezifische Faktoren bei dieser Erkrankung gibt und welchen Einfluß gesellschaftliche Strukturen haben. Einen zentralen Stellenwert hatten in diesem Zusammenhang die Kongreßbeiträge und Diskussionen

Bei der Eröffnung des Kongresses

Dr. med. Günter Ammon, Präsident der Deutschen Akademie für Psychoanalyse überreicht Dr. Edward Dehné, 2. Vizepräsident der World Association for Dynamic Psychiatry, die Goldmedaille der DAP

Auditorium bei der Eröffnung

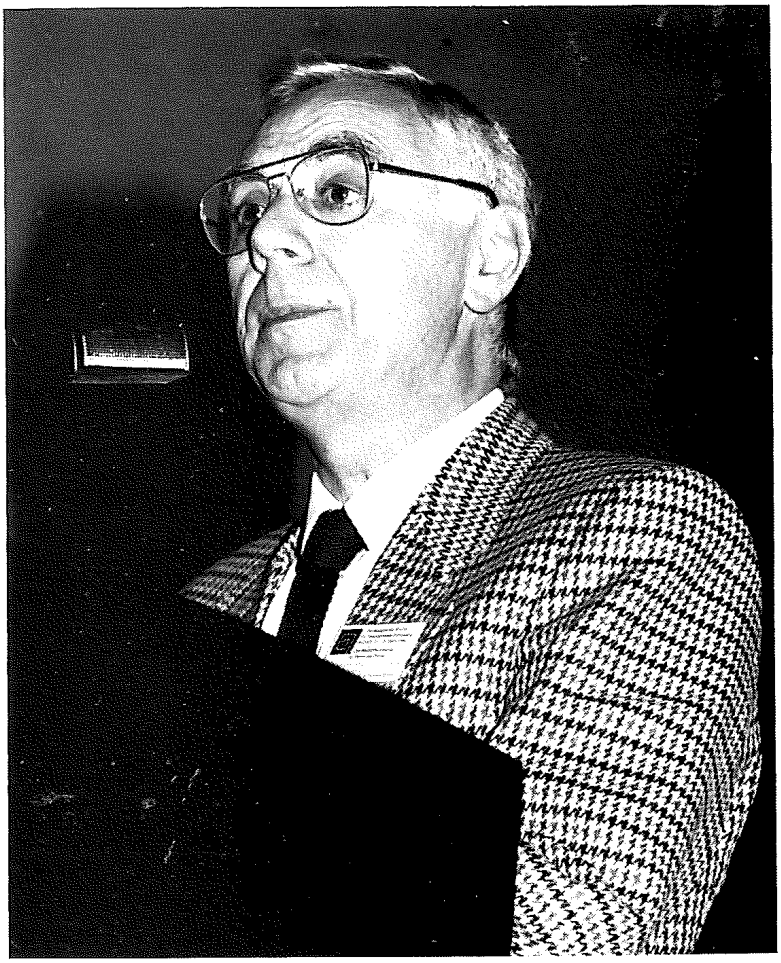


Dr. Ammon bei der Einführung von Dr. med. Heinrich Huebschmann (Heidelberg) zu seinem Vortrag

Dr. Guilherme Ferreira, (Lissabon) Präsident der World Association for Social Psychiatry, beim Festessen im Reichstagsgebäude, rechts daneben Dipl.-Psych. Ilse Burbiel, Pressereferentin der WADP und Prof. Modest Kabanov, Leiter des Bechterew-Instituts Leningrad und Präsident der Sowjetischen Gesellschaft für Sozialpsychiatrie

Prof. Dr. Vadim S. Rotenberg (Moskau), Chairman des Sowjetischen Zweiges der WADP

Rechtsanwalt Thomas Hessel (München) bei seinem Vortrag

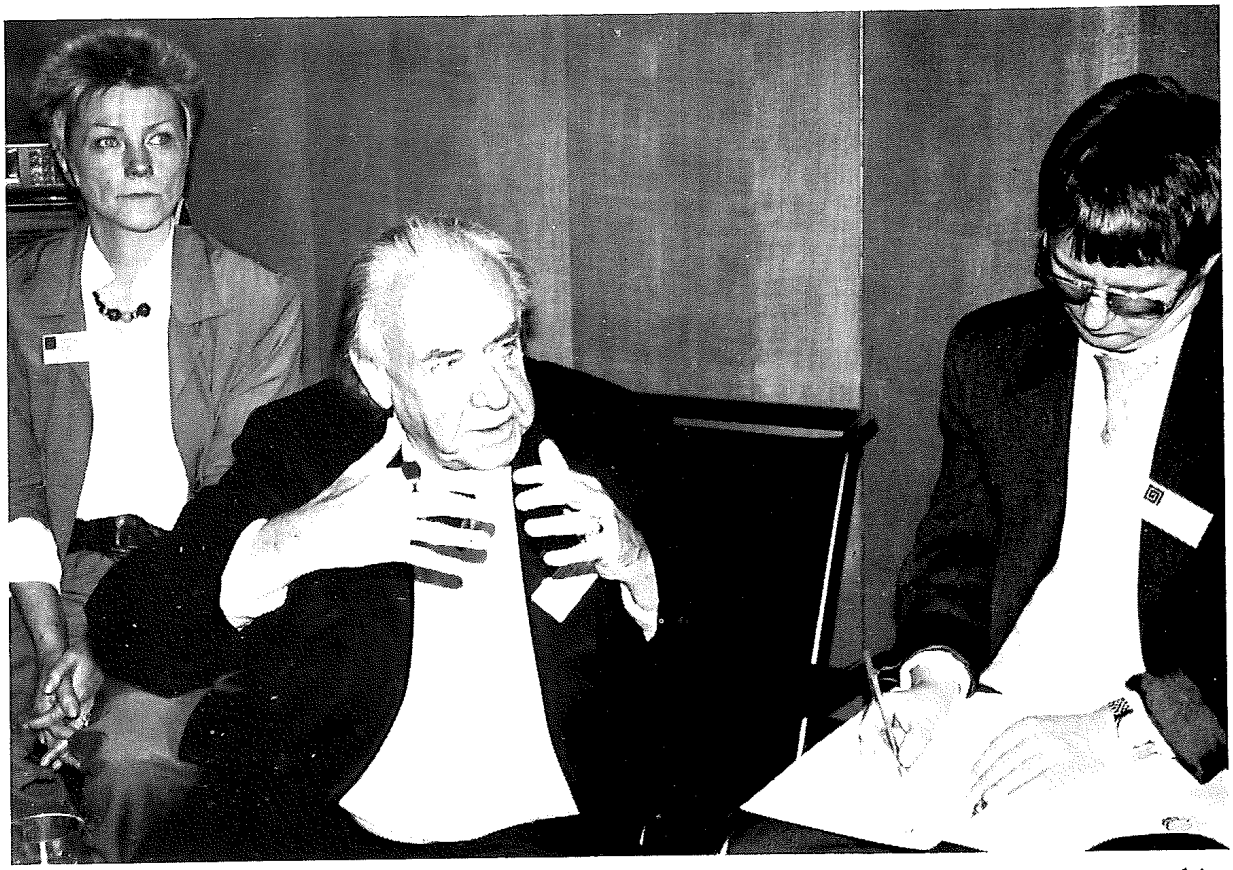


Prof. Antonio Lambertino (Parma)

Prof. Dr. Duane Sherwin, Medical Director of the Aarhus Neuropsychiatric Clinic in Poulsbo, Washington

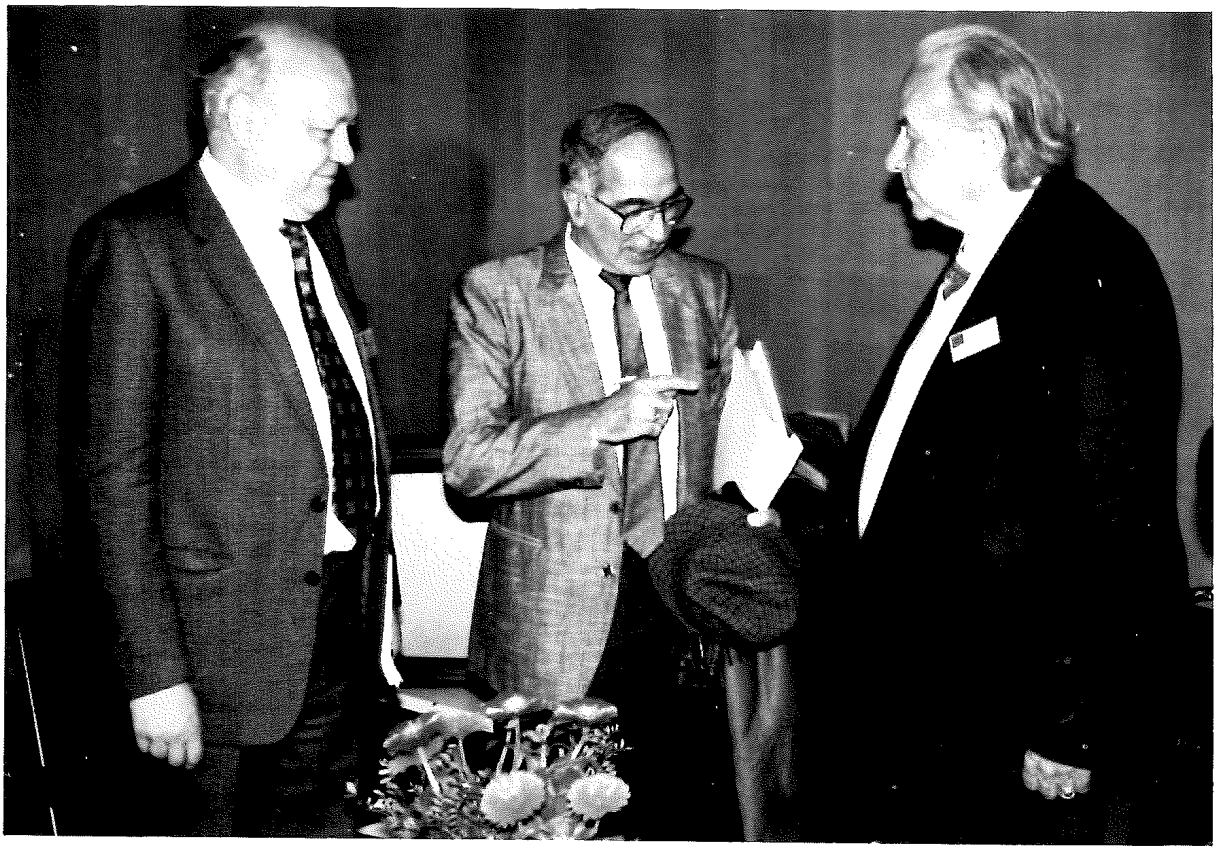
Dr. Ammon in seinem Arbeitszimmer in der Wielandstraße 27 mit Prof. Rotenberg

v.l.n.r.: Dr. Oskar Sahlberg (Journalist), Reverend Radha, Prof. Dr. Jai B.P. Sinha, 3. Vizepräsident der WADP, Prof. Dr. Modest Kabanov, Leiter des Bechterew-Instituts Leningrad, Dipl. Psych. Gerhard Wolfrum, Mitarbeiter der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige München, eine Übersetzerin, Dr. Alexander Tschurkin, Chefpsychiater des Gesundheitsministeriums der UdSSR, Moskau, Dr. J.J. Tupizin, Mitarbeiter am Bechterew-Institut Leningrad, Elisabeth Bluhm (Journalistin)



v.l.n.r.: Dipl. Psych Ilse Burbiel, Pressereferentin der World Association for Dynamic Psychiatry, Dr. Ammon, Dr. Helmut Volger, Exekutivsekretär der Deutschen Akademie für Psychoanalyse

Bei den Pressekonferenzen des Kongresses

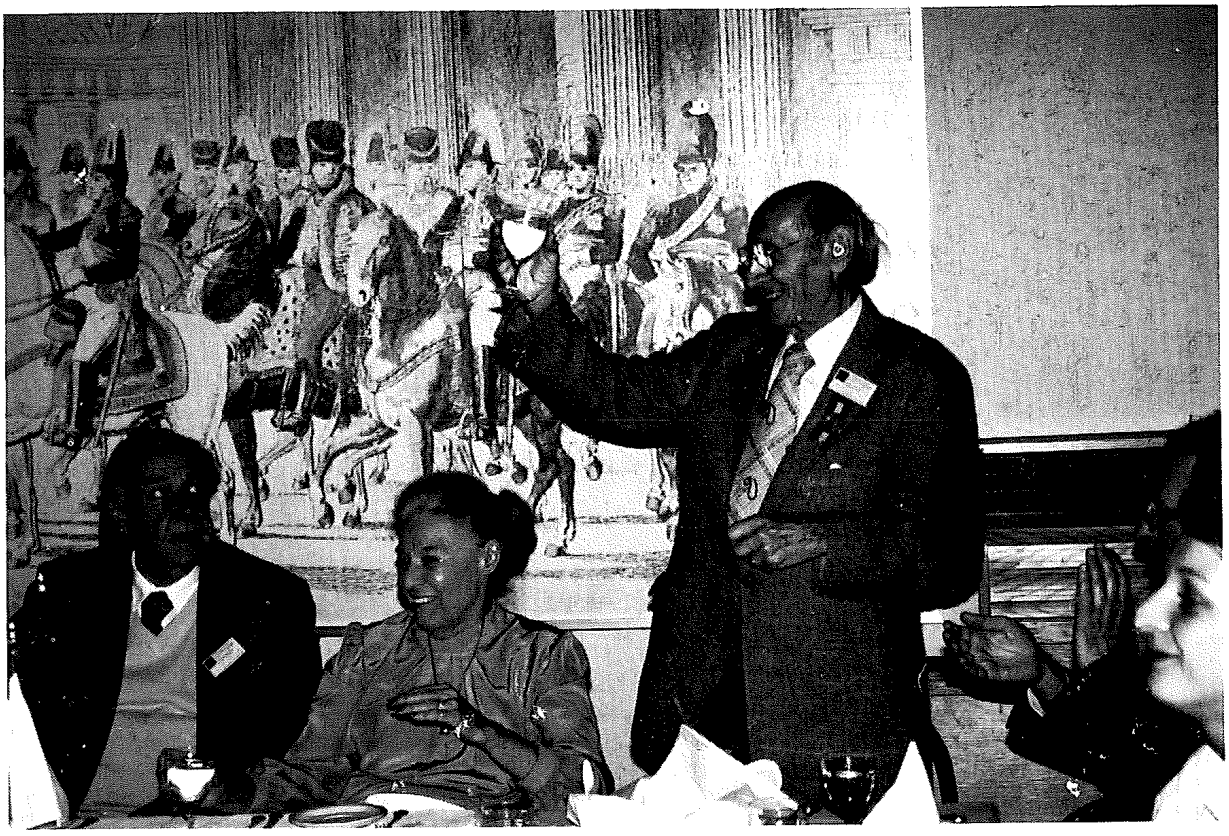


Dr. Ammon im Gespräch mit Dr. Béla Buda (Budapest), Vizepräsident der Ungarischen Psychiatrischen Gesellschaft und 1. Vizepräsident der WADP (links) und Prof. Dr. Füredi (Budapest), Präsident der Ungarischen Psychiatrischen Gesellschaft (Mitte)

Prof. Judge Amnon Carmi (Haifa), Präsident der World Association of Medical Law und Präsident der Society for Medicine and Law in Israel mit seiner Frau im Gespräch mit Prof. Jai B.P. Sinha (Patna), 3. Vizepräsident der WADP

Dr. Ammon bei seiner Geburtstagsansprache für Prof. Kabanov

Beim Festessen im Restaurant des Reichstagsgebäudes



Prof. Dr. Jules S. Masserman (Chicago), Honorary Life President of the World Association for Social Psychiatry, Past President and Life Trustee of the American Psychiatric Association, bei seinem Toast.

über die strukturierende Wirkung ethischer Werte und gesellschaftlicher Normen und ihre Vermittlung in den jeweiligen sozialenergetischen Feldern, wie dies schlaglichtartig die Diskussion zwischen *Suman Bakshi* und *Jai B.P. Sinha* über die Werte in der indischen Gesellschaft auf der Abschlußpressekonferenz verdeutlichte: Während *Bakshi* die schützende und persönlichkeitsintegrierende Wirkung der Solidar- und Familienethik in der indischen Gesellschaft betonte, hob *Sinha* die de-individualisierende und entkreativierende Wirkung der quasi-symbiotischen Familienatmosphäre hervor.

Die fehlende ethische Grundhaltung bei der Borderline-Persönlichkeit in Verbindung mit dem Potential zum abrupten Durchbruch destruktiver Aggression bilden den Hintergrund der in der Kriminologie nach wie vor unterschätzten und mißverstandenen Borderline-Kriminalität. Wie die Beiträge der Juristen Judge *Carmi* und Rechtsanwalt *Hessel* und des Moralphilosophen *Lambertino* verdeutlichten, muß die Beurteilung der Schuldfähigkeit diesen Persönlichkeitsstrukturen Rechnung tragen, während sie bisher in der Regel als uneingeschränkt schuldfähig angesehen wurden.

Die zahlreichen Beiträge zur frühkindlichen Entwicklung und zur Adoleszenz des Borderline-Kranken wie z.B. von *Dorothea Makulik, Maria Orwid, Hanna Jaklewicz, György Körmendy, Dan Sharon, Günter Heisterkamp, Oskar Sahlberg* u.a.m., betonten die Bedeutung der realen Verlassenheit in den ersten Lebensjahren und die Überforderung durch einseitige intellektuelle Leistungsansprüche bei gleichzeitiger emotionaler Kälte der Eltern, so daß dem Kind keine Integration zur Identität gelingt. Zugleich wurden gerade in diesen Beiträgen die großen Chancen präventiver Arbeit in Kindergärten, Familienberatung etc. deutlich.

Ein Großteil der ausländischen Delegationen, Referenten, sowie Journalisten nahm am traditionellen klinischen Nachkongreß am 23. März 1989 in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige teil. Die Teilnahme an der Klinik-Großgruppe, der Humanstrukturellen Tanztherapie und — mit Einverständnis der Patienten — das Verfolgen einer gruppentherapeutischen Sitzung durch den Two-way-vision-Spiegel, eine Aufführung der Theatertherapiegruppe der Klinik und viele informelle Gespräche boten Gelegenheit, das therapeutische Feld der Klinik kennen zu lernen.

Gerade die schon erwähnten Pressekonferenzen des Kongresses, die zu faszinierenden Diskussionsforen der Delegationen der Teilnehmerländer mit den Journalisten wurden, zeigten die vielfältigen Facetten des Borderline-Krankheitsbildes in seiner verführerischen Faszination und oft verwirrenden Problematik, machten aber zugleich als integratives Moment des Kongresses den Grundkonsens aller Wissenschaftler und Therapeuten über das Krankheitsverständnis deutlich: Es gilt, den Borderline-Kranken als Menschen mit seinen gesunden und kranken Persönlichkeitsanteilen zu sehen und ihn im Verlauf seiner Therapie in die Lage zu versetzen, seine vielfältigen Möglichkeiten und Bedürfnisse konstruktiv in seine Persönlichkeit zu integrieren.

Daniel Hermelink, Gerhard Menzel, Helmut Volger (Berlin)

Der 7. Weltkongreß im Spiegel der Presse

Wenn der Mensch plötzlich ein gähnendes Loch ist, wenn seine Persönlichkeit auf einer Insel wohnt
Die seelischen Grenzgänger suchen nach dem Erfolg, doch in einer Krise bricht die Fassade zusammen

Sie sind arbeitswütig, angepaßt und erfolgsorientiert — doch plötzlich klappen sie zusammen: Das sind »Borderline«-Patienten. Borderline bedeutet Grenzgänger. Gemeint ist die Grenze zwischen Neurose und Psychose.

Dr. *Helmut Volger,* Sprecher des Internationalen Kongresses der Dynamischen Psychiatrie, der heute in Berlin beginnt:

Diese Menschen sind wie du und ich, es ist nicht erkennbar, daß sie eine Persönlichkeitsstörung haben. Erst wenn sie in die Krise geraten, bricht das Krankheitsbild aus — mit Depressionen, Selbstmordversuchen, Aggressivität. Manche Studien schätzen, daß jeder zweite Deutsche ein Borderliner ist.

Das Borderline-Syndrom entwickelt sich schon in der Kindheit. Ursachen können Einsamkeit und nicht bewältigte Angstgefühle sein. Borderline-Forscher sprechen von einer »inselhaften Entwicklung der Persönlichkeit«, die sich nur an bravem Verhalten und Leistung orientiert, aber seelischen Bedürfnissen, Hoffnungen und Ängsten zu wenig Beachtung geschenkt hat.

Der wissenschaftliche Leiter des Kongresses, der bis Dienstag in der Hochschule der Künste stattfindet, Dr. *Günter Ammon:* »In Situationen wie Schwangerschaft, Arbeitslosigkeit, Trennung oder Todesfall bricht die nach außen intakte Fassade der Borderline-Patienten zusammen, dahinter zeigt sich ein gähnendes Loch.«

Nach Ansicht von Fachleuten steckt hinter der Krankheit die Angst, keine Persönlichkeit zu haben. Das Leiden beginnt, wenn der Mensch sich seiner Langeweile und seines Mangels an inneren Werten bewußt wird. Oft wird das mit Arbeitswut überdeckt.

Borderline-Menschen haben einen Schutzpanzer um sich herumgebaut. Sie sind nicht wirklich kontaktfähig, sondern angepaßt.

Einige Krankenkassen haben das Borderline-Syndrom als eigenes Krankheitsbild akzeptiert und zahlen die Therapie.

(*BZ,* 18.3.1989)

Kongreß über ›Krankheit unserer Zeit‹
Psychiater beschäftigen sich auf Berliner Tagung mit ›Borderline-Syndrom‹

Sie sind mal schizophren, mal normal, mal brillant und dann wieder depressiv — mit diesem außergewöhnlichen Krankheitsbild beschäftigen sich ab heute

155 Wissenschaftler aus 18 Nationen auf dem 7. Internationale Kongreß der Dynamischen Psychiatrie in der Hochschule der Künste.

Als Veranstalter treten die »World Association for Dynamic Psychiatry (WADP)« und die Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP) mit Sitz in Berlin in Aktion. Die bis Dienstag stattfindende Veranstaltung wird vom Senat mit 45 000 Mark unterstützt.

Das »Borderline-Syndrom«, eine zwischen Neurose und Psychose liegende psychische Erkrankung, wird von dem wissenschaftlichen Leiter des Kongresses, Dr. *Günter Ammon,* als eine »Krankheit unserer Zeit« bezeichnet. Nach Meinung des in Berlin praktizierenden Psychiaters tritt dieses Syndrom immer häufiger auf.

Es unterscheide sich von der Schizophrenie durch eine »relativ intakte Fassade« des Patienten. In Krisensituationen wie Schwangerschaft, Arbeitslosigkeit, Trennung oder Todesfall breche die Fassade zusammen. Er reagiere dann plötzlich und unverständlich mit schweren Depressionen, Selbstmordversuchen oder Aggressivität.

Als Ursache der Krankheit wird laut *Ammon* eine »inselhafte Entwicklung der Persönlichkeit« in der Kindheit vermutet, wenn Ängsten, Hoffnungen und Bedürfnissen nur wenig Beachtung geschenkt wurde.

Borderline-Betroffene fallen im Alltagsleben kaum auf und entwickeln teilweise brillante Fähigkeiten. Trotz ihrer »chamäleonartigen Anpassungsfähigkeit« seien sie »nicht wirklich kontaktfähig«.

Nach Vorstellung der Dynamischen Psychiatrie könne der »unbewußt aufgebaute Schutzpanzer« durch wortlose Theater-, Musik-, Tanz- und Maltherapie aufgebrochen werden. Einige Krankenkassen würden inzwischen das »Borderline-Syndrom« als Krankheit anerkennen und die Behandlung bezahlen.

(*Berliner Morgenpost,* 18.3.1989)

»Eine Krankheit unserer Zeit«
Kongreß über Borderline-Syndrom in Berlin

Das Borderline-Syndrom, eine zwischen Neurose und Psychose liegende psychische Erkrankung, steht im Mittelpunkt des siebten internationalen Kongresses der Dynamischen Psychiatrie, der gestern in Berlin begann.

Das Syndrom sei eine »Krankheit unserer Zeit« und könne immer häufiger diagnostiziert werden, sagte der wissenschaftliche Leiter des Kongresses, *Günter Ammon,* vor Journalisten in Berlin. Zu dem viertägigen Kongreß werden 155 Referenten aus 18 Ländern erwartet.

Unter Borderline-Syndrom wird eine Störung im Persönlichkeitskern, der

Identität, verstanden. Es unterscheidet sich von einer Psychose wie beispielsweise der Schizophrenie durch eine »relativ intakte Fassade«, während in der Schizophrenie »die äußere Verhaltensebene zusammenbricht«. In Krisensituationen wie Schwangerschaft, Arbeitslosigkeit, Trennung oder Todesfall breche diese Fassade bei Borderline-Patienten zusammen und es zeige sich »dahinter ein gähnendes Loch«.

Davon Betroffene reagieren in dieser Situation — für sie selbst und für ihre Umwelt plötzlich und unverständlich — mit schweren Depressionen, Selbstmordversuchen oder Aggressivität. Als Ursache der Krankheit wird laut *Ammon* eine nur »inselhafte Entwicklung der Persönlichkeit« in der Kindheit angenommen, wenn nämlich einige in der Industriegesellschaft geläufige Tugenden gelernt, hingegen Ängsten, Hoffnungen und Bedürfnissen nur wenig Beachtung geschenkt wurden.

Borderline-Personen fallen im Alltagsleben kaum auf und entwickeln teilweise brillante Fähigkeiten, die sie auch in hohen Positionen zur Geltung bringen. Ihrer »chamäleonartigen Anpassungsfähigkeit« fehle jedoch die ethische Dimension, sie seien »nicht wirklich kontaktfähig«. Der unbewußt aufgebaute »Schutzpanzer« könne nach den Vorstellungen der Dynamischen Psychiatrie durch nichtverbale Theater-, Musik-, Tanz- und Maltherapie aufgebrochen werden. Die unterbrochene Gefühlsentwicklung werde durch das therapeutische Angebot einer »Selbstentdeckung« und durch die Orientierung auf das Gemeinwohl wieder in Gang gebracht. Die Dynamische Psychiatrie könne und wolle jedoch keine Religionen oder Politik anbieten oder aus dem Patienten einen Philosophen machen, betonte *Ammon.*

Wann Identitätskrisen oder exzentrische Lebensweisen in eine Borderline-Symptomatik umschlagen, hänge weitgehend vom einzelnen selbst ab. »Die Krankheit fängt an, wenn der Mensch sich seiner Langeweile, seines Defizits bewußt wird und anfängt zu leiden«, sagte *Ammon.* Einige Krankenkassen anerkennen inzwischen das Borderline-Syndrom als Krankheitsbild und bezahlen die Behandlung. (lbn/dpa)

(*Volksblatt,* 19.3.1989)

Borderline-Syndrom als ›Krankheit unserer Zeit‹ bezeichnet

Berlin (lbn) — Das Borderline-Syndrom, eine Störung der Identität, ist eine »Krankheit unserer Zeit«. In der Sowjetunion werde bei 75 Prozent der von der Psychiatrie untersuchten Personen ein Borderline-Syndrom diagnostiziert, sagte *Modest Kabanow,* Direktor des Leningrader psychoneurologischen Bechterew-Instituts, am Dienstag zum Abschluß des 7. Internationalen Kongresses für Dynamische Psychiatrie in Berlin. In der Bundesrepublik liegt die-

se Zahl nach Angaben des wissenschaftlichen Leiters der viertägigen Konferenz, *Günter Ammon,* bei 60 Prozent. Was zu *Sigmund Feuds* Zeiten die Neurose gewesen sei, sei jetzt die Identitätsstörung.

An dem Kongreß hatten über 100 Referenten aus 18 Ländern gesprochen. Neben westeuropäischen Gästen waren starke Delegationen aus Osteuropa, der UdSSR, den USA, Israel, Indonesien und Indien erschienen. *Kabanow* betonte, ein Teil der sowjetischen Psychiatrie sei »sehr nah dran« an Diagnose und Therapie des Borderline-Syndroms. Immer mehr werde erkannt, daß Psychiatrie-Patienten nicht nur mit Medikamenten geheilt werden könnten.

Unter dem Syndrom wird ein Krankheitsbild verstanden, das stärker in Erscheinung tritt als eine Neurose, aber nicht mit Realitätsverlust verbunden ist wie die Psychose. Das weit verbreitete deutsche medizinische Wörterbuch »Pschrembel« hatte 1982, auch aufgrund der Arbeiten *Ammons,* eine Definition des Begriffes aufgenommen.
(*dpa,* 21.3.89)

Psychisch Kranke zwischen allen Stühlen

Das Borderline-Syndrom, eine Störung der Identität, ist eine »Krankheit unserer Zeit«. In der Sowjetunion werde bei 75 Prozent der psychiatrisch untersuchten Personen ein Borderline-Syndrom diagnostiziert, sagte *Modest Kabanow,* Direktor des Leningrader psychoneurologischen Bechterew-Instituts, jetzt zum Abschluß des 7. Internationalen Kongresses für Dynamische Psychiatrie in Berlin.

In der Bundesrepublik liegt diese Zahl nach Angaben des wissenschaftlichen Leiters der viertägigen Konferenz, *Günter Ammon,* bei 60 Prozent. Was zu Sigmund Freuds Zeiten die Neurose gewesen sei, sei jetzt die Identitätsstörung. Unter diesem Syndrom versteht man ein Krankheitsbild, das stärker in Erscheinung tritt als eine Neurose, aber noch nicht mit Realitätsverlust verbunden ist wie die Psychose.

Borderline-Patienten seien unter anderem »verlassene Kinder« gewesen, sagte *Ammon.* Sie hätten in den ersten drei Lebensjahren ihre Mutter verloren und kein tiefes Gefühl von Geborgenheit in der Welt entwickeln können. Tiefe Störungen der Identitätsentwicklung rufe auch die Ablehnung des Kindes durch die Eltern hervor. Viele der Borderline-Patienten seien nur in Hinblick auf bestimmte Leistungen hin geliebt worden, während die emotionale Entwicklung zu kurz gekommen sei. Eine leistungszentrierte Gesellschaft, die zudem kaum noch ethische Vorbilder anzubieten habe, kommen diesen in der Kindheit angelegten Persönlichkeitsstörungen entgegen, meinte *Ammon.* Als Ursache des Syndroms müsse ferner eine heute weit verbreitete Form der Erziehung erwähnt werden, die keine Grenzen setze und die Kinder alleinlasse. In Krisensituationen, so berichtete Kongreßsprecherin *Ilse Burbiel,* reagierten diese ansonsten angepaßten und oft intelligenten Erwachsenen psychisch auf-

fällig. Die Symptomatik reiche von der körperlichen Reaktion über Depressionen und Eßanfällen bis hin zur Psychose (Realitätsverlust) und zum Selbstmordversuch. Als »typische Borderline-Patienten« bezeichnete *Ammon* den ehemaligen schleswig-holsteinischen Ministerpräsidenten Uwe Barschel, der durch Selbstmord starb. Ihn habe ein »tiefes Insichruhen« und ein »Getragensein von humanen Zielen« gefehlt. Verantwortlich für diese politische und menschliche Tragödie seien jene, »die so einen Mann ausgewählt und getragen hatten«.

Ziel der Therapie in der Dynamischen Psychiatrie sei es nicht nur, den Patienten wieder arbeitsfähig zu machen, sondern »die Persönlichkeit voll zu entfalten«. (dpa)

(*Frankfurter Rundschau,* 23.3.1989)

Diese dpa-Meldung erschien außerdem noch gleichlautend in der ›Rheinischen Post‹ vom 23.3.1989 und im ›Volksblatt Berlin‹ vom 23.3.1989.

Eine schillernde Persönlichkeit mit Rissen und Brüchen

Das Borderline-Syndrom sei die Krankheit unserer Zeit, sagte Dr. *Günter Ammon,* Präsident der Deutschen Gesellschaft für Dynamische Psychiatrie, auf dem siebten Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry in Berlin. In einer Mannheimer Untersuchung hätte die Hälfte der Patienten einer psychiatrischen Klinik typische Symptome von Grenzfall-Patienten gezeigt.

1976 hatte *Ammon* das Borderline-Syndrom als eigenständiges Krankheitsbild definiert. Schizophrene Züge, psychosomatische Symptome, Suizidgefährdung, Depression und psychotische Episoden könnten scheinbar völlig unvermittelt auftreten. Der Patient werde häufig nicht als psychisch krank erkannt. Er könne sich leicht anpassen, sei eine schillernde oft intellektuell brillante Persönlichkeit, die in der Arbeitswelt gut funktioniere. Doch in Krisensituationen wie Prüfungen, Trennung, Heirat, zeige sich das innere Defizit. Der Patient leide an Identitätslosigkeit; ihm fehle eine ethische Grundeinstellung. Die Vielfalt der »Pseudo-Identitäten« bräche auseinander. Wie bei der Schizophrenie handele es sich beim Borderline-Syndrom um eine Störung zentraler Grundfunktionen des Ich wie Ich-Abgrenzung, Aggression, Angst und Narzißmus. Der Patient sei ständig auf der Flucht vor seiner Angst, vor sich selbst, habe das Gefühl der inneren Leere und formale Denkstörungen.

Dem Borderline-Syndrom liegt nach Ammon ein reales Verlassenwerden in der frühen Kindheit zugrunde. In der Familie sei nur die Leistung des Kindes gefördert worden, nicht aber die Entwicklung einer eigenständigen Persönlichkeit. Mit Hilfe psychologischer Tests, MMPI, Wartegg-Zeichentest, ISTA (Ich-Struktur-Test nach *Ammon*), EEG-Untersuchungen im Schlaflabor und dem Autokinetischen Lichttest ließe sich das Borderline-Syndrom von ande-

ren psychischen Störungen abgrenzen.

Auch die Therapie müsse die hinter den Symptomen versteckte Angst und Wut des Patienten ansprechen. Als Therapie schlägt *Ammon* deshalb eine Kombination aus Gruppen- und Einzeltherapie vor. Tanz-, Theater-, Mal- und Milieutherapie in Arbeitsprojekten und ein intensiver menschlicher Kontakt mit dem Therapeuten, der die Freudsche Zurückhaltung aufgeben, Stellung beziehen und Gefühle zeigen müsse, seien geeignet, dem Patienten Zugang zu seinen Ängsten zu ermöglichen, den realen Verlust nachträglich auszugleichen und die Ich-Funktionen schrittweise aufzubauen.
(*Die Neue Ärztliche,* 28.3.1989)

Psychiatrie/Patienten mit Borderline-Syndrom sind mit Hilfe von Scheinpersönlichkeiten im Beruf meist recht erfolgreich
In Krisen kann die Fassade nicht aufrechterhalten werden

Der Borderline-Patient ist im Beruf meist sehr erfolgreich und entspricht in seinem Krankheitsbild einem Schizophrenen mit relativ intakter Handlungsfassade. Die Fassade bricht erst in Krisensituationen zusammen. Bei einer Prüfung, Schwangerschaft, Trennung oder bei Arbeitslosigkeit reagiert der Kranke plötzlich mit Depression, Selbstmordversuchen oder destruktiver Aggression gegen seine Mitmenschen.

Auf einem Kongreß für Dynamische Psychiatrie in Berlin beschrieb Dr. *Günter Ammon* das Borderline-Syndrom als Grenzfall zwischen Psychose und Neurose. Die Patienten hätten oft wechselnde Krankheitssymptome, die sie als schizophren, normal, brillant oder psychosomatisch erscheinen ließen, sagte der Psychiater und Psychoanalytiker aus Berlin. »Die desintegrierten und schillernden Merkmale in ihrer widersprüchlichen Vielfalt gehören zum Wesen des Borderline-Syndroms.«

Wie *Ammon* weiter erläuterte, schlüpfen solche Patienten in ihrem Alltag häufig von einer Pseudo-Identität in eine andere. Immer wieder wechseln sie den Beruf, die Freunde, die Interessen und ihre psychischen und somatischen Krankheitssymptome. *Ammon* bezeichnete die Patienten als »Schauspieler des Lebens«, die Angst vor einer eigenen Identität haben. Ihnen fehlt die Fähigkeit zur Ich-Abgrenzung. Sie können sich weder gegenüber anderen Menschen noch von ihrer eigenen Phantasie abgrenzen. Statt dessen suchen sie ständig nach Verschmelzungen mit der Welt, nach einer Symbiose.

In einer solchen Symbiose lebe jeder Mensch, so *Ammon,* in den ersten drei Jahren seines Lebens. Zu dieser Zeit seien Borderline-Patienten vermutlich häufig von ihrer Bezugsperson getrennt gewesen und hätten eine schreckliche Verlassenheits-Angst erlebt. Aus panischer Angst vor dieser Situation wehrten sie sich später gegen jede Zerstörung der Symbiose, und damit auch vor der Ich-Abgrenzung — der Voraussetzung für eine eigene Identität. Unterstützt

werde diese »Angst vor dem Neinsagen« durch einen Mangel an Schutz und Vorbildern in der Kindheit. Die Eltern dieser Patienten hätten oft nur leistungsbetonte Tugenden gefördert und Gefühe wie Ängste und Hoffnungen wenig beachtet.

Da sie in der Not ohne eigene Identität leben müßten, eigneten sich die Borderline-Patienten Scheinpersönlichkeiten an, berichtete *Ammon.* Mit ihnen funktionierten sie in Teilbereichen ihres Lebens, etwa im Beruf, meist hervorragend. Ohne eine solche konkrete Aufgabe seien sie jedoch unausgefüllt und hilflos, hätten nur oberflächliche Kontakte zu anderen Menschen und ständig tiefe Depressionen. *Ammon:* »Sie leiden darunter, daß sie zwar für ihren Erfolg nicht aber als Mensch geliebt werden.«
(*Ärzte-Zeitung,* 4.4.1989)

Das Borderline-Syndrom entwickelt sich praktisch weltweit zur vorherrschenden Form der psychischen Störung
Wenn die Persönlichkeit an ihren Rändern zerfließt

Schwer faßbares Bild

Mit den psychischen Grenzgängern (border = Grenze) zwischen Normalität, Neurose und Schizophrenie befaßte sich Ende März ein internationaler Kongreß in Westberlin. 150 Teilnehmer aus 18 Ländern — darunter auffallend viele Psychiatriegrößen aus Osteuropa — referierten über die bisher gewonnenen Kenntnisse in Forschung und Therapie des schwer faßbaren Borderline-Syndroms.

Am 11. Oktober 1987 tötete sich der ehemalige schleswig-holsteinische Ministerpräsident *Uwe Barschel,* in einem Hotelzimmer in Genf: Endpunkt einer Karriere eines Politikers, der mit übelsten Tricks, Lügen und verleumderischen Machenschaften seinen politischen Gegner zu vernichten suchte. Das bittere Ende des kometenhaft aufgestiegenen Dr. jur. et phil. veranlaßte Bischof Wilckens, der die Trauerfeierlichkeiten leitete, zu den Worten, die Macht müsse vor sich selbst geschützt werden. Zu Umkehr und Neuanfang brauche es mehr, als fehlsame Menschen zustande bringen.

Für *Günter Ammon,* Berliner Psychiater und Begründer der Dynamischen Psychiatrie, ist Barschel ein Paradebeispiel für eine sogenannte Borderline-Persönlichkeit, d.h. für einen Menschen, dessen seelische Struktur zwischen Normalität, Neurose und Psychose oszilliert. »Fehlsame Menschen« im Stil eines *Barschel* — extrem narzißtisch, außerdem medikamentenabhängig — finden sich im Dunstkreis von Politik und Macht zur Genüge. Aber auch unter Künstlern ist der Borderline-Typ häufig anzutreffen. *Picasso* war möglicherweise einer, *Dali* sogar mit größter Wahrscheinlichkeit.

Charakteristisch für Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeit ist ein vordergründig gut angepaßtes Verhalten, oft gepaart mit intellektueller Bril-

lanz. Dahinter aber klafft ein tiefes Loch; das scheinbar reibungslose Funktionieren ist bloß Fassade. Diese Fassade freilich kann so täuschend sein, daß der solchermaßen getarnte Mensch gesünder wirkt als ein Gesunder. Meist bedarf es einer Krise — wie zum Beispiel der Verlust eines Partners oder eine erhöhte Leistungsanforderung —, damit die Krankheit manifest wird. Doch schon vor Ausbruch der Krankheit ist ein an Borderline Leidender ein permanentes Risiko für sich selbst, seine Familie, die Gesellschaft.

Im Unterschied zur Schizophrenie ist das Borderline-Syndrom bis jetzt in der Fachliteratur noch kaum zusammenhängend beschrieben worden. An einem einheitlichen Konzept fehlte es weitgehend. Die Dynamische Psychiatrie *Ammons* und seiner Berliner Schule — letztere fungierte als Organisation des Kongresses — bemüht sich heute besonders intensiv um ein integratives Verständnis der zur meistverbreiteten psychischen Störung avancierten Krankheit.

Der Begriff Borderline geht auf den amerikanischen Psychiater *C. Hughes* zurück, der bereits 1884 feststellte: »Im Grenzgebiet zur Geisteskrankheit leben viele Menschen, die ihr ganzes Leben entlang einer Linie verbringen, manchmal auf der einen, manchmal auf der anderen Seite.« *Hughes'* Landsmann *Zilboorg* gebrauchte dann 1931 zum erstenmal die Kennzeichnung »borderline-case« im Zusammenhang mit seinen Forschungen an schizophrenen und neurotisch Erkrankten. *Wilhelm Reich* sprach anstelle von Borderline von Charakterneurosen, die er als »schwerer als Neurosen« einstufte. *Sigmund Freud* hatte noch keinen eigenen Begriff für das Phänomen, doch so berühmte Fälle *Freuds* wie »Dora« oder der »Wolfsmann» gelten heute als Borderline-Beispiele.

Die Borderline-Forschung wurde — was nach ihren Anfängen kaum verwundert — zunächst in den USA vorangetrieben. So groß aber die Verdienste der amerikanischen Psychiatrie an der Herausarbeitung des Borderline-Syndroms sind, zu mehr als der Formulierung eines unklaren Sammelbegriffs von Symptomen brachte sie es nicht. Die Vielzahl von Kennzeichnungen wie »borderline-case«, »borderline-state« usw. ist Ausdruck einer anhaltenden Ratlosigkeit. Zwischen 1909 und 1983 tauchten in der Literatur nicht weniger als 30 verschiedene Termini auf.

Komplex und verwirrend, variantenreich und heterogen

Bis heute beschränken sich viele Forscher darauf, unter den Namen Borderline oder seinem Synonym »pseudoneurotische Schizophrenie« schwer faßbare Krankheitsphänomene aufzulisten oder aber einzelne Aspekte herauszustellen, als da sind: Beziehungsstörung, narzißtische Persönlichkeitsstörung, primitive Abwehrmechanismen usw. In der auch von der WHO gestützten und somit quasi-offiziellen Nomenklatur der psychischen Krankheiten, dem DMS-III, erscheint das Borderline-Syndrom sehr eng gefaßt als eine Persönlichkeitsstörung unter vielen anderen.

Auch der neben *Ammon* vielleicht bedeutendste Borderline-Forscher, *Otto Kernberg*, versteht die Borderline-Krankheit als ausschließlich innerpsychi-

sches Geschehen. Entsprechend diesem rein phänomenologischen und soziale Bezüge ausklammernden Verständnis fielen (oder fallen) auch die therapeutischen Maßnahmen aus: zumeist oberflächliche Symptombekämpfung mit dem Ziel, den Patienten bestenfalls wieder dahin zu führen, wo er vor Ausbruch der Krankheit war, wenn die Behandlung nicht überhaupt als unmöglich angesehen wurde (und zum Teil noch wird).

Das Verwirrende am Borderline-Syndrom ist die Vielfalt und Heterogenität der möglichen Symptome. Sie sind so schillernd und variationsreich wie die als multipel beschriebene Persönlichkeit des Borderline-Menschen selbst, das Multiple ist Ausdruck einer in sich zersplitterten Identität. Die Skala der Reaktionsweisen bei Ausbruch der Krankheit reicht von psychoseähnlichen Ausbrüchen, vergleichbar denjenigen von Schizophrenen, über Depressionen, zwanghaft neurotisches Verhalten bis hin zu psychosomatischen Erkrankungen. In einer akuten Krise ist überdies die Suizidgefahr hoch. Alle diese Symptome können übergangslos alternieren — ein Umstand, der das Borderline-Phänomen so schwer faßbar macht.

Doch gerade diese Vielschichtigkeit, das eigentliche Fehlen einer Leitsymptomatik, also der Aspekt der Desintegration, ist im Verständnis der Dynamischen Psychiatrie *Ammons* das eigentliche Wesen der Borderline-Krankheit. Die manchmal in rasender Folge changierenden Symptome sind gewissermaßen wechselnde Hüte, die auf das Loch in der Persönlichkeitsstruktur gestülpt werden. Letztlich aber steht die Formvielfalt dieser Hüte für ein einheitliches und eigenständiges Krankheitsbild.

Forscher aus dem Kreis der Dynamischen Psychiatrie haben zur Absicherung der differentialdiagnostischen Erfassung des Borderline-Syndroms schon vor einiger Zeit eine Reihe spezifischer Tests entwickelt. In Berlin zum erstenmal berichtet wurde jetzt über die Ergebnisse von Schlafprofil-Untersuchungen an Borderline-Patienten. Die Resultate sind eindeutig und unterscheiden sich signifikant von den Beobachtungen bei anderen Krankheitsbildern. Typisch für den Borderline-Typ: das fast völlige Fehlen des langwelligen Deltaschlafs zugunsten eines überdurchschnittlichen Anteils an REM-(Traum-)Schlaf.

In den vergangenen 20 Jahren haben *Ammon* und seine Mitarbeiter gegen 6 000 Borderline-Patienten behandelt. Auf dem Hintergrund dieser reichen Erfahrung hat *Ammon* ein spezifisches Paradigma der Krankheit entwickelt, das er erstmals 1976 formulierte und auf dem jetzigen Kongreß in verfeinerter Fassung präsentierte.

Das Borderline-Syndrom ist nach *Ammons* Auffassung eine Krankheit, die ihre Wurzeln tief im Unbewußten (d.h. im zentralen Persönlichkeitskern) hat. Sie ist charakterisiert durch eine Störung, Lähmung und defizitäre Entwicklung der Identität und eine mangelhafte oder fehlende Integration körperlicher, seelischer und geistiger Ich-Funktionen.

Diese Defizite sind dafür verantwortlich, daß sich die Persönlichkeitsstruktur eines Borderline-Kranken grundsätzlich von der eines konstruktiv-verläßlichen Menschen unterscheidet. Gegenüber dem schizophrenen Typ un-

terscheidet sich der Borderline-Typ jedoch dadurch, daß es ihm gelingt, die Fassade aufrechtzuerhalten. Beim Schizophrenen bricht die äußere Verhaltensebene vollständig zusammen. *Ammon:* »Die Vielfalt verschiedener und wechselnder Identitäten bis hin zur multiplen Persönlichkeit spiegelt die multidimensionalen Möglichkeiten der Borderline-Persönlichkeit wieder: Nur fehlt die Integration, die psychische Gesundheit ausmacht.«

Aus Angst vor der Angst die Flucht vor der Angst

Ein Borderline-Mensch ist ein Schauspieler des Lebens. In Wirklichkeit emotionslos und kalt, kann er sich opportunistisch und unmerkbar jeder Situation, jedem Menschen und jeder Gruppe anpassen. Dem Protagonisten in *Max Frischs* »Mein Name sei Gantenbein« ähnlich, leiht er sich seine Identität bloß aus, er kann sie jederzeit gegen eine andere austauschen. Und wie »Stiller«, einer weiteren Romanfigur *Max Frischs*, erscheint ihm die Forderung nach wirklicher Identität als tödliche Gefahr, die es mit allen Mitteln abzuweisen gilt. (Mit diesen Beispielen soll nicht gesagt werden, daß *Max Frischs* Figuren tatsächlich Borderline-Typen repräsentieren.)

Aber obwohl ein Borderline-Mensch immer auf der Flucht vor sich selbst ist, kann er nicht leben ohne ständige narzistische Bestätigung. Er ist auf symbiotische Beziehungen angewiesen, die er aber parasitär ausnützt und die früher oder später zum Scheitern verurteilt sind. Weil er keine echte Beziehung zu sich selbst hat, ist er auch nicht wirklich kontaktfähig. Verschiedene Autoren haben in Berlin überdies hervorgehoben, daß dem Borderline-Typ eine ethische Grundhaltung abgehe. Dies wiederum paßt zu der häufig berichteten Neigung zu kriminellen Handlungen. Im Unterschied zum Neurotiker, der an sich selbst leidet, läßt der Borderliner seine Umgebung leiden.

Solange er »funktioniert«, d.h., solange er narzißtische Zufuhr erhält, zeigt der Borderline-Mensch auch keine Angst. (Auch das unterscheidet ihn vom Neurotiker.) Das Vermeiden jeder Angst erfolgt freilich um den Preis eines innerlich toten Lebens. Dabei ist nach *Ammon* gerade die Angst sein fundamentales Problem. Seine Grundangst ist so überwältigend, daß er vor ihr beständig weglaufen muß. Er hat gewissermaßen Angst vor der Angst. Erst beim Ausbruch einer Krise bricht diese tiefsitzende Angst durch und wird dann übermächtig. Der schizophren Reagierende hingegen hat immer Angst; er flüchtet sich vor ihr in seine psychotische Phantasiewelt.

Das Überschwemmtwerden mit Angst mag denn auch erklären, warum es in kritischen Phasen bei Borderline-Kranken häufig zu schizophrenieähnlichen Schüben kommt: paranoide Wahnvorstellungen, gepaart mit enthemmter Aggressivität und manchmal auch Denkstörungen. Mit dem Schizophrenie-Kranken teilt der Borderline-Typ, der sich von jenem sonst radikal unterscheidet, die tiefe Grundstörung im zentralen nicht-bewußten Ich.

Stärkung der Ich-Funktion als Mittel der Therapie

Immer wieder gibt es Fälle, in denen Borderline-Kranke quasi in Trance Ver-

brechen begehen: scheinbar unmotivierte Morde, Kindsmißhandlungen, Vergewaltigungen. Nach der Rückkehr in den normalen Zustand können sie sich dann an nichts erinnern. Der Münchner Jurist *Thomas Hessel* zeigte an Fallvignetten, welche Bedeutung dem Erkennen einer Borderline-Problematik bei Strafprozessen zukommt: Sehr oft werden Borderline-Kranke nämlich nicht als solche gesehen und landen dann als »Gesunde« (mit vielleicht »leicht verminderter Zurechnungsfähigkeit«) im normalen Strafvollzug.

Die vielfach gebrochene Identität, die für den Borderline-Typ konstitutiv ist, ist eine Folge frühkindlicher Traumata. Die verdrängte tiefe Angst ist die Angst vor dem Verlassenwerden und im Anschluß daran vor Identität, wobei dieses Verlassensein wörtlich zu nehmen ist: Es entsteht aus einer Reihe von familiendynamischen Fehlleistungen; Borderline-Kindern mangelt es an Zuwendung und emotionaler Geborgenheit. Sie wachsen in einer beziehungslosen Umgebung auf und bleiben bei ihren Entwicklungsschritten auf sich selbst gestellt. Auf der anderen Seite wird von ihnen aber übertriebene Leistung gefordert. Entsprechend ist ihre linke Hirnhemisphäre im Übermaß entwickelt, es kommt zur Überbetonung des Intellektuellen auf Kosten von Phantasie und Gefühlen. Die emotionale Verlassenheit oder Vernachlässigung versucht der Borderline-kranke Mensch dann mit beständiger narzißtischer Bestätigung und symbiotischer Nähe zu kompensieren.

Das theoretische Konzept der Dynamischen Psychiatrie, das von einer ganzheitlichen Sicht des Krankheitsgeschehens ausgeht, spiegelt sich auch in der therapeutischen Praxis wider. Beispielhaft wurde diese in Berlin anhand der Arbeit der Psychiatrischen Klinik Menterschwaige bei München vorgestellt. Wie der Leiter der Klinik, *Rolf Schmidts,* darlegte, geht es der Dynamischen Psychiatrie nicht darum, den Borderline-Patienten einfach wieder »arbeitsfähig« zu machen, sondern die Entwicklungschancen seiner Gesamtpersönlichkeit zu fördern. Um das zu erreichen, sei es nötig, seine Interessen, Begabungen und Fertigkeiten in den therapeutischen Prozeß einzubeziehen. Kurz: seine mehr oder weniger ausgebildeten Ich-Funktionen zu stärken.

Der Anfang einer Therapie, so *Schmidts,* gestalte sich meist schwierig. »Der Borderline-Patient sieht seine Krankheit nicht als Feind, er versteht das Konfrontiertwerden mit seiner Störung und den Hinweis auf die Notwendigkeit von Abgrenzung als Angriff auf seine eigene Person.« Typisch für diese Phase seien heftige Wutausbrüche. »Der Wendepunkt ist dann erreicht, wenn der Patient seine tiefsitzende Angst zulassen und ausdrücken kann. Damit es aber überhaupt soweit kommt, muß der Therapeut die Verhaltenssymptomatik negieren und mit dem vollen Engagement seiner Person auf die hinter den Symptomen liegende Wut und Existenzangst eingehen.« Nach den Erfahrungen von *Ammon* und *Schmidts* kommt die psychoanalytische Standardsituation auf der Couch als Therapie bei Borderline-Kranken nicht in Frage. *Ammon:* »Das freie Assoziieren verstärkt die Tendenz zu psychotischen Ausbrüchen.«

Den Schwerpunkt der Behandlung in Menterschwaige bilden eigens ent-

wickelte angepaßte Therapieformen. In milieutherapeutisch aufgezogenen Projekten, d.h. bei gemeinsamen Arbeiten und begleitet von Therapeuten, lernt der Kranke, sich allmählich abzugrenzen und zu einer eigenen Identität zu finden. Das gleiche Ziel wie die Mileutherapie — nämlich die intakten sekundären Bereiche mit dem defizitären inneren Kern zu verbinden — visiert auch die von *Ammon* und seinen Mitarbeitern entwickelte Tanztherapie an. Borderline-Patienten lehnen ihren Körper häufig ab. Erst durch körperbezogenes Sichausdrücken mittels Tanz oder Theaterspielen in nach gruppendynamischen Gesichtspunkten zusammengesetzten Patientengruppen gelingt es dem Borderline-Kranken, sich als Körper-Ich zu erleben. Das jedoch ist eine wichtige Vorraussetzung und Brücke für den Aufbau weiterer Ich-Funktionen.

Die *Ammon*sche Körper-Ich- oder Tanztherapie hat ihren Niederschlag in der Arbeit der in Berlin ebenfalls anwesenden Moskauer Psychotherapeutin *Julia Nekrasova* gefunden, deren Erfolge bei der Behandlung von Stotterern mittlerweile weltweite Beachtung finden. Die Heilungschancen für Borderline-Patienten sehen nach *Schmidts* relativ günstig aus. Die Therapie dauert zwar häufig mehrere Jahre, auf die stationäre folgt gewöhnlich eine ambulante Nachbehandlung. Die Rate der in der Klinik Menterschwaige und in den ihr angeschlossenen Institutionen mit Erfolg behandelten Borderline-Kranken liegt bei 60 Prozent. *Ammon:* »Weiteren 20 Prozent können wir zum mindesten ein Stück Boden unter die Füße geben.«

Die Welt ist selbst ein Fall von Borderline

Die verheerenden sozialenergetischen Defizite — mit Sozialenergie sind in der Dynamischen Psychiatrie gruppendynamische Austauschprozesse gemeint —, die am Anfang von Borderline-Erkrankungen stehen, sind gleichzeitig auch die Defizite der modernen Industrie- und Leistungsgesellschaft. Da mag es auch nicht verwundern, daß der Borderline-Typ den guten alten Neurotiker weitgehend verdrängt hat. »Tatsächlich leben wir in einer Borderline-Gesellschaft«, befand in Berlin *Duane Sherwin,* Direktor der renommierten Neuropsychiatrischen Klinik Aarhus in Poulsbo bei Washington, D.C. »die Welt mit ihrer Spaltung in Nord und Süd, mit Rüstungswahn auf der einen und Hunger auf der anderen Seite ist selbst ein ›borderline-case‹.«

Folgerichtig trug das Symposium denn auch den Titel: »Das Borderline-Syndrom — die Krankheit unserer Zeit«. Epidemiologische Untersuchungen über ihre Verbreitung fehlen zwar bislang. Sicher ist jedoch, daß die Borderline-Krankheit im Zunehmen begriffen ist. In den psychiatrischen Kliniken in Deutschland beträgt der Anteil der Patienten mit Borderline-Symptomen zwischen 50 und 70 Prozent, in der Sowjetunion sollen es 75 Prozent sein. Ganz allgemein scheint Borderline mehr und mehr an die Stelle der Neurosen zu treten.

Der Berliner Kongreß, an dem auch zahlreiche Nervenärzte aus Entwicklungsländern vertreten waren, machte jedenfalls deutlich, daß man es mit einer weltweiten Zunahme zu tun hat, und zwar unabhängig von kulturbeding-

ten Unterschieden. Auch der Geschlechtsunterschied scheint hier keine wesentliche Rolle zu spielen. Das Spektrum der manifesten Krankheitsformen variiert jedoch erheblich. Das hängt nicht zuletzt mit unterschiedlichen Sozialisationsweisen zusammen. In den reichen Gesellschaften des Nordens müsse man immer etwas tun, um akzeptiert zu werden, meinte *Suman Bakshi* von der Brahma Kumaris World Spiritual University. In Indien dagegen, wo es sowohl ein Mehr an Geborgenheit in sozialen Gruppen als auch an Repression individueller Bestrebungen gibt, suche sich — so *Bakshis* Landsmann *Jai Sinha,* Leiter des Institute of Social Studies in Patna — unterdrückte Wut andere Kanäle: Ansonst friedliche und aggressionsgehemmte Menschen entladen sich, wenn sich eine entsprechende Gelegenheit bietet, in plötzlichen, massiven kollektiven Gewaltausbrüchen.

Als besonders aufschlußreich stellte sich ein Vergleich zwischen West- und Osteuropa heraus. Je offener eine Gesellschaft ist, d.h. je weniger Grenzen sie dem einzelnen setzt, desto mehr manifeste Borderline-Erkrankungen scheint sie zu produzieren. In der westlichen permissiven Gesellschaft fällt es schwer zu verdrängen. Andererseits lädt sie zu opportunistischer Anpassung an immer neue Moden, Strömungen und ihre Träger ein. »Was wir deshalb vorrangig lernen müssen«, betont *Ammon,* »ist, uns abzugrenzen, eine eigene Identität aufzubauen, die an den Rändern nicht zerfließt.«

Die antisoziale Komponente des Ablehnungssyndroms

Totalitäre Gesellschaften — und auch die Zeit *Freuds* — können demgegenüber als zwangsneurotisch bezeichnet werden. Der gegenwärtig in Osteuropa laufende Reformprozeß stellt bezüglich dieser Etikettierung allerdings einige Probleme. So meinte *Bela Buda,* Leiter der Psychotherapeutischen Abteilung des Nationalen Instituts für Nerven- und mentale Krankheiten in Budapest, die ungarische Übergangsgesellschaft präsentiere sich eben deshalb mehr und mehr als Borderline-Sozietät. »Das Problem der sozialen Identitätsfindung fällt bei uns mit der individuellen Identitätsproblematik zusammen.«

In der Sowjetunion und in Polen wird ebenfalls eine starke Zunahme des Borderline-Syndroms registriert. Zum einen ist das allerdings auf einen simplen Grund zurückzuführen: Aufgrund der diagnostisch-theoretischen Pionierarbeit *Ammons*, die in Osteuropa in den letzten Jahren verstärkt rezipiert worden ist, werden mehr Borderline-Patienten auch als solche erkannt. In Polen, einer trotz allem noch stark repressiven Gesellschaft, stehe gerade das »Desidentifikations-Syndrom« (Abgrenzung von der herrschenden Struktur) im Vordergrund, führte in einem interessanten Exposé Professor *Andrzej Guzek* aus Warschau aus. »Bei uns kann man gegen etwas kämpfen», deshalb dominiere bei den in Polen registrierten Borderline-Symptomen die antisoziale Komponente.

Da mag man sich denn fragen, wie ein *Uwe Barschel* auf polnisch wohl aussähe.

(Die Weltwoche, Zürich, Nr. 21, 25. Mai 1989) *Heinz Heer*

Verleihung der Goldmedaille der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) an Dr. Edward Dehné (Carson City)

Dr. Günter Ammon (bei der Überreichung der Goldmedaille):
Ich möchte jetzt zu einer besonderen Freude kommen, nämlich einem unserer treuesten und längsten Mitarbeiter und Vizepräsidenten der World Association for Dynamic Psychiatry, Dr. *Edward Dehné* aus den USA, der auch die gesamte gesetzlich festgelegte und geforderte Fortbildung der Ärzte in den USA und Kanada innerhalb der International Health Society leitet, und auch hier eine ganz enge Zusammenarbeit gebildet hat zwischen Tausenden von Ärzten in den USA, allgemeinen Ärzten und nicht nur Psychiatern, und in Kanada, und der auch immer wieder in den Veröffentlichungen der International Health Society auf unsere Arbeit hingewiesen hat und als Vize-Präsident der WADP uns vertritt bei den Gremien der UNO, wo unsere Weltgesellschaft Sitz und Stimme hat in dem Body der Non-Governmental Institutions, in dem UN-Fund for Population Activities UNFPA und bei der WHO im Department for Water and Food Supply. Dr. *Dehné* vertritt dort die International Health Society und unsere World Association for Dynamic Psychiatry.

Ich möchte aber auch sagen, daß er in Stunden der Not und massiv mit all dem Rang und der Würde, die er vertritt, eingesetzt hat. Er war ja als 2-Sterne-General bei den einziehenden Truppen der Amerikaner 1945 in Berlin, wo er dann mehrere Jahre lang die Gesundheitsverwaltung geleitet hat und sehr viel Gutes für unsere Kranken getan hat, u.a. mit Einführung der Eisernen Lunge, die wir damals noch nicht hatten, und hat natürlich auch dafür gesorgt, daß reichlich Penicillin da war und vieles andere mehr. Aber immer wieder in einem Geist einer tiefen Freundschaft für uns Deutsche und das verbindet er auch mit seiner tiefen römisch-katholischen Frömmigkeit, die auch eine Brücke ist zu unserem Land, und sein größtes Anliegen ist die amerikanisch-deutsche Freundschaft, aber darüber hinaus sich erweiternd die Freundschaft in der Welt. Er ist deswegen für uns auch menschlich so ein wichtiger Mensch, weil er in der Bedrängung durch ewig gestrige Elemente auch uns immer wieder getröstet hat und aufgerichtet hat und an unserer Seite gewesen ist.

Wir sind ihm dankbar, aber wir möchten auch als Zeichen unserer Verbündung ihm etwas geben. Er hat gerade sehr viele Ehrungen in der Welt bekommen. U.a. ist ihm in der berühmten John-Hopkins-University in den USA eine »Edward-Dehné-Fellowship« überreicht worden und viele andere Ehren hat er bekommen. Heute bekommt er die goldene Medaille unserer Akademie, eine Medaille, die nur an ganz wichtige Menschen, für uns wichtige Menschen verliehen wurde.

Dr. Dehné:
In all humility I want to thank all of you, Dr. *Ammon* and WADP, for having given me this great honour. Dr. *Ammon* gave you a good description of how our hearts and our minds are met across the ocean — often I speak of

hands across the ocean — and we have found a home in Berlin, 1945—1948 ich war Berliner. We have developed many things through friendships, and we like to talk simply about the educational values and approaches that Dr. *Ammon* just now described and that we simply place the statement: Let's learn together and that is so very important. . .

I want to thank you all for participating in this ceremony with me, and let's all continue to learn together, and Dr. *Ammon* and all you members , thank you.

V. Internationales Psychotherapie-Symposium in Polen
Teilnahme von Dr. Günter Ammon mit einer Delegation aufgrund einer Einladung durch die Universität Gdansk (Danzig), 5.—7. Mai 1989

Zu diesem internationalen Psychotherapie-Symposium war Dr. *Ammon* als Begründer der Dynamischen Psychiatrie und Präsident der Weltgesellschaft für Dynamische Psychiatrie eingeladen, der polnischen und internationalen Fachwelt die Konzeption seiner Arbeit vorzustellen. Ausgesprochen wurde die Einladung durch Professor *Hanna Jaklewicz,* Prodekan der Psychologischen Fakultät der Universität Gdansk (Danzig), die auch an den letzten beiden WADP-Kongressen teilgenommen hat.

Zur Delegation gehörten Dipl. Psych. *Maria Berger,* Psychoanalytikerin, Geschäftsführerin der Klinik Menterschwaige, Dipl. Psych. *Ilse Burbiel,* Psychoanalytikerin, Leiterin der Psychologisch-Diagnostischen Abteilung der Klinik Menterschwaige, Dr. phil. *Gertraud Reitz,* Psychoanalytikerin, Leiterin des Überregionalen Unterrichtsausschusses der Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft (DGG), RA *Thomas Hessel,* Justitiar der WADP, und *Margit Schmolke,* Vizepräsidentin der DGG und Mitarbeiterin am Berliner Lehr- und Forschungsinstitut der DAP.

Bei diesem wissenschaftlich hochkarätigen Symposium mit internationaler Beteiligung aus der UdSSR, DDR, BRD, Belgien, Frankreich, Schweiz waren führende Vertreter der Polnischen Psychiatrischen Vereinigung aus verschiedenen Kliniken und therapeutischen Zentren Polens und namhafte Universitätsdozenten vertreten.

Die Einladung zu diesem Kongreß nahm Dr. *Ammon* gerne an, da ihn seit vielen Jahren ein gemeinsames Anliegen an humanistischen Zielen in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Arbeit und auch ein reger wissenschaftlicher Austausch mit den polnischen Psychiatern und Psychotherapeuten verbindet. Dies zeigt sich nicht zuletzt auch daran, daß an den jährlichen Weltkongressen der WADP große polnische Delegationen vertreten sind.

Über die Bedeutung des Kongreßvortrages hinaus war es für Dr. *Ammon* besonders wichtig, diese langjährig bestehenden Beziehungen zu den polnischen Wissenschaftlern zu stärken und zu vertiefen.

Dr. Ammon bei seinem Vortrag auf dem V. Internationalen Psychotherapie-Symposium an der Universität Gdansk (Danzig) vor dem Plenum des Symposiums am 6. Mai 1989

Beim abendlichen Empfang aller Referenten nach der Ansprache von Dr. Jerzy Pawlik (Warschau). V.r.n.l.: Dr. phil. Gertraud Reitz, Dipl. Psych. Ilse Burbiel, Dr. Ammon, Dr. Pawlik, Prof. Andrzej Piotrowski, Prof. Hanna Jaklewicz, Prof. Maria Orwid, Dipl. Psych. Maria Berger, ein Musiker, Prof. Jerzy Aleksandrowicz

Frau Prof. Dr. Hanna Jaklewicz, überreicht Dr. Ammon im Namen der Polnischen Psychiatrischen Gesellschaft und des Polnischen Zweiges der WADP ein Buchgeschenk zu seinem 71. Geburtstag, links Margit Schmolke (Berlin)

Beim privaten Empfang im Haus von Prof. Hanna Jaklewicz

Den Kongreß eröffneten Professor *Edmund Kotarski,* Dekan der Humanistischen Fakultät der Universität Gdansk (Danzig), Professor *Jósef Rembowski,* Direktor des Psychologischen Instituts der Universität, Dr. *Czeslaw Czabala,* Direktor des Departments für Klinische Psychologie am Institut für Psychiatrie und Neurologie Warschau und Supervisor für Klinische Psychologie in Polen, sowie Professor *Hanna Jaklewicz.* Anschließend referierte der Grandsigneur der polnischen Psychiater, Professor Dr. *Stefan Leder* vom Psychiatrischen und Neurologischen Institut der Kierownik-Nervenklinik Warschau.

In seinem eigenen Kongreßvortrag war es Dr. *Ammons* Anliegen, seine Borderline-Konzeption, d.h. vor allem sein theoretisches Verständnis dieser Krankheit und auch die Behandlungsmethodik, der Fachwelt vorzustellen. Einen breiten Raum nahm dabei das Behandlungsspektrum aus der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige ein, das den Patienten ein vielfältiges sozialenergetisches Feld zur Verfügung stellt.

Auf einem abendlichen Empfang für alle Referenten hob Dr. *Jerzy Pawlik* aus Warschau, der auch ein Jahr lang in der Klinik Menterschwaige hospitierte, in einer Ansprache die tiefe Verbundenheit der polnischen Gruppe, die den stärksten Zweig der WADP im Ausland bildet, mit *Ammons* Werk und seinem humanistischen Einsatz für die psychisch Kranken hervor. Er dankte Dr. *Ammon* für sein Eintreten für die Solidarnosc, als sie politischen Pressionen ausgesetzt war. Auch Professor *Jerzy Aleksandrowicz,* Präsident der Sektion Psychotherapie der Polish Psychiatric Association, unterstrich die Bedeutung dieses wissenschaftlichen Austausches.

Zu einem weiteren Empfang lud Frau Professor *Hanna Jaklewicz* die Referenten des Symposiums ein, um mit ihnen gemeinsam *Ammons* 71. Geburtstag zu feiern. Am Ende der Tagung gab es noch einen privaten Empfang bei Professor *Jaklewicz,* wozu außer Dr. *Ammon* mit seiner WADP-Delegation wichtige Vertreter der polnischen Psychiatrie eingeladen waren, so Frau Professor *Maria Orwid* aus Krakau, Chairman des polnischen WADP-Zweiges, und Direktor der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Abteilung der Copernicus Academy of Medicine, und ihr Mitarbeiter Dr. *Jacek Bomba.*

Auf dem Kongreß kam es auch zu interessanten Begegnungen wie mit Dr. *M. Geyer,* Präsident der Gesellschaft für Ärztliche Psychotherapie in der DDR, Dr. *J. Lerminiaux,* Kinderarzt aus Belgien, Dr. *W. Bongartz* von der Universität Kostanz zusammen mit seiner Frau, sowie mit Frau Dr. *Nakov,* Diplompsychologin aus Metz.

In seinem Dankesbrief an Professor *Jaklewicz* schreibt Dr. *Ammon:* ». . . I will keep these good memories of a cordial friendship deep in my heart with the hope that this friendship and scientific cooperation between you and me and the Polish Psychiatric Association, the World Association for Dynamic Psychiatry and the German Academy for Psychoanalysis might grow and grow.«

Margit Schmolke, Ilse Burbiel

Aus der wissenschaftlichen Korrespondenz der WADP

Dr. med. Günter Ammon, President
7th World Congress of World Association of Dynamic Psychiatry
27/27 Wielandstraße 1000 Berlin 15

Dear Günter:

April 7 1989

You are an inspiration to all who helped celebrate the 7th World Congress in Berlin and have earned the hearty blessings from all American in cementing friendship at Easter and all the year. We pray for many more years and Congresses which you manage so well for all the world to behold.

In preparing for the 8th World Congress in Berlin April 6 to 10 (approximately) 1990 I transmit the blessings and good wishes from: The American College of Physicians Department of Medical Education — »We wish you every success with a 7th World Congress of The International Health Society, World Association for Dynamic Psychiatry and World Association for Social Psychiatry.« Application for Category 1 CME Credit is enclosed.

The United Nations Fund for Population Activities praised you for your energy and sustained try to improve the status of women in WADP's pursuit of conflict prevention.

The Director General of the World Health Organization commended the 7th World Congress on its timely appeal for a new order in human progress. I wish to thank you again for th Gold Medal which I will treasure because it reflects wisdom and the realization of dreams of my generation and an honor to me and the USA and its statue of liberty which belongs to the world and the World Association for Dynamic Psychiatry.

Sincerely, Ed
Edward J Dehné, MD, MPH, DrPH 2. Vice President, WADP

Bnai Zion - Medical Center
Faculty Medicine Technion
Psychiatric Services
47 Golomb Street Haifa 31048, Israel
April 9th, 1989

Dr. med. Günter Ammon
President of the World Association for Dynamic Psychiatry — W.A.D.P.
Wielandstraße 27—28 Berlin 15
West Germany

Dear Dr. Ammon,

I wish to thank you for inviting me to the successful and inspiring XX. International Symposium on »Boderline-Syndrome — Practice and Theory«.

The »large group« of the Academy friends and the lecturers from the many countries presented, became more and more structured and enriched with new participants.

The high standing of the Symposium and its participants and your inspiring and dynamic presence gave the meeting a very remarkable quality.

Your opening lecture on borderline was the best approach to the subject to my experience.

I wish us to meet again soon in good health, friendship and creative spirit.

My daughter Adi thanks you for your autograph and promises to make you a more authentic portrait when she will be able to visit you.

Most cordially
yours
Marius Erdreich

DPWV
Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband
Landesverband Bayern e.V.

Herrn
Dr. Günter Ammon
Klinik für Dynamische Psychiatrie GmbH
Geiselgasteigstraße 203
8000 München 90

12.04.1989

Sehr geehrter, lieber Herr Dr. Ammon,

auf dem Nachklinik-Kongreß in der Menterschwaige am Gründonnerstag durfte ich Ihnen die ersten vier Bände der Dokumentation zu unserem Kongreß »Rehabilitation in der Psychiatrie« überreichen. Heute ist nun der letzte, fünfte Band erschienen, den ich Ihnen auf dem Postwege gerne nachreichen möchte. Es tut mir leid, daß die Einlösung des Gutscheins zu Ihrem 70. Geburtstag nun doch so lange Zeit gebraucht hat, und ich hoffe, daß trotzdem die darin enthaltenen Beiträge nichts an Aktualität eingebüßt haben.

Ich möchte Sie aber auch an dieser Stelle wissen lassen, daß Ihre jährlich stattfindenden Psychiatrie-Kongresse, die Sie im Rahmen der DAP veranstalten, mich immer sehr beeindrucken, und zwar insbesondere auch deshalb, weil an Ihren Kongressen viele Betroffene teilnehmen, und dort nicht »über«, sondern »mit« den Betroffenen gesprochen wird — so jedenfalls habe ich es während meiner Teilnahme am Münchener Kongreß 1987 und auch bei anderen Vorträgen von Ihnen erlebt. Ich wünsche mir, daß diese Art der Einbeziehung von Patienten mehr Schule macht. Es tut mir leid, daß ich auf der dies-

jährigen Berliner Tagung nicht teilnehmen konnte; vielleicht klappt es ja wieder im nächsten Jahr.

Mit herzlichen Grüßen

Gabriele Koch
(Fachreferentin für Psychiatrie und Suchtkrankenhilfe)

Medizinalrat Dr. med. Peter Moschke
Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
Hufelandstraße 13
DDR-8143 Arnsdorf

Sehr geehrter Herr Dr. Ammon,

(. . .) Ich möchte als Psychiater, der die Schulmedizin gelernt hat und in einem Großkrankenhaus seine Facharztausbildung erhalten hat, bekennen, daß mich alle Veröffentlichungen aus Ihrer Schule faszinieren. Anfangs mit Staunen nunmehr mit zunehmender Begeisterung erlebe ich die Richtigkeit Ihrer Ansichten. Sie haben mir sehr viel gegeben — nicht nur in meiner beruflichen Arbeit!

In zwei Wochen werde ich im Rahmen der krankenhausinternen Weiterbildung über Ihr Konzept der Dynamischen Psychiatrie sprechen und anregen, sich auch in unserem Haus mit der täglich geübten orthodoxen Psychiatrie auseinanderzusetzten.

Ich bitte Sie, die Kolleginnen und Kollegen, die ich das Glück hatte im Institut von Professor von Ardenne kennenzulernen, recht herzlich zu grüßen. Ich habe diese Begegnung als schicksalhaft erlebt — auch in persönlicher Sicht. Bitte grüßen Sie Frau Dipl. Psych. Maria Berger, Frau Dipl. Psych. Ilse Burbiel und Herrn Dr. Schmidts sowie dessen Frau. Ich bedauere, bisher nicht die Zeit gefunden zu haben, ihm persönlich zu schreiben.

In Dankbarkeit und mit vorzüglicher Hochachtung
Ihr Peter Moschke

›Reiseführer durch das Märchenland‹ — eine Zusammenfassung einer Sendung des Dritten Programms des Polnischen Rundfunks vom 21.8.87. Leitung der Sendung: Red. Hanna Liszewska, *Teilnahme:* Dr. Andrzej Guzek.

Dieses Telefoninterview aus Polen vom 21.8.1987, das uns vor kurzem zugesandt worden ist, veröffentlichen wir, weil es eine Rezeption der Arbeit der Dynamischen Psychiatrie darstellt. Interviewpartner ist Dr. Andrezj Guzek, der zwei Jahre lang in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige, München, als Stipendiat gearbeitet hat. Die Redaktion

Red.: Herr Doktor, Sie sind zwei Jahre lang als Stipendiat in der BRD gewesen, wo Sie unter der Beratung von *Günter Ammon,* einem Schüler von *Men-*

ninger die Dynamische Psychiatrie studierten. Was unterscheidet diese Psychiatrie von den anderen, was beinhaltet sie Neues im Vergleich zur üblichen Kenntnis der Geisteskrankheiten?

Guzek: Es gibt einen äußerst wichtigen Unterschied. Diese Schule schreibt der sogenannten Psychopathologie keine Bedeutung zu. Es ist eher die Tendenz, positive Elemente in der Krankheit zu suchen. Meines Erachtens beruht diese Therapie, die eine Therapie der Zukunft werden sollte und könnte, nicht auf einem mehr oder weniger analytischen Herumwühlen in der Symptomatik, sondern auf einem Aufdecken und Weiterentwickeln der konstruktiven, starken Seiten des Patienten.

Red.: Es ist also ein Betrachten der Krankheit als eines konstruktiven Prozesses.

Guzek: Die Krankheit ist eine Entwicklungsstufe des Menschen. Man kann entweder auf dieser Stufe stehenbleiben, zurückfallen bzw. abbiegen und seinen Weg verlieren. Die Kunst der Therapie ist, dem Patienten zur weiteren Entwicklung zu verhelfen, damit er auch weitere Stufen selber beschreiten kann.

Red.: Es gibt aber Krankheiten, wo der Kontakt mit der Umgebung abgebrochen ist, wo es keinen Weg zurück zu den Menschen gibt.

Guzek: Es gibt keine Krankheit, von der es keine Rückkehr geben könnte, und keine, in der man nur destruktive Elemente findet.

Red.: Könnten Sie vielleicht die charakteristischen, für uns am meisten originellen Therapiemethoden, die von *Ammon* angewandt werden nennen?

Guzek: Man müßte damit anfangen, daß es eine holistische, mehrdimensionale Psychotherapie ist. Sie umfaßt nicht nur die Psyche, sondern auch den Körper des Patienten. Man muß auch hinzufügen, daß in dieser Therapie nicht nur materielle, nicht nur rationell-wissenschaftliche, »biologische« Elemente benutzt werden. Eine wichtige Rolle spielt z.B. auch die Meditation. Für Patienten und Team. Ein wenig dem katathymen Bilderleben ähnlich: Es bestehen Vorurteile, daß Meditation bei psychisch Kranken »die Symptome steigern kann. . .«. Das ist nicht wahr. Die Effekte sind, entgegen den Erwartungen konservativer Psychiater, positiv. Gruppenmeditation gibt eine Möglichkeit, beide Welten zu erleben — die innere und die äußere. Sie ist eine Möglichkeit, herauszufinden, daß die innere Welt auch nicht wesentlich anders ist als die der anderen Menschen. Während dieser Meditation spüren die Menschen ein Bündnis mit der Gruppe und nehmen am sozialenergetischen Austausch teil.

Sozialenergie ist übrigens einer der Hauptbegriffe der *Ammon*schen Therapie. Seine Tanztherapie, auch anders als üblich begriffen, beruht darauf, daß der Patient zur Musik, die er selber wählt oder zu rhythmischem Trommeln tanzt. Er versucht im Tanz, in der Mitte der ihn umgebenden Gruppe, sich zu entfalten. Mal erscheinen dabei die sog. positiven, mal die sog. negativen Anteile seiner Struktur. Sie sind immer neu, entdeckerisch sozusagen, lassen dem Patienten eine Möglichkeit, sich zu öffnen, sich zu entfalten. Dann gibt es

noch ein breites Spektrum an Kunsttherapie und außerdem — Referate. Was manche meiner Kollegen schockieren würde — die Patienten bereiten wissenschaftliche Vorträge über Therapie vor, diskutieren über Psychiatrie, Therapiemethoden. Bei uns hier behalten die Psychiater die Ausschließlichkeit, ein Monopol für derartige Diskussionen, als ob sie sich sonst bedroht fühlen würden. Schließlich gibt es noch Interessengruppen. Als ich in der Klinik war, gab es ein Geschichtsseminar; ein Seminar für Geschichte der Psychiatrie und Medizin, für Kunstgeschichte. Einer der Patienten hat sogar einen Vortrag über die Atmosphäre anderer Planeten des Sonnensystems vorbereitet.

Red.: Diese Therapie erinnert fast an eine Universitätsausbildung.

Guzek: Eher an eine sehr gute Schule, die eine Ausbildung in allen Bereichen anbietet. Was dort geboten wird, ist Prophylaxe. Eine Bildung der Entwicklungsfähigkeit, mit der man verschiedene Lebenskrisen konstruktiv überwinden kann, diesmal alleine, mit Hilfe seiner eigenen Kräfte. Es geht also um eine harmonische, künftige Entwicklung.

Red.: Sie haben die Sozialenergie erwähnt. . .

Guezk: Sozialenergie wird unter Menschen ausgetauscht. Ein konstruktiver sozialenergetischer Austausch ist die Basis jeder Therapie. Hätten Familie und Gesellschaft normal und gesund funktioniert, so wäre auch der sozialenergetische Austausch in deren Rahmen positiv gewesen.

Red.: Jeder Mensch braucht Zuwendung und Liebe. Wie steht es damit in der *Ammon*schen Therapie?

Guzek: Die Liebe gibt Sicherheit, Geborgenheit, man fühlt sich akzeptiert. Das ist lebensnotwendig. Sie darf aber nicht unkritisch sein. Eine Mutter, die die Kritik über ihr Kind dort, wo es notwendig ist, ab und zu sogar aggressiv, nicht ausübt, kann das Kind in die Krankheit treiben. Dies gilt für die Erziehung jedes Menschen und auch für die Therapie. In dieser Schule nimmt man an, daß ein Mensch grundsätzlich mehr an positiven als an negativen Anteilen hat. Man soll das Positive unterstützen, das Negative abbauen. Leben die Menschen in gestörten Beziehungen oder Gruppen, dann werden statt der konstruktiven die defizitären bzw. destruktiven Elemente der Persönlichkeit ausgebaut. Die Therapie ist darauf ausgerichtet, die konstruktiven Elemente aufzusuchen und auszubauen, die destruktiven zu reduzieren, Defizite aufzufüllen. Ein Beispiel dafür kann die Kunsttherapie sein. Das psychiatrische »establishment« bezeichnet die Kreativität der Patienten als »Psychopathologie der Kunst«, als eine »ungesunde Kunst« auf gut Polnisch. Dies stimmt nicht.

Frage: Meinen Sie nicht, Herr Doktor, daß solche Art der Behandlung ein Luxus sei? Es scheint sehr schwierig zu sein, einen Platz mit derartiger Therapie zu finden.

Guzek: Es ist ein Problem in vielen Ländern. Die Art Therapie, die ich Therapie der Zukunft, Therapie des XXI. Jahrhunderts nennen möchte, ist auch im Westen selten zu finden. Bisher sind nur wenige Kliniken dieser Art in der Welt zu finden. Die meisten von ihnen stießen auch auf große Hindernisse in ihrer Arbeit. *Ammon,* beispielsweise, hat in seiner Therapie auch die Anwe-

senheit der Tiere in der Klinik genutzt. Über die Rolle der Tiere in der Therapie könnte man hier viel sagen. Es gibt eine Menge wissenschaftliches Material darüber. Ich glaube, alle begreifen es schon intuitiv, was ein Tier für einen einsamen Menschen, der Probleme im Kontakt zu anderen Menschen nicht überwinden kann, bedeutet. Dieses Tier kann sein einziger Freund in dieser Welt sein und sogar mehr — es kann ihm manchmal das Leben gerettet haben. Das letzte ist übrigens ein paarmal bei unseren Patienten passiert, die suizidal waren.

Red.: Ich kann mich an das Buch *Miguel de Unamunos* erinnern, eines spanischen Schriftstellers, »Die Nebel«. Es ging um einen Menschen, der bis auf einen Hund keinen Freund im Leben hatte. Er redete mit dem Tier und als der Hund weg war, wurde er einsam und depressiv. Der Hund entschied über den Sinn seines Lebens.

Guzek: Genau so ist es. Die Umgebung reagiert aber manchmal unmenschlich. *Ammon* hatte deswegen riesige Schwierigkeiten seitens des Gesundheitsamtes — dieses hat verboten, Hunde und Katzen auf dem Gebiet der Klinik zu halten.

Frage: Es ist eine sehr interessante Sendung. Ich habe mit Vergnügen zugehört. Ich war selbst zweimal Patient des psychiatrischen Krankenhauses X. Vielleicht war die Station, wo ich war, eine Ausnahme, aber es gab dort keine Psychotherapie. Die Rolle der Krankenschwestern und Pfleger war nur auf Überwachung der Patienten beschränkt, damit nichts passiert. Außerdem werden Medikamente gegeben und es läuft nichts. Es ist sehr niederdrückend. Etwa zwischen Krankenhaus und Gefängnis. Das, was Sie sagen, ist anders.

Red.: Genau. Eine psychiatrische Anstalt sollte doch ein zweites besseres Zuhause für den Patienten sein. Die dort herrschende Atmosphäre ist doch von größter Bedeutung.

Guzek: Wir reden jetzt über die künftige Psychiatrie. Ich hoffe, daß gerade diese Sendung dazu führen wird, daß die Psychiatrie in der Zukunft besser wird. Es geht wesentlich um einen Paradigmenwechsel: einen Übergang vom rein wissenschaftlichen, kausalen Denken in Kategorien von »normal« und »pathologisch« zu einem ganzheitlichen, humanistischen Denken, inklusive intuitives Wissen. Das letztere ist eigentlich das Erbe der Philosophie des fernen Ostens. Dazu gehört auch das mehrdimensionale Verständnis des Menschen als eines Wesens mit unbegrenzten Entwicklungsmöglichkeiten, auch in den Bereichen, die von der europäischen Wissenschaft des XX. Jahrhunderts noch nicht erforscht werden.

Aus dem Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim

Prof. Dr. Dr. *Heinz Häfner,* Direktor des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit, Mannheim, wurde von der »Commission of the European Commu-

nities« und von der Weltgesundheitsorganisation zusammen mit einem Professor der Gesundheitsökonomie in York, einem Professor für Informationswissenschaften in New York und einem Professor für Psychiatrie in Dublin in eine Kommission berufen, die den Auftrag erhielt, die Reform der Versorgung psychisch Kranker in Griechenland und die Verwendung der dafür von der Europäischen Gemeinschaft gewährten finanziellen Unterstützung zu beurteilen.

Priv.-Doz. Dr. med. *H.-C. Deter,* Oberarzt der Psychosomatischen Klinik am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim, wurde vom Senator für Wissenschaft und Forschung auf eine C3-Professur für Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums Berlin-Steglitz berufen.

Wissenschaftliche Kooperation mit Israel soll verstärkt werden.

Bonn (dpa). Die Bundesrepublik und Israel wollen ihre Zusammenarbeit auf wissenschaftlich-technologischem Gebiet verstärken und sich dabei auf größere Projekte konzentrieren. Dies teilte das Bundesforschungsministerium nach einem Gespräch von Minister *Riesenhuber* mit Israels Wissenschaftsminister *Weizman* gestern in Bonn mit. Bislang gibt es zahlreiche kleine Projekte. So werden rund 60 Vorhaben von einer 1986 gegründeten deutsch-israelischen Stiftung betreut.
(*Tagesspiegel,* Berlin)

Ankündigungen/Announcements

I. Regional Symposium of the World Association of Social Psychiatry
Spanish Association of Social Psychiatry and Psychopathology
Place: Madrid
Time: June 29 to July 1, 1989
Information: Scientific Secretariat, Departamento de Psiquiatria y Psicologia Médica, Universidad Complutense, Hospital Universitario San Carlos, Plaza de Cristo Rey, 28040 Madrid — Spain

Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit und Kreativitätsförderung
Thema: Trommeln in der Therapie — Rhythmen und Klänge zur Selbsterfahrung, Therapie und Meditation
Ort: Hückeswagen (Beversee)
Zeit: 28.—30. August 1989
Information: Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit und Kreativitätsförderung, Fritz-Perls-Institut, Wefelsen 5, D-5609 Hückeswagen, Tel.: 0 21 92 / 20 98 oder 8 21 20

Arbeitstagung 1989
Internationale Gesellschaft für Tiefenpsychologie e.V.
Leitthema: Die Frage nach Sinn — heute. Übergang? — Ende? — Neubeginn?
Ort: Lindau (Bodensee), Inselhalle
Zeit: 27.—31. Oktober 1989
Information: Geschäftsstelle der Internationalen Gesellschaft für Tiefenpsychologie e.V., Postfach 1147, 7310 Plochingen, Tel. 0 71 53 / 2 10 62

6. Deutsches Symposium für Kunsttherapie und Therapie mit kreativen Medien
Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit und Kreativitätsförderung
Thema: Die Sprache der Bilder
Ort: Hückeswagen (Beversee)
Zeit: 3.—6. Dezember 1989
Information: Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit und Kreativitätsförderung, Fritz-Perls-Institut, Wefelsen 5, D-5609 Hückeswagen, Tel.: 0 21 92 / 20 98 oder 8 21 20

Kongreß für Klinische Psychologie und Psychotherapie
Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.
Thema: Leitsymptom Gesundheit
»Die derzeitige 'Gesundheitsdiskussion' läßt vermuten, daß mittlerweile der Begriff 'Gesundheit' auch ein medizinischer geworden ist. In diesen Diskussionen unterscheidet sich der Gesundheitsbegriff nicht mehr von dem der Krankheit. Er wird zu einer Domäne der Medizin, wie es die 'Krankheit' bereits geworden ist. Auch die Gesundheitsförderung wird zunehmend individuell gesehen, präventive Strategien sind oftmals auf das Individuum und dessen 'Gesundheits- bzw. Krankheitsverhalten' ausgerichtet.«
Ort: Berlin
Zeit: 18.—23. Februar 1990
Information: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.
Postfach 13 43, 7400 Tübingen, Tel. 0 70 71 / 4 38 01

Im nächsten Heft erscheint...

Günter Ammon (Berlin/München)
Würdigung des Lebens und Werkes von Friedrich S. Rothschild anläßlich seines 90. Geburtstages

Friedrich S. Rothschild
Die Biosemiotik des menschlichen Gehirns

Jozef Ph. Hes (Tel Aviv)
Einführung in die Biosemiotik

Heinz C. Berendt (Jerusalem)
Parapsychologie vom Standpunkt der Biosemiotik

Gabriele von Bülow (Berlin)
Die Biosemiotik F. S. Rothschilds in der Tradition der Signaturenlehre Jakob Böhmes

Modest M. Kabanov (Leningrad)
Der menschliche Faktor in der medizinischen Praxis

A. Guilherme Ferreira (Lissabon)
Borderline Syndrome and Disability

Oskar Sahlberg (Berlin)
Körperliche und spirituelle Erfahrungen bei der Heilung früher Störungen

Vadim S. Rotenberg / J.S. Korostoleva (Moskau)
Psychological Aspects of the Search Activity and Learned Helplessness in Psychosomatic Patients and Healthy Testees

Edward J. Dehné (Carson City)
International Disability Insurance: USA Entry in Health for all Practice

Günter Ammon / Ulrich Köppen / Astrid Thome / Winfried Tiedge (Berlin/München)
Schlafuntersuchungen von Borderline-Patienten im Vergleich zu Patienten mit Schizophrenie, Depression und Psychosomatik

David J. Weeks (Edinburgh)
Eccentric Personality and the Borderline-Syndrome

Rolf Schmidts / Bernhard Richarz / Ulrike Schanne (München)
Die stationäre Milieutherapie im erweiterten Feld als integrative Behandlungsmethode der Dynamischen Psychiatrie

Ilse Burbiel / Egon Fabian / Gerhard Wolfrum / Christa Emmert (München)
Klinisch-psychologische Effizienzuntersuchung bei der stationären Behandlung von Borderline-Patienten in der Klinik Menterschwaige

— Änderungen vorbehalten / changes reserved —

Impressum

Verlag, Sitz und Geschäftsstelle/Publishing House, seat and office:
»Pinel« Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie GmbH München, Goethestraße 54, 8000 München 2, Tel. (0 89) 53 96 74.
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 GmbH, 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
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, Goethestraße 54, 8000 München 2.
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:
Dipl.-Psych. Maria Berger, Dipl. Soz. Jürgen Blechschmidt, Dipl.-Psych. Ilse Burbiel, Dipl.-Psych. Gabriele von Bülow, Dipl.-Psych. Daniel Hermelink, Dipl.-Psych. Gerhard Menzel, Dipl.-Psych. Volker Peschke, Dr. med. Bernhard Richarz, Dr. med. Rolf Schmidts, Margit Schmolke, Dr. phil. Barbara Töpper, Dr. phil. Helmut Volger, Dipl.-Psych. Gerhard Wolfrum.

Die veröffentlichten Artikel geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wider. 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 Rechung beim Verlag bestellt werden.
In der Regel dürfen nur Arbeiten eingereicht werden, die vorher weder im In- noch im Ausland veröffentlicht worden sind. Der Autor verpflichtet sich, sie auch nachträglich nicht an anderer Stelle zu publizieren.
Mit der Annahme des Manuskripts und seiner Veröffentlichung geht das Verlagsrecht für alle Sprachen und Länder einschließlich des Rechts der photomechanischen Wiedergabe oder einer sonstigen Vervielfältigung an die »Pinel« 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, Studenten und Mitarbeiter der Psychoanalytischen Kindergärten gegen Nachweis nur in Deutschland DM 75,— (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 Jahresabonnements bis zum 1.4. d.J. auf das folgende Konto: Commerzbank AG München 225 295 500, BLZ 700 400 41.
The author's opinion does not necessarily reflect the opinions of the editorial staff.
Manuscripts (three copies), each limited to 20 double-spaced typed pages, will be accepted in all languages. All manuscripts must have a summary in either German or English (minimum two double-spaced typed pages). Literary reference should be adapted to those in the journal. There can be no remuneration for contributions. Pictures and graphic illustrations are printed at the author's own expense. The author receives 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.
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 thereof, 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 Commerzbank 225 295 500 AG München, BLZ 700 400 41.
Verlag, Sitz und Geschäftsstelle/Publishing House, seat and office:
»Pinel« Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie GmbH München,
Goethestraße 54, 8000 München 2, Tel. (089) 53 96 74.
Verlagsleitung/Publishing House, direction:
Wielandstraße 27/28, 1000 Berlin 15, Tel. (030) 8 81 80 50 und 8 81 80 59.
Abonnentenabteilung/subscription management:
Petra Hieber, Goethestraße 54, 8000 München 2.
Druck/Print: Alfa-Druck GmbH, D-3400 Göttingen

ISSN 0012-740 X

Dynamische Psychiatrie

Herausgegeben von Günter Ammon

Dynamic Psychiatry

Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse

21. Jahrgang 1988

»Pinel« Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie GmbH

Inhalt/Contents

Günter Ammon (Berlin/München)
Zur humanstrukturellen Verwobenheit von Psychosomatik und Schizophrenie 1
On the Humanstructural Interrelation of Psychosomatics and Schizophrenia . 16

Günter Ammon, Ilse Burbiel, Volker Peschke (Berlin/München, München)
Autokinese und Hemisphärizität — Eine Pilotstudie mit Patienten der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige 43
Autokinetics and Hemisphericity — a Pilot-Study with Patients of the Dynamic-Psychiatric Clinic Menterschwaige 68

Günter Ammon, Ulrich Köppen, Astrid Thome, Winfried Tiedge (Berlin/München, München)
Indikatoren im Nachtschlaf als Kriterien für nachholende Entwicklung im Verlauf psychotherapeutischer Behandlung (Fortführung der Pilot-Study aus dem Schlaf- und Traumlabor der Klinik Menterschwaige: Funktionelle Entwicklungsaspekte des Schlafs in den katamnestischen Erhebungen 253
Indicators within the Night Sleep as Criteria for Regenerating Development in the Process of Psychotherapeutic Treatment (a Continuation of the Pilot Study from the Sleep and Dream Laboratory of Clinic Menterschwaige: Aspects of the Functional Development of the Sleep in the Catamnestic Examinations) 276

Editorial zum 70. Geburtstag von Günter Ammon
Befreundete Wissenschaftler zu Günter Ammons 70. Geburtstag..... H. 1/2 I

Glückwünsche zu Günter Ammons 70. Geburtstag ..... H. 3/4, I
Congratulations to Günter Ammon's 70th Birthday ..... H. 3/4, I

Manfred von Ardenne (Dresden)
Milderung der Nebenwirkungen von (Psycho-)Pharmaka durch Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie. Die Bedeutung des Ganzkörper-Energiestatus und seiner Dynamik für das gesundheitliche Schicksal des Menschen 72
Sideeffect Diminution of (Psycho-)Pharmaca through O_2-Multistep-Therapy. The Significance of the Energetic Status of the Body and its Dynamics for the Health Destiny of Man 74

Maria Berger (Berlin/München)
Psychologische Untersuchungen zur Humanstrukturellen Tanztherapie 128
Psychological Investigations on Humanstructural Dance 151

Renato Berger (Zürich)
Feuerkulte in Afrika und Indien 456
Fire Cults in Africa und India 462

Jacek Bomba (Cracow)
Research Programmes on Adolescent Depression 431
Projekte zur Erforschung der Depression bei Jugendlichen 434

Béla Buda (Budapest)
Der Ausbruch der Schizophrenie. Ein Geschehen in Erleben, in Verhalten und interpersoneller Dynamik 119
The Outburst of Schizophrenia. An Event in Experience, Behaviour and Interpersonal Dynamics 125

Garbiele von Bülow (Berlin)
Zum Zusammenhang zwischen Intelligenzdiagnostik und Persönlichkeitsstruktur aus humanstrukturologischer Sicht 304
On the Relationship between Intelligence Diagnosis and Personality Structure from the Viewpoint of Human-structurology 310

Amnon Carmi (Haifa)
The Patient's Rights in Psychiatry 340
Die Rechte des Patienten in der Psychiatrie 344

Edward J. Dehné (Carson City)
Promises in Solving Health Problems in the Year 2000 401
Chancen für die Lösung der globalen Gesundheitsprobleme im Jahr 2000 402

Nicholas Destounis (Milwaukee)
Psychological Aspects of In Vitro Fertilization Participants 404
Psychologische Aspekte bei Teilnehmern an der In-Vitro-Befruchtungsmethode 411

John C. Eccles (Contra/Switzerland)
The Spiritual Nature of the Self 20
Das geistige Wesen des Selbst 30

Marius Erdreich (Haifa)
Selective Pharmacology and Psychotherapy in Compulsive Eating Disorders . 448
Pharmakologische und psychotherapeutische Behandung bei zwanghaften Eßstörungen 454

Hanna Jaklewicz (Gdansk)
Emotional and Psychosomatic Disorders in Children in Relation to Family Functioning 301
Emotionale und psychosomatische Störungen bei Kindern in Beziehung zur Familiendynamik 303

Rita Jost, Ulrike Schanné (München)
Ausdruck prozeßhafter Entwicklung in der klinischen Testpsychologie sowie in therapeutischen Feld der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige am Beispiel eines schizophren reagierenden Patienten. Ein kasuistischer Beitrag 281
The Expressions of Processual Development in the Clinical Test Psychology and the Therapeutic Field of the Dynamic-Psychiatric Clinic Menterschwaige — a Casuistic Contribution 299

Modest M. Kabanov (Leningrad)
Systemzugang im Prozeß der Rehabilitation Kranker und Behinderter 89
System Approach in the Process of Rehabilitation of Ill and Disabled Persons . 93

Karl Peter Kisker (Hannover)
Die Balancierung des Möglichen und Unmöglichen im psychiatrischen Denken und Tun 81
Balancing between Possible and Impossible in Psychiatric Thinking and Work 87

Maria Orwind (Cracow)
Psychodynamic and Systemic Approach of Family Therapy 426
Psychodynamischer und systemischer Ansatz in der Familientherapie 428

Rainer B. Pelka, Ronald Grossarth-Maticek (Neubiberg, London)
Systemerkrankungen als Überforderung von Psyche und Soma: Methodik der Analyse und vorliegende Befunde am Beispiel von Krebs und Gefäßerkrankungen 159
Systemic Disease as Overstrain of Psyche und Soma: Methodology of the Analysis and Present Findings in Cancer Disease and Vascular Disease 174

Gertraud Reitz (München)
Die Bedeutung der Humanstrukturellen Tanztherapie für die Entwicklung der Liebesfähigkeit 436
The Importance of the Human-Structural Dance Therapy for the Development of Loving Ability 446

Vadim S. Rotenberg (Moscow)
Das neuroleptische Syndrom im Lichte der Verhaltens-Neurochemie 36
The Neuroleptic Syndrome in the Context of the Biochemistry of Behaviour . 41

Friedrich S. Rothschild (Jerusalem)
Biosemiotische Analyse der Verwandtschaft zwischen Parapsychologie und Physik 96
Biosemiotic Analysis of the Relation between Parapsychology and Physics ... 107

Oskar Sahlberg (Berlin)
Der kreative Prozeß und seine peri- und pränatalen Wurzeln 326
The Creative Process and its Peri- and Prenatal Roots 336

Margit Schmolke (Berlin)
Der Identitätsbegriff bei Ammon — ein Vergleich mit anderen psychologischen Schulen 313
The Concept of Identity by Günter Ammon — a Comparison with other Psychological Schools 323

Duane Sherwin (Poulsbo/USA)
The Psychodynamic Origin of Chronic Post-traumatic Stress Disorder in American Vietnam Veterans — An Ongoing Saga 348
Die psychodynamischen Wurzeln der chronischen Posttraumatischen Stress-Störungen bei amerikanischen Vietnam-Veteranen — eine fortdauernde Heldengeschichte 357

Jai B.P. Sinha (Patna)
Collectivism, Social Energy and Mental Health 110
Kollektivistische Lebensweise, Sozialenergie und psychische Gesundheit 115

János Szilárd, Beata Temesváry, Zoltán Janka (Szeged)
Zur komplex-ganzheitlichen Betrachtung der Schizophrenie 229
To the Complex-Holistic View of Schizophrenia 251

A. Szymusik, J. Zadecki, A. Cechnicki, B. Barbaro, K. Zawadzka (Cracow)
Das Therapiesystem für schizophren reagierende Patienten in der psychiatrischen Klinik in Krakau 418
The Therapeutic System for Schizophrenic-Reacting Patients in the Psychiatric Clinic in Cracow 424

Aleksandr A. Tschurkin (Moscow)
Organization of Psychotherapeutic Services in the USSR 413
Organisation der psychotherapeutischen Versorgung in der UdSSR 415

Helmut Volger (Berlin)
Paradigmenwechsel in der internationalen Politik — die Rolle der UNO im Gruppengeflecht internationaler Beziehungen 464
Change of Paradigms in International Politics — the Role of the United Nations in the Group Network of International Relations 475

Avlipi Zurabashvili (Tbilisi)
Ideas Related to Principles of Work and Morality 395
Ideen, die mit den Prinzipien von Arbeit und Ethik verknüpft sind 398

Allgemeine Rubriken / General Topics

1. *Bücher- und Zeitschriftenspiegel / Book and Journal Review*

Günter Ammon: Vorträge 1969—1988 (D. Hermelink) 480
John C. Eccles: Gehirn und Seele — Erkenntnisse der Neurophysiologie (V. Peschke) 183
Modest Michailowitsch Kabanow, Klaus Weise (Hrsg.): Klinische und soziale Aspekte der Rehabilitation psychisch Kranker (B. Richarz) 186
Boris Luban-Plozza (Hrsg.): Abhängigkeit und Befreiung (G. Menzel) 490
Walter Toman / Rudolf Egg (Hrsg.): Psychotherapie — ein Handbuch. 2 Bände (B. Töpper) 176
Helmut Volger: Der Wandel der Perzeption von Abrüstung, Entwicklung und Konversion in der UNO (B. Richarz) 491

2. *Nachrichten aus der WADP / News from the WADP*

a) Feier des 70. Geburtstages von Günter Ammon in Berlin und München. Ein Bericht (G. Menzel, D. Hermelink) 365
b) Geburtstagsansprache zu Günter Ammons 70. Geburtstag im Berliner LFI von Dipl. Psych. Ilse Burbiel 377
c) Pressespiegel zum 70. Geburtstag Günter Ammons 382
d) Besuch von Dr. Ammon und Mitarbeitern im Manfred-von-Ardenne-Institut in Dresden am 21.11.1988 497
e) »Tag der offenen Tür« in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige am 30.11.1988 497
f) Vortrags- und Seminarreise von Günter Ammon durch Ungarn, 3.—10.12.1988. Ein Bericht 498
g) In Memoriam Dr. Dénes Goldschmidt 503

3. *Nachrichten / News*

a) Zum 70. Geburtstag von Heinrich Schipperges 387
b) Mitteilung des ZPID, Universität Trier 232
c) Mitteilung des ZI Mannheim 232
d) Mitteilung des Österreichischen Trainingszentrums des NLP 232

4. *Kongresse, Symposien und Arbeitstagungen / Congresses, Symposia und Workshops*

a) Bericht über den 6. Weltkongreß der WADP vom 7.—11.3.1988 in München (D. Hermelink, H. Volger, G. Seidler) 190
b) Der 6. Weltkongreß der WADP im Spiegel der Presse 224
..... 356
c) Brief von Rabbi Shapira an Dr. Ammon .....
d) Brief von Prof. Dr. M.M. Kabanov an Dr. Ammon 364
e) 74. Gruppendynamische Klausurtagung in Paestum. Ein Bericht 502
f) Ankündigung des 7. Weltkongresses der WADP 1989 510
g) Ankündigung der 73. Gruppendynamischen Klausurtagung der DAP in Paestum 391
h) Ankündigung anderer in- und ausländischer Kongresse und Tagungen 233
..... 389
..... 511

Namensindex (Deutscher Text)
Index of Names (German text)

Adler, A. 132, 177, 187,
Aichner, Ch. 482
Alexander, F. 9, 10
Alexander, F.M. 130
Ammon, G. 1/2—Iff., 1/2—VIIff., 1/2—XXff., 1ff., 9, 14, 15, 20, 43ff., 47, 48, 49, 50, 53, 61, 63, 67, 100, 116, 117, 112, 123, 124, 125, 130, 133, 134, 135, 179, 186, 190, 191, 192, 193, 194, 221, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 3/4—I, 3/4—III, 3/4—IVff., 242, 260, 261, 262, 265, 267, 270, 273, 282, 283, 284, 307, 309, 310, 314, 316, 319, 320, 321, 322, 327, 328, 331, 332, 334, 335, 359, 360, 361, 362, 363, 364, 365, 366, 367, 368, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 386, 387, 398, 436, 437, 438, 444, 454, 480, 481, 482, 483, 484, 485, 486, 487, 488, 489, 490, 497, 498, 499, 500, 501, 502, 503
Amthauer 285
Anden, N.E. 36
Anochin, P.K. 89, 90
Ardenne, M. v. 72ff., 190, 228, 229, 231, 3/4—III, 360, 497, 500
Arlow 244
Arieti, S. 120
Arshavsky, V.V. 39
Aurobindo, S. 1/2—XXII

Bach, O. 188
Bahnson, C.B. 165
Bahnson, M. 165
Bakan, P. 51
Bakhshi, S. 223
Balint, M. 83
Balzereit, F. 40
Barbaro, B. 418ff.
Bartenieff, J. 134
Bartholini, G. 37
Bateson, G. 287
Baudelaire, Ch. 333
Bauer 258
Beersma, D.G. 257, 258
Beethoven, L. van 333
Bell, N. 90
Bender, H. 99
Benedek, I. 503
Benedetti, G. 124, 247
Benedict, R. 240
Benn, G. 333, 334
Berendt, H. 99, 100
Berger, M. 100, 128ff., 194, 221, 223, 226, 482, 497, 502
Berger, R. 1/2—XX, 226, 361, 367, 456ff.
Berne 180
Bernstein, P. 132
Bertalanffy, L.v. 89
Bettelheim, B. 246
Binet 305
Hildegard von Bingen 388
Binswanger, L. 84
Birbaumer 256, 257, 258, 259, 260
Bleuler 245, 248
Bleuler, M. 387
Bogen, J.E. 51
Bohm, E.I. 222
Böll, H. 296
Bohr 184
Boldt, H.J. 3/4—X
Bomba, J. 434
Bortz, J. 136
Braginsky, B.M. 122
Braginsky, D.D. 122
Brenner 244
Breuer, J. 129
Brooks, Ch. 130
Brown 248
Bruno, C. 135
Buber, M. 321
Buchanan, R.W. 266
Buda, B. 1/2—VIff., 119ff., 190, 221, 498, 502
Bülow, G. v. 222, 304ff., 497
Bürkki, H.R. 36, 37
Burbiel, I. 43ff,. 190, 194, 221, 227, 229, 230, 231, 283, 284, 365, 377, 497, 498, 501, 502

Burke, K. 333, 334

Calehr, H. 190, 361, 367
Calnan, M. 120
Camus, A. 296
Carmi, A. 190, 222, 344ff., 361
Castall, B. 42
Cechnicki, A. 418ff.
Chace, M. 130, 131, 132

Ciompi, L. 121
Clauser, G. 330, 332
Conrad, K. 121
Coons, S. 257
Coren, S. 55
Creutzfeldt, C.D. 254, 257, 258, 259, 265, 268
Crowell, D.H. 257
Curtis, S. 31

Darwin, Ch. 398
Day, M.E. 51
Dehné, E.J. 1/2—XIII, 190, 223, 366, 402f.
Dement, W.C. 257
Descartes 32, 184, 398
Destounis, N. 190, 222, 361, 4411f., 412
Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP) 1/2—II, 224, 229, 230, 361, 366, 380, 382, 384, 385, 480, 483, 489
Berliner Lehr- und Forschungsinstitut der - 365
Münchener Lehr- und Forschungsinstitut der - 365
Deutsche Psychoanalytische Vereinigung DPV 483
Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband DPWV 367
Dirac 105, 106
Dobzhansky, T. 30, 184
Dohm, H. 3/4—VII, 366
Dohrenwend, B.P. 121
Dorsch, F. 305, 306
Dostojewski, F. 446
Dreyfuß 8
Dropsy, J. 130
Duke, J. 51
Duncan, P. 55
Drucker-Colin, R. 254, 258
Dynamisch-Psychiatrische Klinik Menterschwaige 1/2—IV, 10, 15, 43, 54, 67, 223, 225, 226, 228, 253, 260, 263, 281, 304, 305, 309, 360, 362, 365, 368, 383, 497, 499, 502
Psychologisch-Diagnostische Abteilung der - 377, 499
Dynamische Psychiatrie/Dynamic Psychiatry (Ztschr.) 1/2—II, 1/2—VI, 1/2—XI

Ebner, U. 51, 52
Eccles, J.C. 20, 30ff., 32, 49, 183, 184, 185, 190, 192, 227, 228, 229, 230, 307, 360, 362, 485
Eddington 184
Egg, R. 176
Egri, G. 121
Ehrlichmann, H. 51
Ekstein, R. 502
Eliade 332
Ellis, A. 182
Emmert, Ch. 294
Engel 10
Erdreich, M. 190, 454f.
Erikson, E.H. 313, 314, 315
Espenak, L. 130, 132
Esquirol 121
Eßl, E. 190, 366
Eysenck, H.J. 165

Fabian, E. 194
Feinberg, I. 258
Fekete, S. 361
Ferenczi, S. 129, 499, 502
Finke, G. 284
Finzen, A. 82
Fischer 263
Fischer, F. 471
Flaubert, G. 334
Flor-Henry, P. 53
Fox, B.H. 165
Frank 248
Frei, D. 465, 466
Freud, S. 82, 83, 85, 86, 129, 176, 177, 178, 180, 314, 326, 327, 328, 485
Freud, W.E. 330
Fritzsch, H. 104
Füredi, J. 194

Gazzaniga 4, 49
Gardner, H. 306
Gebser, J. 1/2—XXII, 183, 459
Geller, U. 98, 99
Genkina, O.A. 4
Glatzel, G. 497
Goethe, J.W. v. 333
Goffman, E. 313, 314, 317, 318
Gogebashvili 400
Goldschmidt, D. 503
Goodman, P. 179
Goppel, Th. 3/4—VI, 366
Gorbatschow, M. 473
Govinda, L.A. 462
Graber, G.H. 328, 334
Grav, J.A. 38
Grave, P.S. 89
Gribow, J. 4, 231
Griffith, J.D. 36

Grof, S. 328, 329, 335, 336
Grossarth-Maticek, R. 159ff., 167, 169, 174, 222, 363
Grotjahn, M. 3/4—XI
Güvenc, R.O. 134
Gur, R.C. 51, 53

Habermas, J. 86
Hargadine, M.P. 134
Harris, L.J. 51
Hau, Th. 330
Hecker 241
Hein, A. 307
Heinrich, D.W. 266
Heisenberg, W. 184
Held, R. 307
Hermans, J. 368
Hermelink, D. 224, 368, 490
Hiatt, J.F. 258
Hinshelwood 184
Hippokrates 183
Hiscock, M. 51
Höfling, O. 104, 105
Hofstätter 305
Hollingshead 248
Hopf 136
Howells 421
Hüfner, K. 471
Humboldt, A. v. 45
Hussain, S.E. 223
Hyttel, J. 37

Igenbergs, E.P. 3, 44, 67
International Health Society 1/2—XII

Jackson, D. D. 122
Jacobs 248
Jaklewicz, H. 303
Janka, Z. 239ff.
Janov, A. 182
Janus, L. 333
Jervis, R. 466
Johnson, D. 135
Joshi, V. 336
Jost, R. 221, 281ff., 309
Jouvet 256
Jung, C.G. 1/2—XXII, 8, 132, 177, 178

Kabanov, M.M. 89ff., 92, 186, 187, 188, 190, 193, 228, 229, 231, 361, 364
Kadri, J. 190
Kafka, F. 333
Kahlbaum 241
Kakar, S. 116
Kales 263
Kalish, B. 134
Kant, I. 31
Karlson 250
Katz, R. 134
Keen, H. 134
Kelemen, G. 361
Kendall, P.L. 136
Kepiński, A. 434
Kermann 8
Kernberg, O. 122
Kestenberg, J. 134
Keup, W. 491
Kienholz 247
Kiphard, E.J. 130
Kirchmann, E. 130
Kirlian-Fotografie 44
Kisker, K.P. 81ff., 194, 227
Klein 122
Klein, P. 129, 130
Kleylein, H. 194
Köppen, U. 221, 253ff.
Kobal, M. 3/4—VIII
Körmendy, G. 498, 499, 501
Kohut, H. 122, 331, 485
Kopf-Mehnert 285
Korsakow, S.S. 399
Kraepelin, E. 241, 242, 284
Krappman, L. 313, 314, 318
Kraus, A. 123
Krayenbühl 387
Kress, G. 194
Kretschmer 245
Kruskal-Wallis 55
Kupfer, D.J. 257

Laban, R.v. 130, 134
Lack, D. 30
Laing, R.D. 86, 117, 124, 330, 331
Lassen, J.B. 37
Leeds, A. 130
Lempp 245
Lersch 258
Lesté, A. 135
Leventhal, M.B. 134
Lippe, R. zur 129
Lomov, B.F. 89
Lorenz, K. 30
Lorenzer 83
Lowe, P.G. 328
Lowen, A. 129, 130, 178
Luban-Plozza, B. 490

Lund 257, 258
Luria 49

MacLennan, H.J. 39
Markus, Rony 99
Marsen, B. 254, 258, 265
Mahler, G. 122
Mann 55
Martini 387
Marx, K. 327, Maslow, A.H. 129, 334
May, K. 333
Mayer, E. 222
Maymann, M. 47
McCarthy, H. 134
McGinty, D. 257
McKonnon 308
Maharshi, R. 335
Mead, G.H. 313, 314, 316, 317, 318
Meistermann-Seeger, E. 329, 330
Melechov, D.E. 90
Meng 8
Menning, N. 120
Menninger, K. 3/4—VI, 3/4—VII, 377
Menninger-Foundation 377, 382, 385
Mènzel, G. 222, 368
Merton, R.K. 136
Messarovitsch, M. 89
Metzler, A.v. 166, 167
Metzner, R. 335
Meyer, H.J. 190, 367
Meyers 248
Michelangelo 333
Middendorf, I 130
Mihalovic, I. 330
Mintz, M. 53
Mönnich, H. 437
Moreno, J.L. 180
Morgan, M. 120
Moussong-Kovács, E. 498
Müller, C. 121
Müller, I. 368
Müller-Braunschweig, C. 377, 382, 385

Naumann, J. 471
Nekrasova, J. 193, 361
Neubauer, A. 51, 52, 55, 59
Neumärker, K.-J. 3/4—V
Newlin, D.B. 52
Nicklas, H. 465
Niedermeyer, E. 257
Nietzsche, F. 388
Nitsch, C. 166, 167

Orwid, M. 190, 194, 428ff.
Ozsvath, K. 498, 500

Paracelsus 388
Pauli 306
Pawelka, P. 471
Paykel 248
Peirce, C. 103
Pelka, R.B. 55, 159ff., 222, 363, 367
Persl, F. 179
Peschke, V. 43ff., 186, 221, 283
Peseschkian, N. 3/4—VIII
Pesso, A. 130
Petrov, D. 368
Petzold, H. 130, 179, 183
Piaget, J. 306
Pina, J. 223
Pinkus, L. 3/4—IX
Plato 100
Playfair, G.L. 99
Poe, E.A. 333
Polanyi 184
Popper, K. 20, 30, 31, 32, 184, 185, 192
Porac, C. 55
Prónay, G. 498, 499, 500
Proust, M. 86

Radermacher, H. 3/4—VI
Radke, D. 367
Rajneesh, B.S. 334, 335, 336
Ramakrishna 335
Ramsey, S. 377
Rapaport, A. 89
Rausch, H. 221, 332
Reagan, R. 473
Rechtschaffen 263
Reich, W. 178, 194
Reitz, G. 221, 436ff.
Ribeiro, R. 459
Richarz, B. 189, 496
Riederer, R. 36
Ring, K. 122
Ringel, E. 227, 3/4—III
Riskó, A. 498
Rispoli, L. 194
Roffwarg, H.P. 256, 257, 259
Rogers C.R. 181
Rogler 248
Rolf, J.P. 130
Roosevelt, Th. 466
Rosenzweig 307
Rotenberg, V.S. 4, 10, 35ff, 37, 38, 193, 485

Rothschild, F.S. 50, 96ff., 190, 193, 228, 229, 231, H. 3/4 II, 360
Rust, J. 135
Ruther, E. 36, 37, 38, 39

Saefkow, H. 1/2—XX
Sahlberg, O. 221, 326ff., 327, 333
Salomon 179
Sandel, S. 135
Sartre, J.-P. 332
Schanné, U. 221, 281ff., 309
Schapiro, M. 50
Scheff, T.J. 121
Schildkraut, J. 36
Schindler, R. 420
Schipperges, H. 3/4—V. 387, 388
Schmais, C. 134
Schmales 10
Schmalisch, P. 222
Schmidt, A. 334
Schmidts, R. 190, 194, 497
Schmolke, M. 222, 313ff.
Schneider, K. 85
Schneider, R. 502
Schoop, T. 129, 130, 132, 444
Schrödinger 184
Schubert, F.C. 257
Schulter, G. 51, 52
Schultz-Hencke 178
Schulz, H. 257, 258
Schultz, I.H. 377, 382, 385
Schwarzenau 366
Searles, H.F. 121
Sedvall, G. 36
Seidler, G. 383
Seligmann, M.E.P. 38
Shakespeare, W. 333
Shapira, Y. 3/4—X, 364
Sheleen, L. 130
Sherrington 185
Sherwin, D. 222, 357f., 361
Shevrin, H. 52
Siegel, E. 132
Sifneos, P.E. 10
Siirala 85
Simon 395
Sinha, J.B.P. 115f., 116, 190, 223
Sivananda, S. 335
Solms, H. 491
Sperry, R.W. 32, 49, 52, 67, 485
Spiegel, I. 90
Spitz, R. 3, 332
Starker, S. 47
Stenda, H. 190
Stierlin, H. 124
Stille, G. 37
Stolze, H. 130
Stritih, B. 190, 222, 368
Szilárd, J. 1/2—XII, 2, 190, 222, 239ff., 248, 249, 362
Szymusik, A. 194, 418ff.

Teitelbaum, H.A. 51
Temesváry, B. 239ff.
Terman, L.M. 308
Thom, A. 187
Thome, A. 221, 253ff.
Tiedge, W. 221, 253ff.
Töpper, B. 183
Tolstoi, L. 398
Toman, W. 176
Trägner, W. 500
Triandis, H.C. 115
Trott, M.L. 134
Tschechow, A.P. 398, 399
Tschurkin, A.A. 193, 415ff.

United Nations Organization (UNO) 464ff., 492ff.
Ungarische Psychiatrische Gesellschaft 498
Ursi, Corrado Kardinal 3/4—II, 3/4—III
Urspruch, I. 221

Van Praag, H.M. 42
Varela, F. 306
Vogel, L.H. 137
Vogel, L.J. 137
Volger, H. 223, 224, 464ff., 491, 492, 493, 494, 495, 496
Volkov, P.P. 89
Volovik, V.M. 188
Voth, A.C. 47
Voth, H.M. 47, 49, 63

Wagner, H. 284
Wallon 245
Waloschek, P. 104, 105
Warneke, K. 3/4—VIII, 366
Watzlawick, P. 490, 491
Waxler, N. 241
Weinberger, A. 51
Weingarten 136
Weise, K. 93, 186, 187, 188
Weiss, G. 490
Wenar 134

Weskamp, P. 497
Wilber, K. 336
Williams, R.L. 257, 260, 263
White, E.Q. 134
Whitehouse, M. 130, 132
Whittney 55
Wigman, M. 130
Wigner 184
Willi, J. 120
Willke, E. 130
Wilmar, F. 130
Winnicott, D.W. 122
Wolinsky, F.D. 120
Wolf 134
Wollschläger, H. 332
Wolman, B.B. 308
World Association for Dynamic Psychiatry WADP 1/2—IV, 1/2—XIII, 361, 3466, 385, 473, 500
-, Amerikanischer Zweig 1/2—XIII
-, Indonesischer Zweig 367
-, Jugoslawischer Zweig 368
-, Niederländischer Zweig 368
-, Sowjetischer Zweig 35
-, Ungarischer Zweig 1/2—VI
World Association for Social Psychiatry WASP 366

Yogananda, P. 335

Zadecki, J. 418ff.
Zawadzka, K. 418ff.
Zenkov, L.R. 4, 49, 50, 65, 485
Zhegin, L.F. 50
Zielke 285
Zubkov, S.E. 193
Zuckermann, M. 38
Zurabashvili, A.D. 398ff.

Namensindex (Englicher Text)
Index of Names (English Text)

Adelman, I. 111
Adler, A. 152
Alexander, F. 17
Ammon, G. 1/2—XIV, 1/2—XV, 1/2—XVI, 1/2 XVII, 1/2—XVIII, 16ff., 17, 68f., 112, 114, 115, 126, 152, 153, 3/4—II, 3/4—IV, 3/4—V, 276f., 277, 311, 323, 324, 325, 336, 337, 395, 446, 447
A.N.D. Institute of Social Studies, Patna/Bihar, India 110
Anochin, P.K. 93
Ardenne, M. v. 74ff., 80

Badura-Madej, W. 434
Barbaro, B. 424f.
Baxter Jr. L.R. 449
Bell, D. 110
Benedetti, G. 126
Berendt, H. 108
Berger, M. 151ff., 153, 154
Berger, R. 462f.
Bernstein, P. 152
Bertalanffy, L.v. 93
Bissel 113
Bomba, J. 431ff., 432, 433
Boszormeny—Nagy 427
Broca 26
Buda, B. 125f.
Bülow, G.v. 310
Burbiel, I. 68f.

Carleton, J.L. 3/4—V
Carmi, A. 340ff.
Cechnicki, A. 424f.
Chace, M. 152
Chekhov, A.P. 396
Cobb, S. 111
Curtis, S. 24

Darwin, Ch. 396
Dehné, E.J. 1/2—XIII, 401f.
Dennerstein 410
Descartes 27, 396
Destounis, N. 404ff.
Dobzhansky, T. 21
Dreyfuß 17
Dynamic-Psychiatric Clinic Menterschwaige 18, 310, 311

Eber, U. 69
Ebner, U., 69
Eccles, J.C. 20ff., 27, 68, 3/4—II, 310
Engel 18
Erdreich, M. 1/2—XVII, 448ff., 450
Erikson, E.H. 323
Espenak, L. 152

Flament, M.F. 449
Framo 427
Freud, S. 152, 323
Fritzsch, H. 109

Gardner, H. 310
Gazzaniga 68
Gebser, H. 462
Geller, U. 108
German Academy of Psychoanalysis (DAP) 1/2—XVII
Goffman, E. 323
Gogebashvili, I. 397
Gottlieb, B.H. 111
Graber, G.H. 336
Grave, P.S. 93
Grinker 355
Grof, S. 336, 337
Grossarth-Maticek, R. 174f.

Hagman, H. 432
Hau, Th. 337
Hofstede, G. 111
Höfling, O. 109
Hui, C.H. 113

International Health Society 1/2—XIV

Janka, Z. 251f.
Jaklewicz, H. 301ff.
Jervis, R. 476
Jost, R. 299f.
Jung, C.G. 17, 152

Kabanov, M.M. 93f., 94, 3/4—IV
Kakar, S. 112, 113
Kant, I. 25

Keiser 356
Kepińsky, A. 431, 432
Kermann 17
Kernberg, L. 432
Kisker, K.-P. 87f.
Köppen, U. 276f.
Kohut, H. 337
Korsakov 397
Kothari, R. 112
Krappmann, L. 323, 324

Lack, D. 21
Laing, R.D. 114, 126
Lindner, K.C. 111
Lips 410
Lomov, B.F. 93
Lorenz, K. 21
Luria 68

Markus, Rony 108
Mastropaolo, C. 432
Mead, G.H. 323
Meng 17
Messarovitsch, M. 93
Morris, C.T. 111
Morse 410

Naroll, R. 111
Neubauer, A. 69

Orwid, M. 426ff.

Peirce, C. 108
Pelka, R.B. 174f.
Peschke, V. 68f.
Piaget, J. 310
Popper, K. 21, 23, 27
Prabhu, G.C. 112

Rapaport, A. 93
Reitz, G. 446f.
Rock, W. 112
Roland, A. 111, 113
Rotenberg, V.S. 1/2—XVI, 41f., 68
Rothschild, F.S. 107ff., 108, 109

Sahlberg, O. 336f.
Sarason, B.R. 111
Sarason, I.G. 111
Schanné, U. 299
Schleimer 448
Schmale 18
Schmolke, M. 323
Schoop, T. 152
Schopenhauer, A. 27
Schulter, G. 69
Searles, H.F. 126
Sherwin, D. 348ff.
Siegel, E. 152
Sinha, J.B.P. 1/2—XVII, 110ff., 111, 112
Sperry, R.W. 26, 27, 28, 68
Spiegel, I. 355
Stierlin, H. 126
Szilárd, J. 251f.
Szymusik, A. 424f.

Temesváry, B. 251f.
Thome, A. 276f.
Tiedge, W. 276f.
Tolstoy, L. 396
Triandis, H.C. 111
Tschurkin, A.A. 413ff.
Tupitsyn 414

Ulasińska, R. 432
United Nations UN 475ff.

Verma, J. 111
Vermy, Th. 336
Volger, H. 475ff.

Waddington 29
Waloschek, P. 109
Wernicke 26
Whitehouse, M. 152
Willke, E. 152
Wolkov, P.P. 93
World Association for Dynamic Psychiatry WADP 477

Zadecki, J. 424f.
Zawadzka, K. 424f.
Zenkov, L.R. 68
Zurabashvili, A.D. 395ff.

Sachindex (Deutscher Text)
Index (German Text)

Abgrenzung 8
Abhängigkeit 490f.
- und Identitätsentwicklung 490, 491
- und Therapie 490, 491
Abrüstung 491ff.
- und Entwicklung 491ff.
Androgynität 1/2—IX
Aggression 1/2—I, II, VIII, 2, 3, 11, 14, 150, 270, 289, 483
- als Humanfunktion 11
Agression, defizitäre 1/2—VIII, 9, 10, 11, 289
- bei psychosomatisch Kranken 9, 10, 11
- und Suchverzicht 10
Agression, destruktive 1/2—I, VIII, 9, 11, 289, 483
- bei psychosomatisch Kranken 9
- in der Schizophrenie 11
Agression, konstruktive 1/2—I, VIII, 3, 270, 483
Agressiondefizit 9, 11
- bei psychosomatisch Kranken 9, 11
Alexithymie 9, 10
- bei der psychosomatischen Erkrankung 9, 10
Amphetamin 36
Angst 8, 11, 12, 123, 138, 139, 144, 145, 270, 286, 287, 288, 296, 297
-, defizitäre 270
-, destruktive 270
- beim psychosomatisch Kranken 11
- des schizophren Erkrankten 8, 11, 122
Verlassenheits- 13
Vernichtungs- 8, 13
Angstspektrum, differenziertes 8
Anorexia nervosa 12, 13
Antipsychiatrie 86
Arbeit 1/2—VIII
- und Identität 1/2—VIII
Asthma bronchiale 8, 9, 13
- als psychosomatische Erkrankung 8, 9, 13
Atome 105
Autogenes Training 183
Autokinese 43ff., 221
- und Hirnhemisphären 43ff., 221
Autokinetischer Lichttest 43ff., 221
- und Depression 48
- in der Dynamischen Psychiatrie 1/2—VIII, 43ff.
- und EEG-Forschung 67
- und Hirnhemisphären 43ff., 221
- und Psychopharmaka 65
- und Psychosomatik 49
- und Sperry-Halbseiten-Test 67

Bedeutsame Begegnungen 1/2—I, 321
- und Identität 321
Bewegungs- und Leibtherapie 183
Bioenergetik 178
Biosemiotik 96ff.
- und Modus der Intentionalität 102, 103
- und Parapsychologie 96ff.
- und Physik 96ff.
Borderline-Kranke 53, 308, 309, 486
Intelligenz bei -en 308, 309
Borderline-Syndrom 1/2—II, 1/2—III, 1/2—VIII, 288, 485

Casa-Kongresse 1/2—VI
Charakteranalyse 178
Clozapin 36, 37, 39, 40

Dementia praecox 241, 242
Depression 10, 38, 40, 41, 139, 140, 248, 249, 288, 434
- bei Jugendlichen 434
- und Neuroleptika 35ff.
- und psychosomatische Erkrankung 10
Diagnostik 1/2—III
Dialektisches Denken 1/2—I
Dopaminerge Rezeptoren 36
Double-Bind-Kommunikation 8
Drogen, halluzinogene 1/2—VII
Dualismus 185
Dynamische Psychiatrie 1/2—Iff., 1/2—VIff., 1/2—XIIf., 1ff., 43ff., 93, 117, 125, 186, 190ff., 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 247, 282, 359ff., 305ff., 377ff., 382, 383, 384, 385, 480ff.
- und Androgynität 1/2—IX, 488
Androgyner Dimensionstest in der - 44
Aufbau der - H. 1/2 II
Autokinetischer Lichttest in der - H. 1/2 VIII, 43ff.

Integriertes Behandlungsprogramm in der - 13
- als Behandlungswissenschaft 1/2—VIII, 2, 16, 359
Borderline-Syndrom in der - 1/2—II, III, VIII
Diagnostik in der - 1/2—III, 1, 4, 5, 16, 44, 43ff., 61, 192, 281ff., 489
Effizienzforschung in der - 14, 15, 192, 281ff.
Entwicklung der - 1/2—VIff.
EEG-Untersuchungen in der - 44, 67, 194, 221, 253ff.
Elektrographie in der - 67
Forschung in der - 1/2—VIII, 194, 221
- und Friedensfähigkeit 1/2—IX
Ganzheitlicher Ansatz der - 1/2—III, VII, XXI, 191, 228, 229, 230, 359
- und Gesellschaft 1/2—III, V
Gruppendynamik in der - 1/2 VII
Gruppenpsychotherapie in der 1/2—VII
Hirnforschung in der - 1/2—VIII
Humanstrukturelle Diagnostik in der - 1
Humanstrukturelle Tanztherapie in der - 1/2—IV, IX, 11, 13, 14
Ich-Struktur-Test (ISTA) in der - 5, 15, 44, 125
Identitätskonzept in der - 1/2—VIII
Identitätstherapie in der - 1, 2, 13, 191, 192, 194, 229, 230
Krankheits- und Gesundheitsverständnis in der - 3, 191, 225, 231, 282, 283, 380, 488
Integratives Krankheitsverständnis in der - 1, 2, 3, 101, 191, 283
Kreativitätsforschung in der - 1/2—VII
Kunsttherapie in der - 1/2—VII, 11
- und Mehrdimensionalität 1/2—IX, 16, 480, 488
Menschenbild der - 481, 485
Methodenintegration in der - 2
Milieutherapie in der - 1/2—VII, VIII, 11, 13
Non-verbale Therapieformen in der - 1/2—III, IV, 13, 488
Paradigmenwechsel in der - 482
Persönlichkeitsmodell der - 1, 3
Persönlichkeitsprofil in der 4, 5
Psychoanalyse und - 1/2—VII
Psychoanalytischer Kindergarten in der - 1/2—VII, VIII
Psychopharmaka in der - 227
Schlafforschung in der - 1/2—VIII, 194, 221, 253ff.
Sozialenergiekonzept in der - 1/2—VIII, 359, 360
Spektraltheorie in der - 1/2—III, VIII, 3, 5
Sperry-Halbseiten-Test in der - 67
Synergismus in der - 10
Testpsychologie in der - 281ff.
Therapiekonzept in der - 227
Theoriekonzept in der - 1/2—VIII
Das Unbewußte in der - 1/2—VIII, 43, 44
Wissenschaftsverständnis der - 1/2—V, 2
Dynamisch-Psychiatrische Klinik 1/2—IV, X, 12, 223, 225, 228, 365, 383, 384, 386,497, 501, 502
Abschlußuntersuchung in der - 297, 298
Anamnese in der - 287, 290
AKL in der - 43ff., 67
Integriertes Behandlungsprogramm in der - 13
Case-Konferenz in der - 295
Diagnostik in der - 281ff.
EEG-Untersuchungen in der - 114
Effizienzforschung in der - 14, 15, 192, 228, 281ff.
Gießen-Selbstbild-Test in der - 283ff.
Gruppenpsychotherapie in der - 294, 295
Humanstrukturelle Tanztherapie in der - 1/2—IV, 128ff.
Ich-Struktur-Test (ISTA) in der - 283ff.
Interpretation der therapeutischen Methoden in der - 194
Intelligenzdiagnostik in der - 304ff.
Maltherapie in der - 194
Milieutherapie in der - 294
MMPI in der - 283ff.
Musiktherapie in der - 194
Nonverbale Therapie in der - 13, 194
Schlafforschung in der - 194, 221, 253ff.
Sozialarbeit in der - 194
Sozialenergetisches Feld in der - 13, 194
Testpsychologie in der - 281ff.
Therapeutisches Milieu einer - 13
Therapeutisches Team in der - 13
Therapieverlaufsforschung in der - 194, 221
Wartegg-Zeichentest in der - 283ff.

Effizienzforschung 14, 15, 192, 228, 281ff.
EEG-Forschung 52, 67, 194
Elektrographie 44, 67
Eltern 97, 245, 287

Embryonale Entwicklung 328, 329, 330
Energiestatus 72ff., 192
- und Sauerstoff-Mehrschnitt-Therapie 72ff., 192
Entwicklung 1/2—III, 117, 185
Sozialenergetisches Verständnis von - 1/2—III
Entwicklungshilfe 491ff.
- und Abrüstung 491ff.
Entwicklungstheorie, psychoanalytische 314, 316
Eßstörungen 454f.
Psychopharmakabehandlung bei - 454f.
Psychotherapie bei - 454f.
Ethik 398ff.
- und Tätigsein 398ff.
Ethnologie 1/2—XXI, XXII
Evolution 96, 101, 105, 185
- des Kosmos 101

Familie 1/2 VIII, 8, 115, 116, 117, 122, 245, 246, 287, 303, 502
- und Schizophrenie 245, 246, 287
- und Sozialenergie 117
Familienethos 117
Familiengruppe 1/2—VIII, 8, 115, 116, 117
- und Persönlichkeitsentwicklung 116, 117
Familiengruppendynamik 1/2—VIII, 8, 287, 303
-, pathologische 1/2—VIII, 8, 122, 303
- bei psychosomatisch Kranken 9, 303
- bei der Schizophrenie 8, 122, 124
Familientherapie 194, 420, 421
-, psychodynamische 428ff.
-, systemische 428ff.
Feuerkulte 456ff.
Friedensfähigkeit 1/2—IX

Ganzkörperenergiestatus 72ff.
Geburt 221, 247
Gehirn 35ff., 106, 107, 183ff., 192, 254, 307
- und Bewußtsein 183ff., 192
Dopaminerge Systeme des -s 39, 40
Dualismus von - und Seele 185
- und Identität 254
Katecholaminerge Systeme des -s 36
Noradrenerge Systeme des -s 36, 37, 40, 41
- und Seele 183ff.
Geschlechtsrollen 1/2—IX
Gesellschaft 1/2—III, IX, 241
- und Dynamische Psychiatrie 1/2 III, IX
- und Identität 317, 318
- und Psychiatrie 1/2—IX
- und Schizophrenie 241
Gesprächstherapie 181
Gestalttherapie 179, 180
Gesundheitsprobleme, globale 402f.
Gruppe 1/2—IV, VII, 2, 3, 47, 115, 116, 117, 123, 133, 315, 316, 319, 483
- und Ich-Entwicklung 3, 122, 179, 483
- und Identität 3, 315, 316, 319, 321
- und Kreativität 483
- und psychoanalytische Ausbildung 1/2—VII
- und Sozialenergie 1/2—IV, 3, 47, 115, 116, 117, 316
Gruppendynamik 1/2—II, VII, 183
Gruppenpsychotherapie 1/2—II, VII, VIII, 179, 294, 295, 482

Haloperiodol 36, 39
Hebephrenie 241
Herz-Kreislauf-Erkrankungen 165ff., 222
- und Persönlichkeitstyp 165ff.
- und Psychotherapie 165ff., 222
Hirn, Frontal- 254, 265
Hirnforschung 1/2—VIII, 20ff., 35ff., 183ff.
- in der Dynamischen Psychiatrie 1/2—VIII
Hirnhemisphäre 43ff., 106, 107, 221
-n und Borderline-Erkrankung 53ff., 56, 59
Funktionelle Asymmetrie der -n 50, 65, 307
- und Informationsverarbeitung 49, 50, 51, 66
—, linke 49, 50, 51, 52, 53, 61, 65, 66, 123, 307, 309, 485
-n und Lateral-Eye-Movement-Test 51ff., 221
-, rechte 49, 50, 51, 53, 54, 61, 66, 193, 307
- und Schizophrenie 53ff., 56, 59
Synergismus der -n 49, 50, 53, 63
-n und Depression 53, 56, 59
Homovanillinsäure 37
Humanfunktionen 4, 5, 47, 65, 133, 179, 281ff., 307, 482, 484, 486
Erfassung der - 5, 65, 281ff.
-, primäre 307

- bei der psychosomatischen Erkrankung 5
- in der Schizophrenie 4
- und Sozialenergie 47
-, sekundäre 4, 5, 65, 307
Synergismus der - 4
-, zentrale 4, 5, 65, 133, 307
Humanstruktur 4, 47, 282, 485, 486
-, primäre 4
Humanstrukturelle Diagnostik 1, 4, 5
Humanstruktureller Tanz 1/2—IV, IX, 128ff., 221, 436ff.
Humanstrukturelle Tanztherapie 1/2—IV IX, 11, 13, 14, 128ff., 221, 360, 436ff., 488
- in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik 1/2—IV, 128ff.
Feed-back in der - 144, 147
- und Zugang zu eigenen Gefühlen 128ff., 221
- und Identitätsentwicklung 133
- und Kontaktfähigkeit 128ff., 221
- und Körpererleben 128ff., 221
- und Liebesfähigkeit 436ff.,
Psychologische Untersuchung der - 128ff., 221
- und Sozialenergie 133
- und Unbewußtes 131, 134
Humanstrukturelle Therapie 13
- und Angst 13
- als Identitätstherapie 13
- und nachholende Persönlichkeitsentwicklung 13
Humanstrukturmodell 1/2—III, 2, 3, 320
Humanstrukturologie 1/2—II, 2, 133, 179, 191, 254, 360
Hypnotherapie 183
Hypnothalamus 39

Ich 176, 177
- und Es 176, 177
Ich-Abgrenzung 290, 294
Ich-Entwicklung 3, 122, 179, 483
- und Gruppe 3, 483
-, nachholende 483
Ich-Funktionen 1/2—VIII, 179, 482, 484
Ich-Grenzen 328
Ich-Identität 315, 317, 318
-, »balancierende« 318
Ich-Kerne 328
Ich-Krankheiten, archaische 1/2—VII, 3, 122, 179, 191, 486
Gleitendes Spektrum der - 1/2—VIII, 3, 122, 179, 191, 486
Ich-Psychologie 178, 484
Ich-Schädigungen 1/2—VIII
-, prägenitale 1/2—VIII
Ich-Störung 122
Ich-Struktur 1/2—VIII, 179
Ich-Struktur-Defizit 1/2—VIII
Ich-Strukturelles Arbeiten 487
Ich-Struktur-Modell 47, 179, 484, 487
- und Sozialenergie 484, 485
Ich-Strukturologie 3/4—I
Ich-Struktur-Test (ISTA) 5, 15, 44, 125, 283ff., 486
Behandlungsrelevanz des -s 5, 15
Therapeutische Funktion des -s 5
Ich-Synthese 316
Ich-Zustände 180, 181
Ideal-Ich 133
Identität 1/2—IV, VII, 3, 13, 124, 125, 133, 179, 180, 222, 254, 313ff., 465, 483, 484
Arbeit und - 1/2—VIII
-, bewußte 317
-, defizitäre 8, 320
- als Entwicklungsprozeß 322
Funktionale Dimension der - 320
- und Gesellschaft 317, 318
- und Gruppe 3, 315, 316, 319, 321
-, konstruktive 320
-, nicht-bewußte 317
-, persönliche 317
- und politische Wahrnehmung 223
- und Primärgruppe 319
- des psychosomatisch Kranken 9
- des schizophren Erkrankten 8, 287
-, soziale 317
- und sozialenergetisches Feld 1/2—IV
- und Sozialenergie 3, 179, 322
Strukturelle Dimension der - 321
Identitätsbedürfnis 319
Identitätsbegriff, in der Sozialpsychologie 316ff.
Identitätsdiffusion 315
Identitätsentwicklung 1/2—VIII, 316, 319, 484
- und Mutter-Kind-Beziehung 319
Identitätskrisen 317
Identitätstherapie 1, 2, 13, 191, 192, 194, 229
Humanstrukturelle Therapie als - 13, 191
Identitätsverbot 8, 287
Instanzenmodell der Neurosenlehre 9

Intelligenzdiagnostik 304ff.
- und Persönlichkeitsstruktur 304ff.
- und psychiatrische Krankheiten 304ff.
Internationale Politik 464ff.
Lernprozesse in der - 470
Wahrnehmungsmuster in der - 464ff.
In-Vitro-Befruchtung 411f.
Psychologische Probleme bei Teilnehmern an der - in Kliniken 411f.

Katathymes Bilderleben 177
Katatonie 241, 242
Kausalitätsdenken 177
Kind 116
Kleinhirn 107
Kollektivistische Lebensweise 115ff.
- und psychische Gesundheit 115ff.
- und Sozialenergie 115ff.
Kommunikation 101, 102, 103, 104, 105, 106
Körper und Geist 129, 178, 179
Körpergrenzen 133
Körper-Ich 8, 133, 194
- und psychosomatische Erkrankung 8
- und schizophrene Erkrankung 194
Körpertherapie 129, 130
Krankheit 159ff., 225
- und Homöostatisches System 159ff.
Krankheitsbilder
Gleitendes Spektrum der - 1/2—III, VIII
Krankheitseinsicht 243
Krankheitsmodell 159, 160, 161, 174
-, kausales 159, 160, 161, 174
-, systemtheoretisches 159ff.
Kreativität 1/2—VII, 326ff., 483
- und Gruppe 483
Pränatale Wurzeln der - 326ff.
- des psychisch Kranken 1/2—VII
- in der Kunst 332, 333, 334
- und Symbiose 328ff.
- in der Therapie 331, 332
Kreativer Lebensstil 331
Kreativer Prozeß 327
- und Gruppe 327
- und Identitätsdiffusion 327
- und Sozialenergie 322
Krebs 165ff., 122
- und Persönlichkeitstyp 165ff.
- und Psychotherapie 165ff., 222
Kunsttherapie 1/2—VII

Lateral-Eye-Movement-Test 51ff.
- und AKL 43ff., 63
- und EEG-Untersuchungen 52
- und Hirnhemisphären 51, 52, 53, 54, 61
Libidotheorie 177
»Loch im Ich« 9, 11, 13, 122, 486

Meditation 1/2—IX
Medizin 2, 91, 92, 362f., 387f.
-, ganzheitliche 362f., 387f.
-, naturwissenschaftlich orientierte 2
Ökologisierung der - 92
-, somatische 91
Milieutherapie, psychoanalytische 1/2—VII, VIII, 11
Mutter 8, 97, 116, 246, 287
Mutter-Kind-Beziehung 8, 116, 246, 501
- und psychosomatische Erkrankung 8
Mutter-Kind-Symbiose 246

Narzißmus 11, 14, 485
-, pathologischer 11, 14
Narzißmusforschung 485
Naturwissenschaft 97
-, kausal forschende 97
Neuroleptika 35ff., 193
antidopaminerge Wirkung von - 37, 39
antipsychotische Wirkung der - 36, 37
- und Depression 36
- und Dyskinesien 36
- und extrapyramidalmotorisches Syndrom 39
- und Hyperkinesien 39
- und noradrinerges System des Gehirns 38
- und parkinsonoides Syndrom 36, 39, 40, 41
- und psychotische Symptomatik 37
- und Schlafverhalten 39, 40
- und Suchaktivität 37, 38, 39, 40
- und Suchverzicht 39, 40
Neuroleptisches Syndrom 45ff.
- und Suchaktivität 37, 38, 39
Neurophysiologie 1/2—VIII, 183ff.
Neurose 180

Objektbeziehung 83
Organpsychose 8

Paradigmenwechsel 464ff.
- in der internationalen Politik 464ff.
- in der Wissenschaft 482
Paranoia 14

Parapsychologie 96ff.
- und Biosemiotik 96ff.
- und Physik 96ff.
Psychokinese in der - 98, 99, 100, 102, 193
Telepathie in der - 97, 98
Parkinsonismus 40
Parkinsonoides Syndrom 36
Persönlichkeit 4, 319, 320, 484
- als Humanstruktur 4, 319
Persönlichkeitsdiagnose 1/2—III
-, individuelle 1/2—III
Persönlichkeitsentwicklung 3, 116, 117, 319
- und Familie 116, 117
Persönlichkeitsprofil 4, 5
Physik 96ff.
- und Biosemiotik 96ff.
Polarität 1/2—I, II
- von Tradition und Utopie 1/2—I.
Posttraumatische Stress-Erkrankung 357f.
- bei Vietnam-Veteranen 357f.
Pränatale Psychologie 221, 326ff.
Primärgruppe 485
Primärtherapie 182
Psyche
- und Soma 9
Psychiater 81ff.
Psychiatrie 1/2—II, VII, IX, X, XII, XIII, 2, 81ff.., 90, 91, 92, 93, 120, 121, 186, 224, 343ff., 377
Anstalts- 1/2—IX, 121
Anti- 86
Biologisches Krankheitsmodell in der - 121, 186
»Drehtür«- 244, 286
- in Deutschland 1/2—II, IX
- und Gesellschaft 1/2—X
Etikettierung in der - 121, 240
Evolutions-ökologischer Zugang zur - 91
Krankheitsbegriff der - 2, 121
Organzentrierter Zugang zur - 91
- und Pharmaindustrie 1/2—X
- und Psychoanalyse 1/2—VII
Rechte der Patienten in der - 344ff.
Reform der - 1/2—II, XII
Sozial- 90, 91, 92
Verbürokratisierung der - 1/2—X
Psychiatrische Klinik 124
Psychische Krankheit 179, 187, 191
Psychoanalyse 1/2—I, VII, IX, X, 82, 85, 86, 176, 177, 178
Geschichte der - 1/2—I
- und Körper 178
Neo- 178
- und Psychiatrie 1/2—VII
Psychoanalytische Ausbildung 1/2—VII
- und Gruppe 1/2—VII
Psychoanalytische Kindergärten 1/2—VII, VIII
Prävention in - 1/2—VII, VIII
Psychoanalytiker 177
Abstinenz des -s 177
Psychodrama 180
Psychopathologie 85, 121
Psychopharmaka 65, 72ff., 227
- und AKL 65
Nebenwirkung von - 72ff.
Psychosomatische Erkrankung 1ff., 190ff. 225, 303, 486
Asthma bronchiale als - 8, 9
- und Depression 10
Humanstruktur bei der - 5
- bei Kindern 303
- und Körper-Ich 8
Krebs als - 9
Pathologischer Narzißmus bei der - 11
- als Organpsychose 8, 225
- als körperliche Psychose 12
- und psychotische Reaktion 8
- und Schizophrenie 1ff., 190ff. 225
- und Suchverzicht 10
- und Symbiosekomplex 11
Symptom in der - 9, 11
Therapie der - 11
- und Trennungssituation 9
Psychosomatisch Kranke 8ff.
Aggressionsdefizit bei -n 9, 11
Destruktive Aggression bei -n 9, 11
Alexithymie bei -n 9, 10
Angst beim -n 11
Hoffnungslosigkeit des -n 10
Humanstruktur des -n 11, 12
Identität des -n 9
Konkretismus der -n 11
Symptomwechsel bei -n 10, 13
- als innerlich Verlassene 9
Psychotherapeutische Versorgung 415ff.
- in der UdSSR 415ff.
Psychotherapie 1/2—III, 81, 82, 83, 176ff. 194
Hermeneutisches Verstehen in der - 194
- der Psychosen 194
Psychotherapieforschung 82
Psychotische Reaktion 1/2—III, 8, 13

- und körperliche Erkrankung 13
- und psychosomatische Erkrankung 8

Quarks 104, 105, 106, 107

Rational-Emotive Therapie 182
Real-Ich 133
Rehabilitation 89ff., 186ff., 193
- und Arbeitstherapie 188
- und Familie 188
- Kranker und Behinderter 89ff.
- neurophysiologischer Störungen 193
- psychisch Kranker 186ff.
- und Sozialpsychiatrie 89ff.
- als Wissenschaftsdisziplin 92
Rehabilitationsforschung 90, 186ff.
Rehabilitationssystem 89ff.
Ethischer Aspekt im - 90
Sozialökonomischer Aspekt im - 90
Religion 102
REM-Schlaf 38, 40
- und Suchaktivität 38, 40

Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie 72ff., 497
- und Energiestatus 72ff.
Schizophren Erkrankte 7, 8, 119ff., 239ff.
Destruktive Aggression bei -n 11
Angst bei -n 8, 122
Biographie des -n 8
Denkstörungen des -n 11
Double-Bind-Kommunikation bei -n 8
Familiengruppendynamik bei -n 8
Humanfunktionen des -n 8
Identität des -n 8
Zerreißen der Kommunikation bei -n 8
Konkretismus der -n 11
Kontaktabbruch bei -n 8
Symbiotische Beziehungen des -n 8
Verlassenheitsgefühl beim -n 122
Schizophrene Reaktion 8
Schizophrenie 1/2—III, 1ff., 119ff., 190ff., 221, 222, 224, 225, 226, 227, 239ff., 359ff., 418ff., 486
Anfangsphase der - 119ff., 221, 222
Biologische Faktoren bei der - 249
- und Dementia praecox 241, 242
- und Double-Bind-Kommunikation 245, 287
Epidemiologische Studien zur - 248, 249
- und Familie 122, 123, 245, 246, 249
Genetische Faktoren bei der - 249
- und Gesellschaft 241
- und Gruppe 123
- und Hirnhemisphären 53
Humanstruktur bei der - 4, 5
-, kindliche 246
- und Kommunikation 122, 245
- und Körper-Ich 194
Krankheitsbegriff bei der - 240, 241
- und Kulturkreise 241
Multidimensionale Betrachtungsweise der — 247, 248, 249, 250
Pathologischer Narzißmus bei der - 11
- und psychosomatische Erkrankung 1ff., 190ff., 359ff.
- und Stigmatisierung 247
- und Suizidalität 243
- und Symbiosekomplex 11, 123
Symptomatologie bei der - 240
Schizophrenieforschung 239ff.
Zwillingsforschung in der - 245
Schizophrenietherapie 1/2—III, 11, 13, 14, 15, 123, 227, 228, 242, 246, 418ff.
Familentherapie in der - 420, 421
Supervision in der - 423
Tagesklinik in der - 420
Therapeutisches Team in der - 423
Wohngemeinschaft in der - 421
- in einer psychiatrischen Klinik 418ff.
Versorgungskette in der - 419
Schlaf 38, 39, 40, 253ff.
- und Aggression 270
- und Angst 270
- und Dopamin 40
- und Entwicklung 253ff.
- und Ontogenese 256
- und Neuroleptika 39, 40
NREM- 255, 256, 257, 258, 260, 262, 263, 265, 267, 268, 273, 274, 275
- und psychiatrische Krankheitsbilder 253ff.
REM- 38, 40, 255, 256, 257, 258, 261, 262, 266, 267, 268, 270, 273, 274, 275
- des Säuglings 256
Schlafforschung 1/2—VIII, 194, 221, 253ff.
- in der Dynamischen Psychiatrie 1/2—VIII, 253ff.
Schlafprofile 202
Schlafstadien
- I: 273, 274, 275, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 265, 267, 268
- II: 259, 260, 262, 263, 265, 266, 267, 268, 274

- III: 258, 259, 260, 267, 273, 274
- IV: 259, 260, 261, 273
Schwangerschaft 221
- und Identitätsentwicklung 221
Selbst 116, 124, 177, 179, 180, 192
- und Familie 116
-, falsches 124
Sozialenergie
- und Gruppe 1/2—IV
Sozialenergetischer Austausch 3
Sozialenergetisches Feld 1/2—IV, 2, 3, 13, 191, 194, 316
- in einer Dynamisch-Psychiatrischen Klinik 13, 194
- und Gruppe 1/2—IV, 3, 316
- und therapeutischer Prozeß 1/2—IV
Sozialenergetische Zufuhr 179
Sozialenergie 1/2—III, VIII, 3, 47, 115, 116, 117, 133, 179, 282, 322, 437, 438, 439, 485, 501, 502
Arbeit und - 1/2—VIII
- und Gruppe 3, 47, 115, 116, 117
- und Humanstrukturelle Tanztherapie 133
- und Humanfunktionen 47
- und Identität 3, 179, 322
Meßbarkeit von - 3
Sozialpsychiatrie 90, 91, 92
Spektraltheorie 1/2—III, VIII, 3, 5, 122, 179, 191, 486
Stottern 193
Therapie des -s 193
Studentenbewegung 1/2—XXI
Suchaktivität 10, 37, 38
- und Gesundheit 38
- und noradrenerge Symptome 38
Suchverzicht 39
Suicid 243
Suizidalität 243, 287, 288
- bei schizophrenen Patienten 243
Symbiose 8, 116, 328, 329, 330, 331, 333, 334
Symbiosekomplex 11, 482
- und psychosomatische Erkrankung 11
- und Schizophrenie 11, 123
Symbiotische Beziehungen 8, 12, 123, 295
Symbolischer Interaktionismus 316
Symptom 9, 121, 122
-e, körperliche 9
Synergismus 1/2—I, 10, 191, 192
- zwischen Bewußtsein und Unbewußtem 191
- zwischen Körper und Seele 10
Systemerkrankungen 159ff.
Psychosoziale Faktoren bei - 159ff.
Systemtheorie 89, 159ff.

Tanztherapie 128ff.
Eklektizismus in der - 132, 133
-, Humanstrukturelle 1/2—IV, IX, 11, 13, 14, 128ff, 221, 369, 436ff, 488
Therapeut 82, 179, 194, 487
Ethische Haltung des -en 194
- und Patient 82
Therapeutisches Bündnis 483
Therapeutische Gemeinschaft 117
Therapeutischer Prozeß 1/2—IV, 187, 194, 422
- und sozialenergetisches Feld 1/2—IV
Therapie 1/2—III, IV, 11, 43, 44, 176ff., 186, 191, 227, 242, 244, 246, 247, 283, 331, 332, 360, 482ff.
Effizienzforschung in der - 14, 15
Familien- 194
Identitäts- 1, 2, 13, 191
- und Kreativität 331, 332
Kunst- 1/2—VII
Gesprächs- 181
Gestalt- 179
- und pathologischer Narzißmus 14
Non-verbale -formen 1/2—III, IV, 11, 13
Psychodrama als - 180
- der psychosomatischen Erkrankung 11, 13, 14, 15
Rational-emotive - 182
- der Schizophrenie 1/2—III, 11, 13, 14, 15, 123
- und Sozialenergie 191
Vegeto- 194
Verhaltens- 182
- und Widerstand 14
Therapieverlaufsforschung 194, 221
Intelligenzdiagnostik in der - 304ff.
Tod 103, 104
Topographisches Modell 176, 179, 180
Transaktionsanalyse 180, 181
Transzendentale Subjektivität 96, 101, 193
- und Evolution des Kosmos 101
Traum 177
Trieb 176, 177
Turetta-Syndrom 39

Über-Ich 485
Übertragung 83, 86, 487
-, symbiotische 487
Unbewußtes 1/2—III, VIII, 2, 43ff., 131,

134, 177, 178, 185, 186, 485
Erforschung des - 43ff.
- und Humanstrukturelle Tanztherapie 131, 134
Unitäres Krankheits- und Gesundheitsgeschehen 1/2—III

Vater 287
Vegetotherapie 194
Vereinte Nationen 464ff., 491ff.
- und Regierung der BRD 473
Dritte Welt in den - 468
- und ganzheitliches Denken 472, 491ff.
- und Gewerkschaften 474
Wahrnehmungskompetenz der - 469, 471, 472, 491ff.
Verhaltenstherapie 182

Widerstand 14
-, therapeutischer 14

Zentralnervensystem 97, 193

Sachindex (Englischer Text)
Index (English Text)

aggression XVI, 16, 17
- as constructive human-function 16
- and search activity 1/2—XVI
aggression, constructive 1/2—XVI, 16
aggression, deficitary 1/2—XVI, 17
- of the psychosomatic patients 17
aggression, destructive 1/2—XVI, 16, 17, 18
- of the psychosomatic patients 17, 18
anorexia nervosa 19
- as psychosomatic disease 19
autokinetics 68, 69
- and brain hemispheres 68f.

biosemiotics 107ff.
- and communication 108, 109
- and evolution 109
- and parapsychology 107ff.
- and physics 107ff.
- and transcendent subjectivity 108
birth 24
body 151ff.
brain 21, 22, 23, 24, 25, 27, 28, 29, 41, 42, 68, 69
- and learning 25
- and mind 21, 22, 23, 24, 25, 27, 28
nonadrenergic system of the - 41, 42
split - 27, 28
brain hemisphere 25, 26, 27, 28, 68, 69
- and Lateral Eye-Movement Test (LEM) 69
-, left 25, 25, 26, 28, 68, 69
-, right 25, 26, 27, 28, 68, 69
synergism of -s 68

cancer 18, 174, 175
- as psychosomatic disease 18
psychotherapy and - 175
cardio-vascular diseases 174, 175
psychotherapy of - 175
child 24, 112, 113, 114
brain development of the - 24
collectivism 110ff
- and social energy 110ff.
commissurotomy 27, 28
communication 108, 109, 126
- and schizophrenia 126
consciousness 20ff.
unity of - 27
corpus callosum 27
creative process 336f.
peri- and pre-natal roots of the - 336f.
- and symbiosis 336, 337
culture 23

dance therapy 151ff.
-, human-structural 151ff., 446f.
depression 41, 42, 431ff.
-, adolescent 431ff.
research on - 431ff.
diagnostics 19
dynamic psychiatry 1/2—XIIIff., XVI, XVIIff., 16ff., 115
holistic concept of - 16, 115
dynamic-psychiatric clinic 1/2—XV, XIX 18, 19, 299, 300, 310f.
efficiency research in - 18, 299, 300
intelligence diagnosis in - 310f.
social-energetic field in - 19
test-psychology in - 299, 300
therapeutic milieu in - 1/2—XIX, 299
human-structural dance therapy in - 151ff.

eating disorders, compulsive 448ff.
psychopharmacology of - 448ff.
psychotherapy of - 448ff.
efficiency research 18, 19, 299, 300
- in the dynamic-psychiatric clinic 18, 19, 299, 300
ego-identity 323
ego-illnesses, archaic 16
ego-structure 69
Ego-Structure-Test according to Ammon (ISTA) 17, 19, 68, 299, 300
- and personality profile 17
energetic status 74ff.
- and oxygen-multistep-therapy 74ff.
ethics 395ff.
- and work 395ff.
evolution 21, 29, 108, 109
- of the cosmos 108

family 112, 113, 114, 115, 301, 302, 426ff.
- and social energy 113, 114

family dynamics 17, 18, 126, 301, 302
-, pathogenic 17
- of psychosomatic patients 18, 301, 302
- of schizophrenic patients 17, 126
family therapy 426ff.
-, psychodynamic 426ff.
-, systemic 426ff.
fear 17, 18, 19
- of abandonment 18, 19
- of annihilation 19

group 11, 112, 113, 114, 115, 153, 154, 155
- and human-structural dance 153, 154, 155
out- 111
in- 111, 112, 113, 114
interrelationship in -s 114
- and social energy 110ff.

health
- and disease 16
- problems 401ff.
- in the year 2000 401ff.
»hole in the ego« 18, 19
human ecology 94
human-functions 17, 299, 324
-, central 17, 324
measurement of - 17
-, primary 17, 324
-, secondary 17, 324
humanstructural dance therapy 151ff., 446f.
- and body awareness 152, 153, 154, 155
- and access to own feelings 153, 154, 155
- and group 153, 154, 155
- and integration 153
- and loving ability 446f.
psychological research on - 151ff.
- and the unconscious 152
humanstructural therapy 19
- as identity therapy 19
humanstructure 17, 18, 19, 323ff.
-, deficitary 17
- and social energy 17
humanstructurology 16ff., 152, 323ff.

identity 16, 17, 153, 323ff.
-, conscious 323
-, deficitary 17
- and humanstructure-model 323ff.
-, non-conscious 323
-, social 323
- and social energy 17
- in social psychology 323
identity conflict 323
Indian culture 110ff.
individualism 110ff.
- and collectivism 110ff.
intelligence diagnosis 310f.
- and personality structure 310f.
international politics 475ff.
change of paradigms in - 475ff.
perception in - 475ff.
in-vitro-fertilization 404ff.
psychological aspects of - 404ff.

Lateral -Eye-Movement-Test (LEM) 69

mental health 1/2—XIII, XIV, XVIII, XIX, 110ff.
- and social energy 110ff.
mental illness 111
mother 112, 251

neuroleptics 41, 42
- and depression 41, 42
neuroleptic syndrome 41f.
- and search activity 41f.

oxygen-multistep-therapy according to v. Ardenne 74ff.
- and energy-status 74ff.

parapsychology 107ff.
- and biosemiotics 107ff.
personality 1/2—XVI, 16, 17
- as humanstructure 17
- and social energy 16
personality profile 17
- and Ego-Structure-Test (ISTA) 17
physics 107ff.
- and biosemiotics 107ff.
post-traumatic stress disorder 348ff.
- of Vietnam veterans 348ff.
psyche 20ff.
psychiatrist 87f.
psychiatry 87, 93ff., 125, 340ff.
-, dynamic 1/2—XIIIff., XVI, XVIIff., 16ff, 115
labeling in - 125
patient's rights in - 340ff.
-, social 93ff.
psychiatric thinking 87f.
psychokinetics 107
psychopathology 87, 126
psychopharmaca 74ff. 448ff.

- and eating disorders 448ff.
side-effects of - 74ff.
psychosomatic children 301ff.
families of - 301ff.
psychosomatic disease 16ff., 301ff.
cancer as - 18
- in children 301ff.
psychosomatics 16ff.
- and aggression 17, 18
- and psychotic reaction 17
- and schizophrenia 16ff.
- and search activity 18
psychosomatic patients 17, 18
aggression of - 17, 18
family dynamics of - 18, 301, 302
fear of - 18
personality profile of - 17
therapy of - 18, 19
psychotherapeutic service
in the USSR 413ff.
psychotic reaction 17
- and psychosomatic disease 17
psychotherapist 87
psychotherapy 19
- and cancer 175
- and cardio-vascular diseases 175
- of eating disorders 448ff.
- of psychosomatic patients 18, 19
- of schizophrenia 424, 425

rehabilitation 93ff.
- and social psychiatry 93ff.
systems approach to - 93ff.

schizophrenia 16ff., 251f., 424f.
- and aggression 18
- and communication 126
- and family dynamics 17, 126, 425
holistic view of - 251, 252
- and mother-child-relationship 251
multidimensional view of - 251, 252
outburst of - 125, 126
personality profile in - 17
- and psychosomatics 16ff.,
- and symbiosis complex 126
therapy of - 18, 19, 424, 425
schizophrenic patients 17, 18, 125, 126
fear of - 18
deficitary identity of - 17
narcissism of - 18
symbiotic relations of - 17
schizophrenic reaction 126
search activity 1/2—XVI, 18, 41f.
- and aggression 1/2—XVI
- and neuroleptic syndrome 41f.
- and psychosomatics 18
self 20ff., 112, 126
-, familial 112
spiritual nature of the - 20ff., 112
self-awareness 20ff.
self-conscious mind 20ff.
sleep 27, 276ff.
- and identity 276ff.
NREM- 277, 278
REM- 277, 278
- and social energy 278
sleep research 276ff.
- with EEG 276ff.
social-energetic field 16, 19
- in the dynamic-psychiatric clinic 19
- and group 16
social energy 1/2—XVI, XVII, XIX, 16, 17, 110ff.
- and collectivism 110ff.
- and family 113, 114
- and group 110ff.
- and humanstructure 17
- and identity 17
- and mental health 110ff.
- and personality 16
- and sleep 278
social psychiatry 93ff.
soul 29, 30
symbiosis complex 126
- and schizophrenia 126
system theory 92, 93
- and rehabilitation 92f.
system diseases 174, 175

test psychology, clinical 299f.
therapy 17, 18, 19, 152, 175, 424, 425
working-through of aggression in - 18
-, body-centered 152
dance - 151ff.
efficiency research in - 18, 19, 299, 300
humanstructural - 19
identity - 19
transference 87

unconscious, the 16, 17, 68, 69
- and Autokinetic Light Test (AKL) 68, 69
United Nations 476ff.
- and holistic thinking 477, 478
Third World and - 477
perception competence of - 477, 478

work 395ff.
- and ethics 395ff.
- and morality 395ff.

Ulrich Horstmann
(Kleist-Preisträger 1988)
Der lange Schatten der Melancholie
Versuch über ein angeschwärztes Gefühl
Essen 1985, 118 Seiten, Preis 19,80 DM
ISBN 3-924368-24-4

Ralph Driever (Hrsg.)
Krankheit und Gesundheit in der Kunst
Der ästhetische Ausdruck als Lebens- und Zeitdiagnose
Beiträge von Bazon Brock, Hans Georg Bulla, Hartmut Kraft, Elka Spoerri, Gottfried Waser
Essen 1988, ca. 200 Seiten mit Abb.,
Preis ca. 29,- DM
ISBN 3-89206-219-6 (lieferbar Juli 1988)

Bernhard Rensch
Psychologische Grundlagen der Wertung bildender Kunst
Essen 1984, 136 Seiten m. Abb., Preis 19,80 DM
ISBN 3-924368-14-7

Martin Kurthen
Synchronizität und Ereignis
Über das Selbe im Denken C. G. Jungs und M. Heideggers
Essen 1986, 205 Seiten, Preis 36,- DM
ISBN 3-89206-152-1

Rudolf Heinz
Pathognostische Studien I
Historie - Psychopathologie - Schrift - Tausch/Opfer
Essen 1986, 186 Seiten m. Abb., Preis 28,- DM
ISBN 3-89206-124-6

Rudolf Heinz
Pathognostische Studien II
Psychopathologie - Logik - Sinne/Affekte - Musik - Bildende Kunst
Essen 1987, 235 Seiten m. Abb., Preis 39,- DM
ISBN 3-89206-173-4

Winfried Kohne
Leistungsbewertung
Der Einfluß des Verständnisses von "Anstrengung" und "Fähigkeit" auf die Aufteilung von Belohnungen
Essen 1986, 126 Seiten, Preis 24,- DM
ISBN 3-924368-98-8

Bernhard Kratz
Freuds Ehrgeiz -
seine Lehrer und Vorbilder
Eine psycho-biographische und tiefenhermeneutische Studie
Essen 1987, 365 Seiten m. Abb., Preis 42,- DM
ISBN 3-89206-113-0

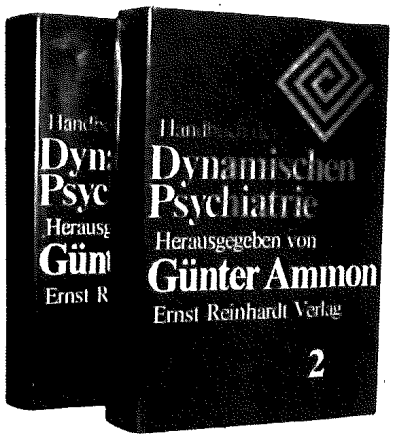
verlag
DIE BLAUE EULE
essen

verlag die blaue eule
geisteswissenschaft
aktienstraße 8
d-4300 essen 11
telefon 0201/680949

Handbuch der Dynamischen Psychia

Günter Ammon (Hrsg.)

unter Mitarbeit der Professores Rothschild (Jerusalem), Rotenberg (Moskau), (Paris), Radermacher (Frankfurt), Kretschmer (Tübingen), Mahlendorf (Sa bara), Wolman (New York), Sherozia (Tbilisi) und Psychiatern und Psychol Berliner Schule um Ammon



»Als Dynamische Psychiatrie basiert sie auf dem Pr Sozialenergie, das allen Bezügen zur Umwelt und zur Arbeit wie zur Erotik systematisch nachgeht Menschen in seiner Ganzheit wie seinen Bezieh ung Gruppe zu betrachten und zu behandeln sucht. Das Konzept besticht durch seinen integrativen C der alle Bereiche der Lebenswelt umgreift und m therapeutischen Optimismus über die seelischen S hinaus einer den ganzen Menschen umfassenden F vorzuarbeiten trachtet.
Prof. H. Schipperges (Heidelberg)

Dieses Handbuch der DYNAMISCHEN PSYCHIATRIE mit Beiträgen von m Wissenschaftlern aus dem In- und Ausland vermittelt einen umfassenden über die Wissenschaftstheorie, Forschungsmethodik und Theoriebildung der schen Psychiatrie und ihrer Behandlungsmethodik. Aus dem humanistischen F nes ganzheitlichen und gruppendynamischen Denkens heraus entfaltet sich die sche Psychiatrie methodenintegrativ in einem ständig wechselseitigen Bezug v und Theorie.

Aus dem Inhalt:

Band I: Definition, Geschichte und grundlegende Entwicklungen theoretis zeptionen wie das Ich-Struktur-Modell, Identität und Unbewußtes, pendynamische und sozialenergetische Prinzip, die Spektraltheorie ßen psychischen Krankheitsbilder – wie Borderline-Syndrom, Schiz Sucht, Drogen, Zwang – und deren Behandlung, Gruppenpsychothe lieutherapie, Jugendlichentherapie, Prävention, Tod und Identit schaftliche Dimensionen u. a.
1979, 927 Seiten, 78 Abb., DM 98,–, ISBN 3-497-00864-8

Band II: Das Prinzip der Sozialenergie und der Methodenintegration, neue nisse aus der Hirnforschung und deren Beziehung zur Humanstruktl Dynamischen Psychiatrie und zu Problemen des Unbewußten. D lungslehre von Uznadze. Schizophrenie- und Anorexia Nervosa – F Behandlungsmethodik und Widerstand, wissenschaftstheoretisch gen, Forschungsmethodik und Ergebnisse dynamisch-psychiatri schung, Arbeit und Tätigsein, Kreativität u. a.
1982, 919 Seiten, 92 Abb., DM 148,– ISBN 3-497-01004-0

Ernst Reinhardt Verlag München/