ISSN 0012-740 X

Dynamische Psychiatrie

Herausgegeben von Günter Ammon

Dynamic Psychiatry

Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse

Antonio Lambertino
Ist der Todestrieb ursprünglich? Eine Antwort auf die Freudsche Theorie

Adam Szymusik/Krystyna Ostoja-Zawadzka/Anna Szymusik
Some Psychosocial Activities in the Therapy of Schizophrenic Patients

Malgorzata Kostecka/Irena Namystowska/Maria Zardecka
Individual Long Term Psychotherapy of Schizophrenia

Béla Buda
Gedanken zur Schizophreniebehandlung

Gertraud Reitz/Thomas Hessel
Das Konzept der Familientherapie in der Dynamischen Psychiatrie Günter Ammons

Mauricio Knobel
Psychotherapy of Psychosomatic Disorders in Adolescence

Dorothee Doldinger/Ulrich Etschmann
Die Bedeutung der Theatertherapie für die Psychotherapie der Psychosen — ein kasuistischer Beitrag

Carlo Bonomi
Entwicklung, Regression und therapeutische Umwelt bei schwerer geistiger Behinderung im Erwachsenenalter: Paradigmenwechsel und Erwägungen aus dem Rehabilitationszentrum ODA in Diacceto

Buchbesprechungen

Nachrichten

24. Jahrgang
3./4. Heft 1991

128/129

»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

24. Jahrgang, 3./4. Heft 1991, Nr. 128/129

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 — R. Ekstein, Los Angeles — Th. Freeman, Antrim — A. Garma, Buenos Aires — F. Hansen, Oslo — I. Jakab, Pittsburgh — M. Knobel, Campinas — A. Lambertino, Parma — U. Mahlendorf, Santa Barbara — A. Mercurio, Rom — L. Miller de Paiva, Sao Paulo — K. Okonogi, Tokio — M. Orwid, Krakow — J.F. Pawlik, Warschau — E. Ringel, Wien — V. S. Rotenberg, Tel. Aviv — F. S. Rothschild, Jerusalem — D. Shaskan, Los Angeles — J.B.P. Sinha, Patna — J. Sutherland, Edinburgh † — Y. Tokuda, Tokio — E. Weigert, Chevy Chase — Wu Chen-I, Peking.

Inhalt / Contents

Antonio Lambertino (Parma)
Ist der Todestrieb ursprünglich? Eine Antwort auf die Freudsche Theorie 123
Is the Death Instinct Original? An Answer to the Freudian Theory 133

Adam Szymusik/Krystyna Ostoja-Zawadzka/Anna Szymusik (Krakau)
Some Psychosocial Activities in the Therapy of Schizophrenic Patients 135
Einige psychosoziale Aktivitäten in der Therapie schizophrener Patienten 138

Malgorzata Kostecka/Irena Namystowska/Maria Zardecka (Warschau)
Individual Long Term Psychotherapy of Schizophrenia 140
Langzeitbehandlung schizophren reagierender Patienten in ambulanter Einzelpsychotherapie 149

Béla Buda (Budapest)
Gedanken zur Schizophreniebehandlung 152
Considerations on Schizophrenia Therapy 157

Gertraud Reitz/Thomas Hessel (München)
Das Konzept der Familientherapie in der Dynamischen Psychiatrie Günter Ammons 160
The Concept of Familiy Therapy in Dynamic Psychiatry of Günter Ammon 173

Mauricio Knobel (Campinas)
Psychotherapy of Psychosomatic Disorders in Adolescence 176
Die Psychotherapie psychosomatischer Störungen bei Jugendlichen 186

Dorothee Doldinger/Ulrich Etschmann (München)
Die Bedeutung der Theatertherapie für die Psychotherapie der Psychosen — ein kasuistischer Beitrag 189
The Importance of Theatre Therapy for the Psychotherapy of Psychoses — A Casuistic Contribution 203

Carlo Bonomi (Florenz)
Entwicklung, Regression und therapeutische Umwelt bei schwerer geistiger Behinderung im Erwachsenenalter: Paradigmenwechsel und Erwägung aus dem Rehabilitationszentrum ODA in Diacceto 206
Development, Regression and Therapeutic Environment in Severe Mental Retardation in Adult Age: Change of Paradigma and Considerations of the Rehabilitation Centre ODA in Diacceto 217

Buchbesprechungen / Book Reviews 221

Nachrichten / News 234

Ankündigungen / Announcements 251

Ist der Todestrieb ursprünglich? Eine Antwort auf die Freudsche Theorie**

Antonio Lambertino (Parma)*

In der vorliegenden Arbeit setzt sich der Autor kritisch mit den Konsequenzen von Freuds Annahme eines ursprünglichen Todestriebes für das Bild vom Menschen auseinander. Dabei bezieht er sich vorwiegend auf die 1920 erschienene Schrift Freuds »Jenseits des Lustprinzips«, in der dieser seine frühere Trieblehre, nach der alle Triebtätigkeit vom Lustprinzip beherrscht werde, revidierte und anstelle des früheren Dualismus von Sexual- und Ich- oder Selbsterhaltungstrieben den von Lebens- und Todestrieb setzte. Der Autor arbeitet heraus, daß diesem Triebdualismus in Wahrheit eine monistische Triebkonzeption zugrundeliegt: der Todestrieb ist für Freud nicht nur ursprünglicher als der Lebenstrieb, das gesamte Triebgeschehen ist letztlich auf den Tod ausgerichtet, der Lebenstrieb dem Todestrieb untergeordnet, der alles Lebendige in seinen ursprünglichen anorganischen leblosen Zustand zurückzuversetzen bestrebt ist. Wenn aber Ziel des Lebens — und nicht nur dessen Ende als eine physiologische Tatsache — der Tod ist, wird dieser uns von Freud auch als Sinn des Lebens angeboten. Sinn verkehrt sich damit in Sinnlosigkeit, da der Tod keine Sinn stiftende Bedeutung für das Leben haben kann. Auch die klinischen Symptome, auf die sich Freud bei der Postulierung des Todestriebes stützte, erfahren eine andere Interpretation durch den Autor: der Wiederholungszwang, der neurotische Patienten immer wieder erneut schmerzhafte Erfahrungen aufsuchen läßt, sei gerade Ausdruck eines verzweifelten Lebenswillens, eines infantilen Befreiungsversuchs mit Hilfe einer demonstrativen Selbstbestrafung. Auch der Selbstmörder wählt den Tod aufgrund einer nicht gelebten Liebe zu einem idealisierten Leben. Da die Annahme eines biologisch verankerten Todestriebes unweigerlich zu therapeutischem Pessimismus und Ohnmacht führt, hat die theoretische Auseinandersetzung des Autors mit den lebensverneinenden Implikationen des Freudschen Denkens eine eminente Bedeutung für die psychotherapeutische Praxis.

Das *Freud*sche Konzept eines Gewissens, das auf einem Selbstzerstörungsdrang beruht, dürfte an sich nicht überraschen. In der Tat ist sie ein fester Bestandteil der Theorie über die gleichzeitigen Prämissen von Lebens- und Todestrieb im Ich. Diese Theorie wird in »Jenseits des Lustprinzips« (*Freud* 1920), also noch vor Erscheinen der Abhandlung »Das Ich und das Es« (*Freud* 1923) systematisch dargestellt. Wir werden uns daher im folgenden auf sie beziehen.

Die Abhandlung »Jenseits des Lustprinzips« stellt eine der radikalsten psychoanalytischen und theoretischen Innovationen *Freud*s dar. Seine dort entwickelte Theorie versteht sich zunächst als eine Ergänzung seiner Trieblehre, die die »Ichtriebe« den »Sexualtrieben« entgegensetzt hatte. Am Ende erklärt der Autor jedoch seine grundlegende Lehre, nach der die Triebtätigkeit im wesentlichen hedonistischen Charakters ist, für überholt und setzt ihr die neue Theorie gewissermaßen entgegen.

Nicht etwa in der Absicht, den Monismus *Jung*s zu überwinden, sondern aus reinem Selbstbestätungsdrang, zeigte *Freud* bei der Entdeckung der dualistischen und dialektischen Theorie des Gefühlslebens, die unterstreicht, daß zusätzlich zum Lebenstrieb ein zu ihm im »scharfen Gegensatz« stehender[1] Todestrieb existiert, eine gewisse anfängliche Abneigung.

* Prof. Dr. phil., Direktor der philosophischen Fakultät der Universität Parma

** Vortrag gehalten auf dem 8. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry

[1] WADP / XXI. Internationales Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 5.—8. Oktober 1990 in der Hochschule der Künste Berlin

Dieses Unbehagen zeigt sich zum einen an seiner Befürchtung, daß sich der Verzicht auf den Glauben an einen dem Menschen innewohnenden »Vervollkommnungstrieb« als schwierig erweisen könnte, zum anderen an seiner Überzeugung, auf eine »ungewöhnliche« Theorie gekommen zu sein, die er in einem Brief vom 1. August 1919 an *Lou Andreas-Salomé* äußerte, und schließlich an einem Satz aus dem Brief vom 18. Juli 1920 an *Eitingon,* nämlich daß »viele den Kopf schütteln werden, wenn sie das lesen werden«.

Bezeichnend ist aber vor allen Dingen das lange Zaudern eines Autors, der es mit dem Publizieren für gewöhnlich recht eilig hatte. Vom Frühjahr 1919 bis zum Dezember 1920 schwankte er hin und her, dann entschloß er sich endgültig zu einer Veröffentlichung. Bereits sein Eingeständnis gegenüber *Eitingon* am 31. Oktober 1920, er habe ob der Entscheidung zur Veröffentlichung der Abhandlung »ein ruhiges Gewissen«, stellt eine excusatio dar, die wiederum eine tiefe innere Qual zeigt. »Viele, darunter auch manche Analytiker«, unter ihnen auch *Jones,* »schüttelten den Kopf über die neuen Ideen, ja sie tun dies noch heute« (*Jones* 1960). Daher überrascht es nicht, daß »Jenseits des Lustprinzips«, die einzige Abhandlung war, die bei den Schülern *Freuds* keine allgemeine Zustimmung fand. In »Das Unbehagen in der Kultur« bekennt der Autor, daß er sich nach langem Widerstand gewissermaßen abgefunden habe, die Idee eines Destruktionstriebes als Komponente des Seelenlebens zuzulassen: »Ich erinnere mich meiner eigenen Abwehr, als die Idee des Destruktionstriebes zuerst in der psychoanalytischen Literatur auftauchte, und wie lange es dauerte, bis ich für sie empfänglich wurde« (*Freud* 1929)[1]. Während diese Theorie in »Jenseits des Lustprinzips« »anfangs nur versuchsweise« entwickelt wird, so wird sie später »eine solche Macht« über ihn gewinnen, daß er »nicht mehr anders denken kann« (*Freud* 1929), oder aber, wie wir in einem Brief vom 7. Februar 1930 an *Pfister* lesen, zu einer »unvermeidlichen Annahme«.

Beim Todestrieb haben wir es jedoch mit einem Trieb zu tun, der dem Lebenstrieb widerspricht, da er ihn unterdrückt. Er scheint nicht nur dazu bestimmt zu sein, die Hegemonie des Lustprinzips, sondern auch das allgemeingültige und absolute Gesetz der Lust als Regelprinzip des Seelenlebens in Frage zu stellen. Dem Drang zur Lust wird nun in der Tat ein nicht weniger starker Drang zur Unlust entgegengesetzt, der nicht weniger »primär« ist.

Das Vorhandensein eines Unlust- und Todestriebes in der menschlichen Psyche, der nicht auf das Lustprinzip und das Prinzip des Lebens zurückführbar, ja gegen dieselben ist, will der Autor mit ihrer biologischen und psychischen Notwendigkeit belegen. Daher wird das Leben, dessen Ursprung in der unbelebten Materie liegt, durch einen Trieb aufrechterhalten, der den Lebenden in seinen ursprünglich anorganischen Zustand »zurückkehren« läßt (*Freud* 1920). Die psychische Notwendigkeit hingegen liegt im »Wiederholungszwang« schmerzlicher Erfahrungen, was sich an empirisch nachweisbaren klinischen Symptomen zeigt. Die Träume von Patienten, deren Neurose beispielsweise durch ein traumatisches Erlebnis bedingt ist, fixieren sie auf jenes Erlebnis und führen sie immer wieder zu ihm zurück. Die Hysteriker leiden ihrerseits zum großen Teil

unter schmerzhaften Reminiszenzen. Bei der Übertragung geschieht es außerdem, daß der Patient sich an das Verdrängte erinnert, oder es vielmehr in Form eines neuen schmerzlichen Erlebnisses wiedererlebt. Die sadistische Komponente des Sexualtriebs ist nach *Freud* ein weiterer Beleg für das Vorhandensein des Todestriebes, vielmehr dessen »Repräsentant« (*Freud* 1923). Eine weitere Bestätigung für diesen Drang sieht *Freud* im Kinderspiel. Bei seinem Enkel beobachtete er, daß er in Abwesenheit seiner Mutter Spielzeuge immer abwechselnd verschwinden und wieder auftauchen ließ. Bei der Wiederholung dieses Spiels erhielt das Verschwinden, also eine an sich schmerzliche Erfahrung, eine selbständige Bedeutung, es wurde gegenüber der Phase des Wiederauftauchens zum Selbstzweck.

Eine eingehendere Beschäftigung mit dem Wesen des Unlustprinzips führt *Freud* zu der Einsicht, daß es, evolutionistisch gesprochen, einen »konservativen oder besser regredierenden (. . .) Charakter« besitze, der »danach trachtete, sich abzugleichen«, also »der erste Trieb«, um »zum Leben zurückzukehren« sei (*Freud* 1920). Mit anderen Worten, neigt der Todestrieb — im Gegensatz zum Sexual- oder erotischen Trieb, der der Lebenserhaltung dient — so wie er aus der Belebung unbelebter Materie entstand, später dazu, den leblosen Zustand wieder herzustellen. Der Urzustand sei nämlich anorganisch gewesen, danach sei ein Elementarorganismus gefolgt, dieser »würde sich von seinem Anfang an nicht haben ändern wollen« wenn nicht »äußere Störungskräfte« hinzugetreten wären (ebd.).

Neben dem Todestrieb steht von Anfang an der Lebens- oder Lusttrieb. In ihm sind Partialtriebe wie die »Selbsterhaltungs-, Macht- und Geltungsbetriebe« (ebd.) vereinigt, die Mühe des Eros, das Leben in Abhänglichkeit von immer größeren Einheiten zusammenzuhalten. Diese erotische Spannung ersetzt nach *Freud* auch den sogenannten »Vervollkommnungstrieb«, »den wir [. . .] unmöglich allen Menschen zuschreiben können« (ebd.), jenen Hang also, der den Menschen sowohl intellektuell als auch moralisch nach Vervollkommnung streben läßt und der Psychoanalyse Material und Anregung für ihre künftige Entwicklung sein wird. Den Erostrieb setzt *Freud* daher mit dem Lebenswillen und mit jeglicher Form der Ichentfaltung gleich.

Das Neue an der in »Jenseits des Lustprinzips« entwickelten Theorie *Freuds* besteht darin, daß der Lebenstrieb nicht nur eine wesentlich geringere »theoretische Bedeutung« als der Todestrieb hat, sondern auch darin, daß seine Funktion und Finalität sich nicht wesentlich von der des Todestriebes unterscheiden. Der Lebenstrieb hat lediglich die Funktion, zu gewährleisten, daß der Organismus »auf eigenem Weg« auf den Tod hinlenkt. Während der Todestrieb simpliciter den anorganischen Zustand wiederherzustellen sucht, hat der Lebenstrieb die Funktion, alle Möglichkeiten zur Rückkehr zum anorganischen Zustand, die nicht organismusimmanent sind, zu unterbinden. Um mit *Freud* zu reden, schützen wir uns beispielsweise vor einem Brand oder einer Krankheit nicht etwa, weil unser Lebenstrieb das Leben unbedingt erhalten wollte, sondern weil wir nicht vorzeitig eines gewaltsamen, unnatürlichen Todes sterben wollen.

Diese Polemik richtet sich auch gegen *Jung*. Man sollte nicht mehr auf das »rätselhafte [. . .] Bestreben des Organismus, sich aller Welt zum Trotz zu behaupten«, zählen. »Es erübrigt sich, daß der Organismus nur auf seine Weise sterben will [. . .] Dabei kommt das Paradoxe zustande, daß der lebende Organismus sich auf das energischste gegen Einwirkungen (Gefahren) sträubt, die ihm dazu verhelfen könnten, sein Lebensziel auf kurzem Wege (durch Kurzschluß sozusagen) zu erreichen«. Die Sexualtriebe streben »nur eine Verlängerung des Todesweges« an (ebd.).

Diese biopsychische Sichtweise legt als erstes den Gedanken nahe, daß der Trieb als solcher nach *Freud* zum Tode strebt: »das gesamte Triebleben [. . .] dient der Herbeiführung des Todes« (ebd.); »Beide Triebe benehmen sich dabei im strengsten Sinne konservativ, indem sie die Wiederherstellung eines durch die Entstehung des Lebens gestörten Zustandes anstreben« (*Freud* 1923). Das Existieren von Lebenstrieben — wie die der Selbsterhaltung und der Kraft, der Selbstbestätigung sowie Sexumltriebe —, die zu dieser Annahme »in merkwürdigem Gegensatz« (*Freud* 1920) stehen, verliert seinen umstrittenen Charakter, wenn man berücksichtigt, daß auch die Lebenstriebe auf den Tod ausgerichtet sind, wenn auch »auf eigenem Weg«, also auf spontane und natürliche Weise.

Die zweite Überlegung betrifft die Tatsache, daß der Unlusttrieb oder Todestrieb nach *Freud* sogar »ursprünglicher« als der Lust- oder Lebenstrieb ist. Der Wiederholungszwang schmerzlicher Erlebnisse ist für den Autor »ursprünglicher, elementarer, triebhafter als das Lustprinzip« (ebd.). Eine plausible Begründung dieser Behauptung gelingt *Freud* jedoch nicht. Bereits die biologische Voraussetzung des anorganischen Urzustandes des Lebewesens ist eine bloße Behauptung. *Freuds* Axiome lassen sich auch durch Phänomene psychischer Natur nicht belegen. Daß der Wiederholungszwang schmerzlicher Erlebnisse »ursprünglicher« und »triebhafter« als der Lustinstinkt sei, scheint sowohl die objektive als auch die subjektive menschliche Erfahrung zu widerlegen und könnte höchstens auf klinische Fälle zutreffen. Im Grunde deutet das Unluststreben des Menschen nicht auf eine absolute Intention hin und bezweckt eigentlich paradoxerweise die Erfüllung eines anderweitig nicht realisierbaren Wunsches. Man strebt sub specie boni nach dem Bösen. Das Suchen des Bösen ist also keineswegs »ursprünglicher«, sondern ist lediglich ein Mittel, um das gewünschte Gute zu erhalten. Konkreter gesagt, hat das Luststreben psychisch oder intentional Vorrang vor dem Unluststreben, das eigentlich nichts anderes ist als eine Parodie des ihm nur scheinbar widersprechenden ersteren. *Freud* war übrigens der Ansicht, daß sogar Bestrafungsträume auf ein eigentümliches Befriedigungstreben hindeuten.

Und damit kommen wir zur letzten Überlegung. *Freud* formuliert in »Jenseits des Lustprinzips« nicht nur einen Todestrieb im Menschen in Koexistenz mit dem Lebenstrieb — damit allein hätte er noch nichts Originelles formuliert —, sondern scheint den Lebenstrieb dem Todestrieb auch teleologisch unterzuordnen.

Der Autor behauptet unmißverständlich, daß das »Ziel« des Lebens der Tod sei. »Wenn [. . .] alles Lebende aus inneren Gründen stirbt, ins Anorganische zurückkehrt, so können wir nur sagen: Das Ziel alles Lebens ist der Tod«. In Korrelation mit diesem Prinzip dient »das gesamte Triebleben der Herbeiführung des Todes«, beide Triebe streben die Wiederherstellung des Todeszustandes an (ebd.). »Das Lustprinzip scheint geradezu im Dienste der Todestriebe zu stehen« (*Freud* 1920). Das Streben nach dem Tode wird somit für allgemeiner als der Drang zum Leben erachtet, gewissermaßen als das einzige nicht abgeleitete Prinzip: die Funktion des Lustprinzips wird vielmehr zum »allgemeinsten Streben« aller Lebewesen, dem der Rückkehr in einen ruhigen, anorganischen Zustand (ebd.). Diese Hypothese könnte gar »jene Vereinfachung [. . .], nach der wir in der wissenschaftlichen Arbeit streben« (*Freud* 1929) bringen; da also der Lebenstrieb auf den Tod ausgerichtet ist, wird der Todestrieb gewissermaßen zum alleserklärenden Urprinzip. Hiermit scheint an die Stelle des Triebdualismus die Vorstellung eines einzigen, zudem regressiven Drangs zu treten, der nach der Wiedererlangung des Ruhestandes strebt, der durch die Entstehung des Lebens gestört worden war. Die dualistische Konzeption scheint mit anderen Worten durch eine unerwartete monistische Deutung der Psyche in Frage gestellt zu werden — sowohl durch die »ursprünglichere« Rolle, die dem Todestrieb zukommt, als auch durch das einzige Endziel der Triebe.

Wollten wir uns natürlich streng an die Semantik der Begriffe »Zweck«, »Ziel«, »im Dienste von« »Streben« halten, so müßten wir zu der Ansicht gelangen, daß der Todestrieb bei *Freud* als eine aktive dynamische Kraft auftritt, die alles Leben positiv auf den Tod ausrichtet. Was insbesondere den Menschen betrifft, bei dem der Instinkt nicht nur eine biologische, sondern auch eine psychische Dimension besitzt, sollte man annehmen, daß er nicht nur auf der objektiven, sondern auch auf der subjektiven Ebene, also absichtlich und vorsätzlich den Tod anstrebe, gleichsam als suche und wünsche er den Tod auch dann, wenn er zunächst das Leben und die Lust sucht. Nicht nur bei klinischen Fällen (wie bei der Depression und der Melancholie) ist das Auftreten von Selbstmordgedanken zu beobachten, sondern jeder Mensch strebt — wenngleich dieses Streben keine pathologischen Formen annimmt — absichtlich seine Selbstzerstörung an.

Unter dieser Voraussetzung erscheint uns die Frage, ob *Freuds* Triebtheorie im biophilen oder nicht vielmehr im nekrophilen Sinne zu interpretieren ist, mehr als gerechtfertigt. Sieht *Freud* die tiefere Bedeutung des Menschen in Lust und Leben oder in Unlust und Tod? Stellt der Tod für *Freud* nur die letzte chronologische Etappe des Lebenswegs dar, oder nicht vielmehr dessen eschatologischen Grund? Die von uns behandelten Abschnitte aus »Jenseits des Lustprinzips«, der einzigen Abhandlung, die sich vornehmlich und explizit mit dieser Thematik beschäftigt, zeigen ohne Zweifel, daß *Freud* bei der Korrelation der beiden Triebe den Unlust- und Todestrieb als letztendliche Bedeutung und Existenzberechtigung, als innere Finalität des Lebens- und

Lusttriebes darstellt. Auch wenn der Todestrieb nach *Freud* untrennbar mit dem Lebenstrieb zusammenhängt, so wird er jedoch innerhalb dieser dialektischen Wechselbeziehung zum teleologischen Moment des Lebens erhoben. Dies scheint uns der größte Irrtum, dem der Autor bei der dialektischen Korrelation der beiden Triebe in »Jenseits des Lustprinzips« unterlaufen ist. Die Annahme, daß der Tod das letzte Ergebnis des Lebens sei, läßt keineswegs den Schluß zu, daß der Tod das eigentliche Streben des Lebens sei. Die entwicklungsgeschichtliche Bedeutung des Verbs streben ist nicht mit seiner teleologischen Bedeutung zu verwechseln. So wie der Begriff Ende in diesem Fall nicht auf den Begriff Zweck zurückzuführen ist, ist auch der Begriff des Anfangs nicht auf den der Ursache zurückzuführen. Es ist unzulässig, aus der Tatsache, daß auf das Leben notwendigerweise der Tod folgt, zu schließen, daß der Tod dessen Zweck ist; die Dimension des post ist nicht mit der des propter quid zu verwechseln. Daher wird die Unterscheidung von Ende im Sinne von Bedeutung und Ende im Sinne von Zweck notwendig. Das Ende eines Vor-Gangs, eines Werdens, fällt nicht immer mit seinem Zweck zusammen. Nicht sein Lebenszweck, sondern sein Lebensende macht den Märtyrer zu einem solchen. Die Hündin beabsichtigt, ihr Junges zu verteidigen, ihre Verteidigung kann jedoch zuweilen dessen Tod zum Ergebnis haben, ohne daß jener Tod Ziel und Zweck ihres Vorgehens andeuten würde. Man kann sich ein Lebewesen vorstellen, dessen Dasein zeitlich begrenzt ist und das einem bestimmten biologischen Rhythmus unterliegt, dessen Schicksal folglich ein begrenztes Leben ist, ohne daß man jedoch deshalb annehmen muß, daß dessen Zweck der Tod sei. Allein die durch biologische Faktoren bedingte innere Notwendigkeit des Todes, auf die *Freud* sich beruft, beweist an sich noch nicht, daß der Lebende lebt, um zu sterben. Die Schlußfolgerungen des Autors lassen sich weder durch biologische noch durch philosophische Argumente ausreichend stützen, sie sind vielmehr Ausdruck seiner Weltanschauung. Somit haben wir den Eindruck, daß sein Erklärungsversuch des rätselhaften Sinnes des Todes den Sinn des Lebens abwertet und verfälscht. Vielleicht wollte *Freud* mit diesen (wenn auch schwachen) Argumenten lediglich den Einwand der Biologen entkräften, daß sich die Theorie des Instinktes als Regressionstendenz oder als ein Anstreben der Wiederherstellung des früheren Zustandes durch den Wachstumsinstinkt widerlegen lasse, der den Organismus nach fortwährender Erneuerung und Vollendung streben läßt. In der Tat konnte er dem immer entgegenhalten, daß es sich beim Wachstumsinstinkt um einen Instinkt handelte, der lediglich vorübergehend Wachstum bewirkt, um sich dann später zu einem Schrumpfinstinkt zu wandeln. Für den Menschen aber, dessen Sein sich nicht auf eine rein biologische Dimension reduzieren läßt, stellt sich diese Problematik völlig anders dar. Während die Finalität des Lebens des einzelnen Tieres mit dem Streben nach der Arterhaltung ausreichend erklärt ist, wären für den Menschen, dessen individuelles Sein ein Selbstzweck ist und nicht zu einem reinen Werkzeug der biologischen Weitergabe von Genen vereinfacht werden kann, weitere Kriterien notwendig. Der Mensch lebt nicht nur, er hat

auch einen Sinn des Lebens und beabsichtigt sein Beharren im Sein und die Transzendenz des Todes. Der Mensch »sträubt« sich »gegen dieses Zerfließen ins Nichts« (*Schopenhauer* 1859). Dieses unbezwingbare Bedürfnis der Überwindung des Zeitlichen, das zwar für sich allein noch kein Anzeichen für seine Bestimmung zu einem metazeitlichen Leben ist, verlangt zu Recht eine Antwort. Ein so starker, so wenig zufälliger oder nebensächlicher Wunsch, der das Innere des Menschen erfüllt, kann sein Sein, das ihn hervorgebracht hat, mit dem er sich identifiziert, nicht unbetroffen lassen; jener Wunsch ist ein ontologischer Konflikt, kein optatives psychisches Streben. Es genügt auch nicht, ihn mit der Behauptung abzutun, daß er ein Anzeichen psychischer Unreife sei, selbst wenn diese Dimension zuweilen auch bei einer nicht reflektierten Existenz nicht überschritten wird.

Das Ereignis des Todes ist als physiologische Tatsache, als Zeichen eines biologischen Zyklus und als dessen Vollendung — in diesem Sinne kann man auch von biologischer Notwendigkeit des Todes sprechen — verständlich. Als Sinnstiftung für das Leben, als sein Endziel, erweist es sich jedoch als unzulänglich. Die zeitliche Beendung eines Abschnitts kann nicht dessen Bedeutung konstituieren. Der Tod kann einen deskriptiven Wert haben, nicht aber einen hermeneutischen oder sinnkonstituierenden Wert; insofern als er einen Ausfall der Vitalfunktionen beinhaltet, ist er keine positive Entität und kann als solcher auf der semantischen Ebene keine eschatologische Funktion haben. Da der Tod Fehlen von Sein, und somit Fehlen von Bedeutung ist, kann er dem Leben keine Bedeutung verleihen. Ratione sui ist er absolute Sinnlosigkeit. In Anbetracht des untrennbaren Zusammenhangs zwischen der Finalität eines Wesens und seines Innersten könnte der Tod, wäre er wirklich Zweck des Menschen, das gesamte Sein des Menschen erklären. Im Grunde lehnt der Mensch es ab, den Sinn des Lebens im Nicht-Leben zu suchen, so wie er es ablehnt, den Sinn des Seins in das Nicht-Sein und den Sinn in die Sinnlosigkeit zu verlegen. Auch wenn der Zweck des Lebens nach *Freud* nicht das absolute Nichts ist, sondern der Tod im Sinne einer Rückkehr in einen anorganischen Zustand, als Übergang zu einer neuen Seinsmodalität, so ergibt sich aus seinen Ausführungen de facto nichts anderes als das endgültige Nicht-Sein des Menschen, das auslöschende Nichts.

Der theoretische Standpunkt *Freuds* — der es eigentlich ablehnte, Philosophie zu betreiben! — scheint zunächst nach eigenen Aussagen der allgemein bekannte Standpunkt *Schopenhauers* zu sein: »Plötzlich erkennen wir, daß wir unversehens in den Hafen der Philosophie *Schopenhauers* eingelaufen sind, für den ja der Tod 'das eigentliche Resultat' und insofern Zweck des Lebens ist, der Sexualtrieb aber die Verkörperung des Willens zum Leben« (*Freud* 1920).

Abgesehen davon, daß die »voluntas« *Schopenhauers* nicht einseitig als erotischer oder sexueller Impuls, sondern als Drang zum Handeln, Denken und Wollen, als Impuls zur Existenz, zur Verwirklichung und zur Selbstbestätigung zu verstehen ist, erscheint die »noluntas« insofern als sie in der Ablehnung der Totalität der Existenz besteht, nur aus der Sicht dessen als ein

Sprung ins Nichts, der sich in der Welt befindet; in Wahrheit ist sie die Flucht vor dem Nichts. Ihr Ende ist nicht das absolute Nichts. Die Auflösung der Welt und der »voluntas« führt zur Verwirklichung positiver Dimensionen, die *Schopenhauer* als »Friede, der höher als die Vernunft« ist, als »tiefe Ruhe, unerschütterliche Zuversicht und Heiterkeit« (*Schopenhauer* 1859) beschreibt.

Für *Freud* hingegen konstituiert das Nichts, oder die Rückkehr zur anorganischen Ruhe, zumindest seinen Aussagen aus »Jenseits des Lustprinzips« zufolge, die letztendliche Perspektive des Menschen. Sein Pessimismus — der zu einem zumindest bedingten Nihilismus wird — erscheint uns daher viel ausgeprägter als der Pessimismus *Schopenhauers*. Gelingt dem Autor eine hinlängliche Begründung? Folgendermaßen äußert er sich am 7.2.1930 in einem Brief an *Pfister:* »Mein Pessimismus erscheint mir also als ein Resultat, der Optimismus meiner Gegner als eine Voraussetzung«. Wie wir bereits unterstrichen haben, ermangeln seine Ausführungen jedoch einer wahren Rechtfertigung. Dies bestätigt auch die folgende Aussage des Autors, in der er seine Unsicherheit eingesteht: »Die Behauptung des regressiven Charakters der Triebe ruht allerdings auf beobachtetem Material, nämlich auf den Tatsachen des Wiederholungszwangs. Allein vielleicht habe ich deren Bedeutung überschätzt« (*Freud* 1920).

Die Interpretation klinischer Symptome, auf die sich die Todestriebtheorie stützen sollte, scheint die ihr von *Freud* zugewiesene Funktion nicht zu erfüllen. Hierzu sei allgemein bemerkt, daß sie nicht für den normalen Menschen, sondern lediglich für den pathologischen Fall gelten, daher scheint uns die Ableitung eines allgemeingültigen Gesetzes für den Menschen als solchen nicht zulässig. Insbesondere der Wiederholungszwang schmerzlicher Erlebnisse — sowohl beim Kinderspiel als auch bei der traumabedingten Neurose oder der analytische Übertragung — ist nach unserem Dafürhalten an sich kein Ausdruck eines eigentlichen Regressionsdranges, sondern lediglich eines Stillstandes im Seelenleben. Er ist zwar ein Anzeichen für das Vorhandensein eines Triebes, der als vorläufiges Ziel die Unlust anstrebt, zeigt aber auch ein dunkles und fernes Luststreben, die Suche nach einer neuerlichen Befriedigung; es ist der infantile Versuch, die Aufmerksamkeit, Hilfe und Liebe anderer widersinnigerweise über den Weg der Selbstbestrafung zu erlangen, die ihrerseits einen verzweifelten Lebenswillen ausdrückt. Das vorläufige Unluststreben bezweckt daher — und dies wäre ein wirkliches, wenn auch unbewußtes tiefes Urstreben — die Befreiung von einer schmerzlichen Situation. Der Unlusttrieb strebt daher, wenn auch auf einem scheinbar widersprüchlichen Weg, letztendlich nach einer neuen Lebensmodalität. Demnach ist der Unlusttrieb nicht mit dem Todestrieb zu verwechseln: ersterer kann auf seine Weise Zeichen für einen Lebenstrieb sein. Die aggressive oder sadistische Komponente des Sexualinstinkts — die losgelöst von der Liebesfunktion pervertiert — ist kein unbedingtes Anzeichen für einen Todestrieb, insofern als ihr Primärzweck nicht in der Unlust des Partners besteht, sondern in der eigenen Lust; das Leiden des Anderen wird hier nicht als Selbstzweck betrachtet, sondern

vielmehr als Mittel zur Erzeugung eines, intensiveren, wenn auch anormalen Lust- und Lebensgefühls[2]. Der Selbstmörder geht nicht aus absoluter Liebe zum Tod aus dem Leben, sondern aus einer eigentümlichen, nicht gelebten Liebe zum Leben. Er liebt das Leben als solches und macht es zu einem Ideal. Er verweigert sich nicht dem Leben an sich, sondern seinem Leben, weil es seinem Lebensideal nicht entspricht. Der Selbstmörder liebt das wahre Leben zu sehr, als daß er sein Leben, das er nicht für das wahre Leben hält, weiterführen könnte. Er lehnt nicht das Leben als Quelle der Freude ab, sondern das Leben, als Ursache unerträglicher Frustationen, er verweigert sich dem Leben, das er, wenn auch aus nicht eigentlich rationalen Gründen, nicht mehr für Leben, nicht mehr für lebenswert hält. »Daß wir so sehr das Nichts verabscheuen«, meint *Schopenhauer,* »ist nichts weiter, als ein Ausdruck davon, daß wir so sehr das Leben wollen« (*Schopenhauer* 1859). Dem könnten wir hinzufügen, daß der sehnlichste Wunsch des Selbstmörders nach dem Nichts ein weiterer Ausdruck dafür ist, wie sehr er das Leben liebt. Hierzu sei eine suizidpsychologische Bemerkung erlaubt.

Der Selbstmörder betrachtet den Tod nicht als ein absichtliches Streben nach dem absoluten Nichts (das keinerlei Anreiz darstellen würde), sondern als geplantes Anstreben eines objektiven Nichts, das er als subjektive Seinsmodalität, also »ad modum entis«, als kleineres Übel, oder als, wenn auch subjektiv, positives Gutes betrachtet, als das Bestmöglichste in einer bestimmten kontingenten Situation, oder als eine angesichts mangelnder Alternativen relativ optimale Lösung. Kurz gesagt, der Selbstmörder sieht im Tod einen paradoxen Weg zur Befreiung (man denke beispielsweise an das unbewußte Bedürfnis der Buße).

Wiederum mit *Schopenhauer* könnte man sagen, daß der Selbstmörder nicht das »nihil negativum«, sondern das »nihil privativum« sucht. Alles in allem wollen wir damit jedoch nicht behaupten, daß der Mensch, insbesondere bestimmte pathologische Fälle, keinen Todestrieb besäße. Wir stellen lediglich in Abrede, daß der Todestrieb »ursprünglicher« und »allgemeiner« als der Lebenstrieb ist. Damit verneinen wir auch die Existenz des primären Masochismus, also eines positiven angeborenen und selbständigen und bereits vor der Projektion oder der Innenlenkung der Aggressionen vorhandenen Drangs zur Selbstunterdrückung, wie in *Freud* in »Das Ökonomische Problem des Masochismus« vertritt. Vielmehr ist das auf sich selbst Richten des Todestriebs, das keineswegs den Zweck des Lebenstriebes darstellt, ein einzigartiges und tragisches Zeugnis für einen unausgesprochenen Überlebenswillen[3].

Anmerkungen

1 Es sei daran erinnert, daß *Sabina Spielrein,* anfänglich eine Patientin *Jungs* und später selbst Analytikerin — die damals mit *Freud* bereits bekannt war (vgl. Brief an *Jung* vom 5. Dezember 1911) — 1912 »Die Destruktion als Ursache des Werdens« im »Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologi-

sche Forschungen« veröffentlicht hatte. Dort behauptete die Autorin unter Berufung auf die Erkenntnisse *Stekels,* daß es neben dem Libidotrieb einen Destruktionstrieb gebe. Insbesondere zeigte sie, daß der Reproduktionsinstinkt aus zwei antithetischen Komponenten besteht, dem Geburtsinstinkt und dem Destruktionsinstinkt. Es vergingen also gut acht Jahre, bis *Freud* in »Jenseits des Lustprinzips« seine Theorie entwickelte. Im Grunde genommen behauptete er, obwohl er zugibt, daß »ein ganzes Stück« seiner Spekulationen von der *Spielrein* »vorweggenommen« worden sei — die, so »inhalts- und gedankenreich« ihr Werk auch sein mochte, ihm dennoch »nicht ganz durchsichtig« sei (*Freud* 1920) — er habe seine Gedanken weder von *Stekel,* von der *Spielrein,* noch von anderen Denkern, die sich vor ihm mit dieser Thematik bereits beschäftigt hatten, übernommen (*A. Staerke*). »Introducion to the Dutch Translations of Freuds »Civilized« Sexual Ethic and Modern Nervous Illness«, Leyden, 1914, *O. Rank* »Der Künstler«, Wien 1907). Was nun *Wilhelm Stekel* betrifft, so war auch *Freud* bekannt, daß dieser 1911, also ein Jahr vor Erscheinen der genannten Abhandlung *Spielreins,* bereits »Die Sprache des Traumes« veröffentlicht hatte. Dort hatte er nicht nur die gleichzeitige Präsenz der Haß- und Liebestriebe im Menschen theoretisch gefaßt, sondern auch behauptet, daß der Haß, nicht die Liebe, die primäre Gefühlsbeziehung zwischen den Menschen bestimme (vgl. *Freuds* Bezugnahme in »Die Disposition zur Zwangsneurose«, 1913). *Freud* ist hingegen erfreut, seine Erkenntnis bei *Empedokles* wiederzufinden und nur aus diesem Grund verzichtet er auf das »Prestige der Originalität«. Es ist möglich — vermutet der Autor —, daß hierbei weit zurückliegende Reminiszenzen aus der Gymnasialzeit beteiligt waren. Nach *Empedokles* unterliegen Welt und Seelenleben bekanntlich zwei Regelprinzipien, Liebe und Haß, Vereinigung und Trennung, die einander ewig bekämpfen. »Umsomehr muß es mich erfreuen, als ich unlängst unsere Theorie bei einem der großen Denker der griechischen Frühzeit wiederfand« (*Freud* 1937). Dem ist im übrigen hinzuzufügen, daß *Freud* die beiden Mit-Prinzipien nur auf die Lebewesen anwandte, während *Empedokles* sie auf das gesamte Universum angewandt hatte. Zudem entwickelte sich bei Freud das Prinzip der Trennung zum Todestrieb weiter. Zur historischen Entstehung des Todesinstinkts bei *Freud* vgl. *Maurits Katan,* Precursors of the Concept of the Death Instinct, in Psychoanalysis. A General Psychology, hrsg. von *R.M Loewenstein. L.M. Newman, M. Schur, A.J. Solnit,* New York 1966.

2 Auch die Grausamkeit von Tieren ist nicht immer mit der Absicht verbunden, Schmerz zu verursachen, wenngleich dies häufig so ausgelegt wird. Fleischfresser halten beispielsweise zuweilen den Nacken ihres Weibchens fest in ihren Fängen. Dieses Verhalten, das an eine Vergewaltigung erinnern könnte, ist das Äquivalent zu unserer sexuellen Umarmung. »The bite is strongly inhibited, so that the teeth do not harm the female. This is the pattern of behaviour a parent carnivore employs towards its young when carrying them from place to place. The male is, in effect, treating the female like a cub or a kitten« (*D. Morris,* Instimat Behaviour, New York 1971, S. 80).

3 Ohne uns an einem rein äußerlichen Kriterium festhalten zu wollen, sei uns gestattet, daran zu erinnern, daß *Aristoteles* die Immanenz des psychischen Phänomens der Lust im Tätigsein des Menschen für so stark und den Zusammenhang zwischen Tätigsein und Lust für so unauflöslich hält, daß er sich die »Frage« stellte, ob es das Leben (als Gesamtheit von Tätigkeiten) ist, das uns die Lust lieben läßt oder ob es nicht eher die Lust ist, die uns das Leben lieben läßt: »während die Lust der Tätigkeit ganz nahe und so wenig von ihr zu scheiden ist, daß man sogar zweifeln kann, ob Tätig-sein und Lust nicht identisch sind (Nikomachische Ethik). Wie wir wissen, wird er im zehnten Buch als Lösung nicht die Lust mit der Tätigkeit gleichsetzen, sondern die Tätigkeit als Zweck der Lust und die Lust als natürliche Vollendung der Tätigkeit betrachten.

Is the Death Instinct Original? An Answer to the Freudian Theory

Antonio Lambertino (Parma)

Main topic of this paper is to discuss the *Freud*ian concept of an original death instinct and its consequences for the understanding of man and the view of life.

The author mainly refers to the article of *Freud* »Beyond the pleasure principle« (1920), in which *Freud* introduced a new concept of instinct. He revised his earlier theory of the instincts, according to which the pleasure principle dominated all instinctual activity and postulated the existence of a life instinct and a death instinct instead of the former dualism of sexual and ego- or self-preservative instincts.

Freud himself at first was sceptical about his own discovery; he hesitated for a long time before publishing his new ideas. Actually »Beyond the pleasure principle« was the only treatise which was not accepted by all of his disciples.

Freud tried to verify his assumption of a death instinct by proving its biological and psychological necessity. Life has its origin in the inorganic inanimate matter and the death instinct as a regressive instinct tends to return to this original condition.

The psychological necessity according to *Freud* is implied in clinical phenomena as the compulsive repetition of painful experiences and in the sadistic components of the sexual instinct.

Lambertino states that underlying the dualism of instincts in the last version of *Freuds* theory of the instincts is a monistic concept: the death instinct is conceived to be more original than the life instinct; all the instinctual activities are orientated towards death; teleologically, the life instinct is subordinated to the death instinct.

When death becomes the goal of life — and not only its biological end as a fact of physiology — death turns out to be the meaning of life, too.

The author points out the absurd consequences of the *Freud*ian assumption which results in senselessness, as death never can give meaning to life.

The clinical symptoms *Freud* is referring to in postulating a death instinct are interpreted by *Lambertino* in a different way. According to him the compulsive repetition of neurotic patients is the expression of a desperate will to live, an infantile liberation attempt in form of an appellative self-punishment.

The aggressive and sadistic components of the sexual instinct do not prove the existence of a death instinct either: the primary goal is not to cause unpleasure to somebody, but to intensify the own feeling of being alive. The deeper motive underlying committing suicide, as well, is a love for life which can not be lived because of idealization of some unreachable »true« life.

Freud claimed *Schopenhauer*'s concept »noluntas«, i.e. the negation of volition, to support his idea of a death instinct. *Lambertino* objects to this view that, according to *Schopenhauer,* the dissolving of the world and of the »voluntas« leads to positive dimensions such as deep peace, silence, confidence and cheerfulness.

The author concludes that there may be pathological cases where a death instinct can be found but he rejects the existences of a general death instinct prior to the life instinct.

Literatur

Freud, S. (1920): Jenseits des Lustprinzips. Ges. W. Bs. XIII. (Imago: London)
— (1923): Das Ich und das Es. Ges. W. Bd. XIII. (Imago: London)
— (1929): Das Unbehagen in der Kultur. Ges. W. Bd. XIV. (Imago: London)
— (1937): Die endliche und die unendliche Analyse. Ges. W. Bd. XVI. (Imago: London)
Jones, E. (1960): Das Leben und Werk von Sigmund Freud. (Bern)
Schopenhauer, A. (1859): Die Welt als Wille und Vorstellung. 3. Aufl. (Leipzig)

Adresse des Autors:

Professor Dr. phil. Antonio Lambertino
Università degli Studi di Parma
Dipartimento die Filosofia
B.go Carissimi 10
43100 Parma
Italien

Some Psychosocial Activities in the Therapy of Schizophrenic Patients*****

Adam Szymusik*, Krystyna Ostoja-Zawadzka**, Anna Szymusik***, Miroslava Koscielna**** (Krakau)

Die Autoren stellen ihre Erfahrung mit dem psychosozialen Modell der Schizophrenietherapie dar, einer Therapieform, die in der Abteilung für Erwachsenenpsychiatrie der Universität Krakau praktiziert wird. Die stationäre Therapie, als erster Schritt des Modells, beinhaltet neben Einzel- und Gruppentherapie sowie Musik-, Bewegungs- und Familientherapie auch unkonventionelle Therapiemethoden, unter denen die Graphische Kunsttherapie mit Collagentechnik hervorgehoben und anhand von Patienten-Kommentaren beschrieben wird. Nach der Entlassung aus der Klinik folgt eine intensive ambulante Nachbetreuung in Ambulanzen und Wohngemeinschaften. Die Untersuchung von 40 schizophrenen Patienten, die nach dem beschriebenen Modell drei Jahe lang behandelt wurden, dokumentiert die guten Ergebnisse: Bei fast der Hälfte der Patienten konnten weitere Klinikeinweisungen vermieden werden und bei der Mehrheit konnte eine gute soziale Reintegration erfolgen. Die Autoren folgern, daß die Ergebnisse der stationären Schizophrenietherapie gebessert werden können durch anschließende intensive ambulante Behandlung.

Philosophy of the Model

Although we regard inpatient treatment as the first step in a long chain of therapeutic procedures — since after treatment in an all-day facility the patient is transferred to an outpatient clinic or to a hostel — psychosocial interventions in an inpatient clinic are to us an independent form of therapy.

While we recognize the importance of biological treatment, i.e. drug therapy, we are of the opinion that individual and group psychotherapy are significant components of treatment. We regard individual psychotherapy chiefly as a means to a better understanding of the psychodynamics and psychopathology of the patient and also as a method of instilling the patient with a sense of security and of helping him to break away from his psychosis. In group interventions, especially group psychotherapy, we focus on improving the patient's social skills. We also aim at developing a sense of self-criticism in the patients. Seeing themselves in the mirror of other patients' opinions our patients are able to perceive the nature of their psychosis and achieve a more realistic view of themselves and the surrounding world.

* Professor, Dr. med., Board Member of the Polish Psychiatric Association, Chairman, Department of Adult Psychiatry, Copernicus Academy of Medicine, Kraków, Poland
** Dr., Dipl.-Psych., Copernicus Academy of Medicine, Kraków, Poland
*** Magister Dipl.-Psych., Copernicus Academy of Medicine, Kraków, Poland
**** Magister Dipl.-Psych., Copernicus Academy of Medicine, Kraków, Poland
***** Vortrag gehalten auf dem 8. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP / XXI. Internationales Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 5.—8. Oktober 1990 in der Hochschule der Künste Berlin

Graphic Arts Therapy

In this report we omit music therapy, motion therapy and patients' family therapy. We want to point mostly to those forms of therapy which are not standard or traditional, but spring mainly from an individual therapist's inventiveness and preoccupations, or his style of work. We wish to dwell longer on the graphic arts technique of collage, which appears to us as particularly useful with patients diagnosed as psychotic.

During two-hour workshops held every week, our patients are set the task of creating a composition out of found objects, such as magazines, brochures, prints, whose fragments are cut out and pasted on paper. Each workshop is devoted to one particular subject, e.g. »I and the world«, »what I dream to be«. The technique allows the patients to express themselves in many ways and no particular drawing or painting skills are required. Our experiences with this kind of acitivity provide ample diagnostic material, which allows us better to understand the patients' problems and feelings, as well as to trace the changes occuring in the course of treatment. The patients are given an opportunity to explore their own impressions and thoughts. The work on the collages often allows the patients to experience themselves as agents creating their own unique artistic compositions.

Case Studies

As an illustration we will now present seven different works executed during the workshops, on the theme »my illness«. We will also quote some authors' comments of their own works:

1. (male patient) »I am ill because I don't have the heaven which is in the woman's body.«
2. (female patient) »In my illness I felt blocked, I couldn't express my aggression. I felt as if I was being held back. I craved for protection, I wanted to be treated like a fragile piece of china. The world got blurred, I couldn't make it out. Preserving an inner balance was as difficult as it is for this man.«
3. (male patient) »All the time I felt a whirl, some kind of force, like this wild bear, I felt a craving for alcohol but I daydreamed I would be like this guy with his own car one day.«
4. (female patient) »I got derailed, a disaster happened to me. Everybody went on, I was left behind, alone. In my illness my brain felt numb, as if I was hidden behind a mask. In my illness I lost my gentleness, my mind was dull.«
5. (female patient) »There is a craving for wealth in every person's heart. I wanted to be beautiful, but I felt as if my face has been slashed all over, then came cynicism,I felt clumsy, silly, oppressed, supervised. How I wanted somebody to piece me together again.«
6. (female patient) »Before I was ill, I wanted to do dozens of things. Then came anxieties, then sadness — I looked at the world as if through glass, through a windowpane.«

7. (male patient) »I wanted to go through life undaunted, but I felt as if everybody was following me with their eyes, I felt fear and enormous anxiety.«

Results

Finally, we wish to present some data gathered in a study designed to evaluate the effectiveness of psychosocial methods of treatment of schizophrenia. We do not quote the figures pertaining to the comparison between the traditional model and a model supplemented with outpatient treatment, hostel activities and family therapy. It seams worthwhile, though, to look at the results of a 3-year follow-up of patients who were treated with a method that could be described as tradtional, that is after hospital treatment they were transferred to systematic outpatient care. 40 first-time patients, who had been admitted with a diagnosis of schizophrenia based on the DSM III-criteria, were included in the follow-up. The patients were interviewed exactly three years after their admittance in the psychiatric clinic. The aim of the follow-up was to evaluate the psychopathological condition of the patients, their social and family situation, as well as to investigate their attitudes to treatment, therapists, drugs etc.

One striking finding was that no less than 47% of the patients subjected to the follow-up were never hospitalized again. The study was based on the assumption that the former patients would stay in touch with their therapists. It is well known in psychiatry that schizophrenic patients are unwilling to maintain such contacts. In the case of our group 7 patients failed to keep in touch with their therapists. The remaining subjects systematically contacted their therapists, who estimate that at 70% of the meetings the atmosphere was good or very good. In half of the described cases the 3-year care had the character of significant support or was, according to the therapist, instrumental in preserving the patient in the state of remission. (In which case subjectivity of evaluation is obviously unavoidable, but in our opinion it does not diminish the significance of such evaluation).

Almost 70% of the patients have been treated biologically — 67% of the patients from this groups have been taking neuroleptics at the 3-year follow-up. If we consider the 3-year period as a whole, 37% of the patients have been undergoing regular drug therapy, 43% took medication sporadically.

As many as 6 patients from the group of 40 married during the 3-year period. For subjects who had been treated for schizophrenia this figure seems significant. At the 3-year follow-up as many as 62% of the subjects were either employed full or part time, or at school, which is a good score on this marker of social functioning. Interestingly, as many as 65% of the patients stay with their family of origin, which is in accordance with Polish family life patterns. The dynamics of social contacts seems particularly relevant in the case of schizophrenic patients. As many as 55% of the subjects in our group, that is 22 patients, either preserved or increased the pre-treatment level of social contacts, and only 37% of the subjects reported a deterioration of social life. We men-

tioned earlier a low rate of hospital readmittance. However, we have to note that it does not imply lack of relapses or episodes. Only 15 of our subjects did not have a relapse, 10 had one, the remainder of the group had two or more relapses. (This is an important finding, as it demonstrates that with systematic drug therapy it is feasible and effective to weather out a relapse on an outpatient basis only.)

12 patients manifested no psychotic symptoms, for another 11 subjects the symptoms — positive or negative — were negligible, wich means that 23 patients, or 57% of the group, did not display apparent psychotic symptoms at the 3-year follow-up.

Conclusion

These findings point to the possibility of achieving positive treatment outcome for schizophrenics at a traditional inpatient facility if psychosocial interventions are emphasized and treatment is supplemented with intensive outpatient care.

Einige psychosoziale Aktivitäten in der Therapie schizophrener Patienten

Adam Szymusik, Krystyna Ostoja-Zawadzka, Anna Szymusik, Miroslava Koscielna (Krakau)

Die Autoren betonen, daß die stationäre Therapie von Schizophrenie-Patienten das erste Glied in der von ihnen beschriebenen Kette des psychosozialen Modells darstellt: Ihr folgt die Behandlung in Ambulanzen, Wohngemeinschaften (hostels), sozialen Klubs und Rehabilitationszentren. Im Rahmen der stationären Therapie spielen die Einzel- und die Gruppenpsychotherapie die zentrale Rolle, wobei letztere auf die Besserung der sozialen Fertigkeiten abzielt. Die Bedeutung medikamentöser Therapie ist nicht vorrangig. Neben Musik-, Bewegungs- und Familientherapie werden auch unkonventionelle Therapiearten praktiziert, die auf die Initiative eines Therapeuten zurückgehen — so die Graphische Kunsttherapie mit Collagentechnik, die themenzentriert verläuft und den schizophrenen Patienten mit einfachen Mitteln vielfältige Ausdrucksmöglichkeiten und kreative Selbsterfahrung erlaubt. Die eigenen Kommentare von sieben Patienten zu ihren Collàgen zum Thema »meine Krankheit« werden als Beispiele zitiert.

Im zweiten Teil der vorliegenden Arbeit wird eine Studie mit 40 schizophrenen Patienten vorgestellt, die drei Jahre nach der Aufnahme zur stationären Behandlung und anschließender ambulanter Betreuung (möglichst vom gleichen Therapeuten) zur Einschätzung ihrer sozialen und familiären Situation mittels Interviews untersucht wurden. Die Ergebnisse zeigen, daß 47% der Patienten keine weiteren Klinikbehandlungen benötigten, obwohl nur 15 Patienten rückfallsfrei blieben. 70% der Patienten wurden medikamentös behandelt,

davon etwa die Hälfte regelmäßig. Fast zwei Drittel der Patienten waren zum Zeitpunkt der Untersuchung teil- oder ganzzeitlich beschäftigt, ebenso viele lebten zusammen mit ihren Familien, was nach den Autoren der polnischen sozialen Tradition entspricht. Mehr als die Hälfte gaben verbesserte oder gleichbleibende soziale Kontakte an. Bei 57% der untersuchten Patienten waren keine offensichtlichen psychotischen Symptome eruierbar.

Die Schlußfolgerung der Autoren ist, daß die Ergebnisse der stationären Therapie bei schizophrenen Patienten durch eine nachfolgende intensive ambulante Nachbehandlung nach dem Modell der psychosozialen Intervention positiv beeinflußt werden können.

Address of the authors:

Prof. Adam Szymusik, M.D.
Dr. Krystyna Ostoja-Zawadzka, Psychologist
Anna Szymusik, M.A. Psychologist
Miroslava Koscielna, M.A., Psychologist
Copernicus Academy of Medicine
Kopernika 21b
Kraków 31—501
Poland

Individual Long-Term Psychotherapy of Schizophrenia**

Malgorzata Kostecka*, Irena Namystowska*, Maria Zardecka* (Warschau)

Aus ihrer praktischen psychosentherapeutischen Arbeit stellen die Autorinnen anhand von Fallbeispielen die Grundprinzipien der von ihnen durchgeführten Langzeit-Einzelbehandlung von schizophrenen Patienten dar. Die im Rahmen der stationären Akutbehandlung ausgewählten Patienten mit manifester Psychose werden über mehrere Jahre kostenlos jeweils zweimal wöchentlich in ambulanten Einzelsitzungen behandelt. Die Therapeuten arbeiten im Team und unter regelmäßiger supervisorischer Kontrolle. Die von den Autorinnen selbst aufgestellten fünf Behandlungsphasen werden anhand von Beispielen aus der über zehnjährigen therapeutischen Praxis veranschaulicht und auf psychoanalytischer Grundlage diskutiert. In Form eines Werkstattberichts werden die spezifische Bedeutung der psychotischen Übertragung und Gegenübertragung herausgearbeitet, die Behandlungsziele festgelegt und wesentliche Aspekte der Trennungsarbeit dargestellt. Nach Ansicht der Autorinnen kann durch die ambulante Psychosentherapie, wie sie in der vorliegenden Arbeit dargestellt wird, die Entwicklung von Beziehungsfähigkeit und Erweiterung der Lebensqualität schizophren reagierender Patienten erzielt werden.

Individual intensive long-term psychotherapy of schizophrenia is based on certain general assumptions concerning both psychotherapy and schizophrenia. Psychotherapeutic interventions follow from the dynamic understanding of human nature. It is assumed that: 1) behaviour and consequently symptoms are multi-determined and goal-oriented; 2) present experiences are determined by past experiences; 3) awareness of one's feelings and actions is limited and the process of getting aware of them is often accompanied by fear and resistance; 4) behaviour may be modified by interpersonal experiences which involve learning and widening of awareness; 5) through transference, the therapist becomes the object of the patient's past emotional experiences; 6) the patient is not a mere victim, but is partly responsible for the difficult situation in which he has found himself; 7) the patient's behaviour can be changed through his own conscious effort and the resulting success is proportional to the degree of his active participation in the psychotherapeutic process; 8) the patient's initiative and suffering are the stimuli for psychotherapeutic action.

The above assumptions apply universally to each psychotherapeutic approach, including the individual psychotherapy of schizophrenia, like one we conduct. In the psychotherapeutic process the characteristics of schizophrenia become particularly apparent. The most prominent of them include:

— resentful and hostile attitude towards reality, accompanied by a very low frustration tolerance;

— poor control of conscious content leading to confusion and secondary hatred;

— being unaware of one's basic wishes, needs and feelings;

* Member of the Academy of Medicine, Department of Psychiatry, Warsaw, Poland

** Vortrag gehalten auf dem 8. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP / XXI. Internationales Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 5.—8. Oktober 1990 in der Hochschule der Künste Berlin

— limited ability to experience positive affects;
— diffused identity, accompanied by a sense of being different and alienated;
— the sense of being a passive object of external forces;
— an intensive ambivalence manifested in continual oscillation between belongingness and isolation, originating in inability to tolerate aloneness and dread of closeness;
— the patient's strong conviction of stable and unchangeable circumstances in which he lives.

Psychotherapeutic processs comprises five successive phases which will be first described and then illustrated with cases from our practice. The stage of developing therapeutic relationship constitutes the beginning of psychotherapy and takes at least a year's time and often even longer. It is essential at this stage that the therapist be especially cautious with the patient's ambivalent response to receiving other's concern, as this may result in his withdrawal from the therapy. The caution comes down to the ability to tolerate various manifestations of patient's behaviour, including his dumbness as well as supporting even the slightest expression of contact on his part. The therapist is expected to be open, sincere, consistent and straightforward. The successful process of therapeutic relationship formation leads to a mutual intuitive awareness of both partners. The forerunners of such a relationship are the therapist's fantasies and dreams of the patient and the patient's hightened anxiety and often worsening of symptoms. Establishing the atmosphere of a secure relationship allows the therapist to move to the next phase, that of transforming and explaining 'here and now' experiences. The principal goal of this phase is to establish an order and organization of communication and to highten his tolerance of intrapsychic experiences. Schizophrenic patients tend to experience their emotions as a concrete, direct, undifferentiated reality. As a result they develop massive defenses against any affects which lead to a sense of emotional vacuum. Therefore the therapist has to assume three different roles: 'giver of comfort', who helps to go through difficult states, 'inquisitor' who investigates unique feelings and 'instructor' who shows how to experience emotions. The primary therapeutic strategies at this stage are confrontation and clarification. As early as in this phase of therapy (and sometimes earlier) the first signs of transference and countertransference can be observed. The capacity to tolerate an active transference and countertransference is the essence of the third phase of the therapy. In the therapy of schizophrenia the more frequent psychotic transference, e.g. when the patient is convinced that the therapist is actually his mother, is differentiated from the non-psychotic transference as observed in neurotics, who see the therapist as being like their mother. In the psychotherapy of schizophrenia the transference assumes one of the two forms:
1) hostile transference — when the therapist is seen as a bad, unreliable mother, someone who intends to cause harm;
2) idealizing, symbiotic transference — when the therapist ist perceived as

omnipotent and the negative affects are projected onto other persons by means of primitive splitting.

Countertransference comprises all the thoughts and feelings of the therapist, whether they arise from the 'here and now' or from the therapist's own problems. In this broader sense the countertransference feelings inform the therapist on the patient's psychic states. Countertransference feelings are usually very intense and unpleasant. Common feelings of this sort include depression, uncertainty, discouragement, contempt, lust, rage, fear, sense of one's worthlessness. It appears to us that the intensity and quality of these affects are among the most prominent features distinguishing psychotherapy of neuroses from psychotherapy of psychoses.

Ability to tolerate these feelings, as well as transference feelings, develops first in the therapist and then in the patient through modelling. The essential role in this process is played by the mechanisms of empathy and containment. Empathy means the ability to identify oneself with any feelings experienced by the patient, including the nonverbalized and repressed ones. *Bion* was the first to describe the mechanism of containment. According to this author the schizophrenic patient, like a child, projects his feelings onto others not only for the defensive purposes, but also to communicate. By means of this mechanism, called projective identification, the patient examines and tests his own feelings contained by someone who is strong enough to bear them. In the psychotherapy of schizophenia, the therapist is the one who serves as an affective container for the patient's feelings and his maturity allows him to successfully work through the feelings he contains as the result of projective identification. Through empathy and, more specially, containment of both conscious and unconscious affects, the therapist neutralizes them, as it were, reducing their intensity. That process can be compared to dialysis and it is crucial in psychotherapeutic treatment of schizophrenia, because it allows the patient to designate and understand his feelings and thus experience them in a more mature way.

Another important issue is the coping of the therapist with the countertransference feelings. The therapist's insight in his own emotions and his awareness of them, even if not verbalized, brings about relief and tension reduction in the patient. In this phase of therapy, the therapist uses also interpretation in addition to clarification. But it is not until the fourth phase of treatment that interpretations are employed in full. This phase is called integration of the patient's experiences — widening the perspective of self, solving transference or symbiosis. If, however, the patient is incapable to experience separation from the therapist, he becomes chronically ill. Separation from the therapist is the result of altering the nature of therapeutic relationship stemming, among others, from a more demanding attitude of the therapist. This alteration means accepting the patient and rejecting his psychosis. The final stage of the separation process is the period of mourning connected with the gradual relinquishing of the expectation that the therapist is a source of gratification.

The fifth and final phase of treatment is the well known working through. When the nonpsychotic part in the patient begins to predominate over the psychotic one, marks the emergence of the fifth phase. This is when the therapeutic relationship acquires more realistic qualities and the patient sees the therapist as a separate and imperfect person. The principal aim of this phase is to reconstruct the way to decompensation and to understand the factors instrumental for recovering. At this stage, patients often manifest regressive behaviour, however, of a different nature than at the initial stage of psychotherapy. It is remarkable that scarcely any descriptions of this phase can be found in the literature, which may stem from the fact that very few patients reach this stage. Thus we have concluded the presentation of theoretical assumptions underlying psychotherapy of schizophrenia and now we shift the focus to our own therapeutic experiences.

For about 10 years now, we have conducted individual, long-term psychotherapy of schizophrenia at the Psychiatric Clinic, Medical Academy in Warsaw. During that period, over twenty patients have undergone such a treatment. In most cases we began psychotherapy of schizophrenia during hospitalization and acute psychotic state. In several cases patients were referred to us and informed that we worked in a psychotherapeutic center — those patients were first seen by us after their psychosis and from the beginning received psychotherapy as outpatients.

Now, after these years' experiences, we have realized the essential importance of the decision to undertake psychotherapy of a patient. In this respect our procedure has been modified considerably. Now, the decision whether a patient should get psychotherapy is reached through discussion in the therapeutic team. An initial interview with the patient is conducted by two therapists. The patient gets informed of the final decision a few days after it was discussed in the supervisory group meeting. In such discussions, great importance is attached to the initial associations, fantasies and intuitions concerning the patient. They have a predictive function for the direction of future countertransference emotions. It is believed that provided proper recognition of these phenomena from the very beginning at least some of our therapeutic failures can be prevented.

Objective criteria we use in selecting patients for psychotherapy include first of all the ability to fulfill an occupational role and having a heterosexual relationship, presently or in the past. Our practice confirms prognostic validity of those indicators. On informing a patient of the decision to take up psychotherapy we discuss the conditions and rules of psychotherapy with him. Therapeutic sessions are held twice a week and last 50 minutes each. In past years, the frequency of sessions used to vary. For example, during acute psychosis the frequency of sessions reached five in a week and changed depending on the patient's condition. It turned out, however, that such 'granting' and 'withdrawing' sessions evoked various emotions and fantasies in the patient, which interfered with the psychotherapeutic process. Therefore, regardless of the patient's condition, we maintain the same frequency of sessions

throughout treatment. The patient becomes also informed during the initial session that psychotherapy does not protect him against relapse of psychosis, which may occur in the course of treatment. The aim of psychotherapy is a deeper self-knowledge, more efficient coping with crises and their consequences. Forms of contact between sessions are also determined — these usually include the agreement that the patient and therapist may phone each other at home. We make it clear to the patient that psychotherapy will go on for several years, that it is not a substitute for medication. We do not adhere to any strict rules concerning combination of psychotherapy and pharmacotherapy. In this respect treatment varies from patient to patient: some do not receive medication, others receive drugs only periodically and still others receive psychotropic medication throughout the treatment. In previous years physicians conducting psychotherapy dealt also with pharmacotherapy and administrative aspects of treatment such as admittance to hospital. We have, however, realized that separation of those roles is much more beneficial. Combining restrictive actions with psychotherapy is at variance with the principles of the latter, because it gives way to various mutual manipulations. Psychotherapy is cost-free for our patients. We do psychotherapy within our usual work hours in the psychiatric ward although it is beyond our routine duties and in fact it often interferes with them. Therapeutic sessions are always held in the same room in a face to face form. Those who currently conduct psychotherapy attend a supervision of 50 min per session once a week.

Now, we are going to describe psychotherapeutic process in terms of stages presented earlier in this paper.

Formation of therapeutic relationship

The aim of this stage is to reinforce all the manifestations of motivation for psychotherapy, to create an emotional climate of security and to support the patient. At the same time the patient is testing the therapist's limits of acceptance and his tolerance. Let me use two cases to illustrate this stage. Patient A (31 years old) — diagnostic designation: paranoid schizophrenia. As he had already been in therapy for several months he parted with his partner, who went abroad. At that time, after a period of excitation and liveliness which apparently had a denying function, the patient told me his dream for the first time since the beginning of therapy. In that dream he had a golden ring which some woman stole from him but then returned it after he threatened to call the police. However, he had also another ring made of silver which was very thin, flexible, weak and could be easily broken. The patient had no associations to that dream. The supervisory group saw clearly that the fragile silver ring symbolized the developing relationship with the therapist.

Patient B (32 years old) — diagnostic designation: paranoid schizophrenia. She started psychotherapy during acute psychosis as she behaved completely bizarre, was psychomotorically excited and dissociated. Nevertheless she came

always on time to the sessions. We present below an excerpt from the first session: Several minutes after beginning of the session, the patient took off all her clothes and showed parts of her body. Now and again she was getting dressed and left the room.
Patient: Thank you.
Therapist: What are you thanking me for?
Patient: In fact, I haven't found mother (the patient tightened firmly her dressing-gown belt round her waist. The therapist asked her about that).
Patient: The belt links me with the ground — it must link me with someone (there followed a longer period of intense psychomotor excitation, leaving and entering the room and completely dissociated speech.)
Patient: There is Olympus here, an iceberg. . .
Therapist: Do you find me to be like an iceberg towards you?

Exploring 'here and now' experiences

Exploring the patient's present experiences goes on throughout the psychotherapeutic process. However, clarification and labelling feelings should not be employed before establishing secure relationship, that is, before completing the first phase of psychotherapy. The therapist assumes here a more acitve role — asks questions, encourages describing experiences, labelling and differentiating feelings. It is essential not to miss any opportunity to talk about emotions. The following examples of therapeutic situations are typical of this phase of therapy: Patient A kept for about a year's time telling about the boy she was dating. In one of the sessions the therapist remarked that the boy was an important figure to her. The patient responded ambiguously, but the therapist kept repeating it, so that the patient became more accepting. After a year's therapy the therapist said that she liked the boy. It evoked an intense vegetative response. The therapist asked her to say aloud that she liked her boy-friend and as she did so, she burst into tears. That opened a new stage of talking about the patient's feelings and her fundamental conflict between dependency needs and fear of rejection. Patient E (40 years old), designated diagnostically as a paranoid schizophrenic, was telling that his family had killed him by throwing him through a window. Therapeutic strategy consisted in encouraging him to verbalize his feelings towards his family. It had been a long time before the patient came to state that he was in deadly fear of his family and that he had been sure that they would beat him. Although the immediate effect of the strategy appeared to be superficial, its consistent employment, i.e. verbalizing emotions that accompany psychotic symptoms, has led over the years to some changes in the patient's behaviour — now he tells about his conflicts in a much more open and matter-of-fact way. After a long period of psychotherapy, in which the therapist had clarified the patient's difficulties in expressing feelings, the patient F said he was ashamed of words, because to label feelings was to become dependent and he feared attachment and accompanying dependency.

Tolerating active transference and countertransference

As we have already mentioned in the theoretical part, transference usually plays two basic roles. The discussion of both of them follows along with the clinical examples. Patient G treated the therapist as someone omnipotent for three years and admitted openly that the therapist was the most significant person to him and psychotherapeutic sessions were the most important time in his empty, monotonous, apathetic life. The patient sometimes described his relationship with the therapist in a less direct way by telling a story about a psychologist who had cured a handicapped child. When the psychologist had to leave for a short time and interrupted psychotherapy, the symptoms reappeared in the child. Another story was about an emigrant who felt he could not be anything but a part of his country and could not adapt himself to living in a foreign country. Positive, idealizing transference was also manifested indirectly through the way of looking, gestures, facial expression, intent gazing at the therapist. At the same time the patient was gratifying the therapist by presenting only the healthy part of himself. As a part of this gratification he resumed his job as a lecturer he had given up due to illness, although he found that job difficult. Patient H (26 years old) with the diagnostic designation of schizoaffective disorder, established a deeply symbiotic relationship with the therapist, so that each time the latter was taking his holidays, the patient developed acute psychosis and had to be hospitalized just on the day before the therapist was about to leave. He denied the therapist the right to leave his patient and had dream-like phantasies of floating in a bright, watery space which could be interpreted as the patient's being a part of the therapist in his amniotic waters. It is worth mentioning that in many cases we encounter an erotic transference like in neuroses, but this may apply only to schizophrenic patients with a more integrated personality. As an example of negative transference we may refer to the already mentioned patient G, who after a period of idealization of the therapist began to show psychotic symptoms, expressing intense hatred towards the therapist and devaluing him totally now and again as a physician, a person, a mother etc. Also, this time verbal expressions of hatred, contempt and repugnance were accompanied by an adequate facial expression of the patient who, keeping silent, gave the therapist glances which were hard to describe and used conventional pejorative terms.

Now we pass on to discuss the countertransference feelings arising in the therapist conducting psychotherapy of schizophrenia. Psychotherapy of schizophrenia and especially the stage of omnipotent transference evokes in the therapist narcissistic countertransference. Narcissistic fantasies of the therapist determine the selection of a patient whom the therapist wants to 'save' with his omnipotence. Patients often refer to those feelings and suggest that only this therapist can help and save them. For instance, a therapist from our team presented the life history of a woman patient at a clinical conference and then decided rashly to undertake her treatment, although she didn't meet any of

the earlier established criteria and, what is more, he should become discouraged considering chronicity of her illness, absence of motivation for treatment and recovery, and the level of regression along with the lack of positive emotional experiences and any social support system. Negative transference raises in the therapist a sense of worthlessness, guilt, burn-out and complete sterilization. Those feelings can be so intense that they may sometimes disorganize the therapist's personal life, though fortunately not for long. For example, the therapist of patient G in the above case was ready to accept reproaches made by the patient, allowed (up to a moment) to be insulted and tormented, received many phone calls in which the patient devalued him. Countertransference responses sometimes lead the therapist to end psychotherapy, which may spread to the supervisory group and make them see therapeutic actions as 'ineffective'. Countertransference responses of this sort let the therapist tolerate 'patiently' the phone calls made by patients at the most unusual times without discussing them in the following session.

Another issue concerns differentiation between countertransference feelings stemming from the therapist's own problems and emotions the patient puts into the therapist through projective identification. An example of this is experiencing deep depression by the therapist, which he felt as alien and unrelated to him, but nevertheless very intense. It was found out in a supervisory session that the depression had been put into the therapist by the patient. In another case the therapist, having worked through his countertransference anger towards a patient, felt clearly all the hatred being put into him and his ability to tolerate that feeling allowed the patient to cope with her own aggressive feelings. Both types of countertransference responses and particularly those stemming from projective identification are signalled by the therapist's bodily sensations. These may be headache, sleepiness, weariness, desire to feed, to hold the patient on one's knees, heaviness in the stomach. Those feelings are sometimes very intense and painful, especially when they are connected with dissociation, emptiness, disintegration and feeling exploited.

It follows from the above that psychotherapy of schizophrenia confronts the therapist with deep feelings, much deeper than in psychotherapy of the neuroses. The therapist, like his patients, experiences primary loneliness, infinite emptiness, fear of engulfment. The therapist begins to sense clearly the fundamental conflict of a schizophrenic patient for whom closeness means engulfment, total fusion with the other and self-annihilation, while at the same time separateness is felt as an absolute, unbearable loneliness.

Extending parts of the self

At this stage, the therapist most often uses interpretations of transference. For example, patient J (28 years old), while she found out about her therapist's plan to travel abroad for a longer time, she told in the next session about a 'horrifying' dream in which her husband had a love-affair with a foreign cor-

respondent. This patient started to wear her wedding-ring on the day she learned about the intended travel. The interpretation relating both the dream and wearing the ring to the therapist's travel and the consequential threatening break in the therapy alleviated the intensity of her prepsychotic symptoms which had just appeared. That interpretation allowed the patient to talk openly about the intensity of the bond with the therapist and the fears connected with his leaving. Another patient began to be aggressive towards her father, just before her therapist was to go on a holiday, which was both surprising and worrying to the first. The therapist interpreted her aggressive feelings towards her father as being actually directed toward the therapist because of his near holidays. That interpretation enabled the patient to view the relationship with her father more realistically and talk more openly about her fear of the therapist's absence.

The patient himself may sometimes offer a kind of interpretation. For instance, patient G who had gone through both omnipotent and aggressive stages of transference, observed that the therapist had first appeared to him white, then black and was finally becoming grey. It was a very accurate observation about introjection of bad and good features of the object and the ensuing fusion giving rise to the internalized object integrating both its images, which is a necessary condition of a successful therapy.

In this last but one stage of psychotherapy, improvement in the patient's social functioning, especially an alleviation of his interpersonal problems, can be observed.

Solution of the deep relationship

The last, final stage of psychotherapy is focused on solving the deep relationship or, in other words, working through the problem. It is usually accompanied by the patient's grief. This stage is relatively unexplored, because only one of our patients ended psychotherapy in a planned way. At this stage sessions often become less frequent. The stage is very difficult for the patient and, as we already mentioned, regressive responses may appear. They are, however, different from those observed at the beginning of therapy. For example, some patient extorted psychiatric hospitalization towards the end of therapy, in order to stay near the therapist. When the therapist gave him the interpretation of that behavior and offered him the possibility to see the therapist in times of crisis, the patient became ready to leave hospital very soon.

In conclusion, it is worthwhile touching on the issue of the therapist's expectations concerning schizophrenic patients. Following *Frieda Fromm-Reichmann,* we want to stress that the expectation of total restructuring of personality in a person suffering from schizophrenia is entirely unrealistic. The patient will still exhibit schizoidal personality features in spite of the completed psychotherapy, and therefore it is groundless to expect conventio-

nal ways of adaptation of the patient such as setting up a family, having children, etc. One should rather expect that psychotherapy will help the patient to direct his life in a way which allows him to establish a relationship based maybe on friendship and not necessarily love, and to realize his potential in a way that is harmless to others. These expectations are in short expressed by the title of a book based on a schizophrenic girl's account of her psychotherapy: »I never promised you a rose garden«.

Langzeitbehandlung schizophren reagierender Patienten in ambulanter Einzelpsychotherapie

Malgorzata Kostecka, Irena Namystowska, Maria Zardecka (Warschau)

Seit mehr als zehn Jahren führen die Warschauer Autorinnen im ambulanten Rahmen Psychosenbehandlungen in Form von zweimal wöchentlich stattfindenden Einzeltherapiesitzungen durch. An den Beginn ihrer Arbeit stellen die Autorinnen einige Hauptvoraussetzungen bezüglich einer Psychotherapie der Schizophrenie in einem dynamischen Verständnis des Menschen. Dazu gehören die Multidetermination von Verhalten und Symptomatik schizophrener Patienten, die Angst und der Widerstand vor Gefühlen, die Verhaltensänderung durch zwischenmenschliche Beziehungen, die Bedeutung der Übertragung, die Mitverantwortung des Patienten für seine Erkrankung und deren Behandlung und seine aktive Beteiligung am therapeutischen Prozeß. Anschließend werden die charakteristischen Züge des schizophren strukturierten Patienten kurz aufgelistet, wie z.B. seine feindselige Haltung gegenüber der Realität, geringe Frustrationstoleranz, das Unwissen um die eigenen Wünsche und Bedürfnisse, die Identitätsdiffusion und die Passivität gegenüber äußeren Einflüssen und ganz besonders die Ambivalenz.

Nach Ansicht der Autorinnen lassen sich im therapeutischen Prozeß fünf aufeinanderfolgende Phasen beschreiben. Die erste Phase umschreibt das Stadium der Entwicklung einer therapeutischen Beziehung, sie kann aufgrund der Vorsicht und Angst des psychotischen Patienten über ein Jahr dauern. Der Therapeut sollte in dieser Phase mit Hilfe seiner eigenen Phantasien und Vorstellungen vom Patienten die Entwicklung einer therapeutischen Beziehung ermöglichen. Erst wenn eine Atmosphäre der Sicherheit hergestellt ist, kann der Therapeut zur nächsten Phase übergehen. In dieser zweiten Phase soll eine »geordnete Kommunikation« mit dem Patienten erreicht werden und der Patient eine erhöhte Toleranz für seine inneren Erfahrungen bekommen. Dabei ist der Therapeut einerseits Schutz, andererseits »Inquisitor« und Lehrer und konfrontiert den Patienten mit seinen Widerständen gegen das Erleben von Gefühlen. In der zweiten Phase sind Übertragung und Gegenübertragungsgefühle erstmals zu beobachten und gewinnen in der dritten Phase schließlich ihre entscheidende Bedeutung: die massiven Übertragungs- und Gegenübertra-

gungsgefühle auszuhalten und durch eine projektive Identifikation mit dem Therapeuten bearbeitbar zu machen, ist das Ziel dieser Phase. Der Therapeut sollte sich empathisch als Objekt für die oft feindseligen und schwer aushaltbaren Gefühle zur Verfügung stellen, um deren Intensität zu reduzieren. Die Autorinnen vergleichen den Prozeß der dritten Phase mit einer Dialyse, nach der der Patient seine Gefühle ausdrücken und verstehen und sie auf eine reifere Art erleben kann. In der vierten Phase werden erstmals vom Therapeuten Interpretationen gegeben. Sie ist gekennzeichnet durch Integration der Erfahrung des Patienten, ein erweitertes Selbsterleben und die Lösung der Übertragung oder der therapeutischen Symbiose, was zu einem Trauer- und Trennungsprozeß führt. In der fünften und letzten Phase schließlich geht es um die Durcharbeitung der gesamten therapeutischen Erfahrungen. Die letzte Phase beginnt, wenn die nicht- psychotischen Anteile im Patienten überwiegen, die therapeutische Beziehung eine realistische Qualität bekommt und der Patient den Therapeuten als getrennte und unvollkommene Person sieht.

Bei den meisten der auf diese Weise behandelten Patienten handelte es sich um akut psychotische, schizophren reagierende Patienten, bei denen die Behandlung bereits während des Klinikaufenthalts begonnen und ambulant fortgesetzt wurde. Die Auswahl der psychotherapeutisch zu behandelnden Patienten erfolgte durch Interviews mit jeweils zwei Therapeuten und nachfolgender Entscheidung im therapeutischen Team. Als prognostisch günstig wurden dabei Kriterien wie Arbeitsfähigkeit und eine heterosexuelle Partnerbeziehung in Vergangenheit oder Gegenwart angesehen. Die Bedingungen und Regeln der Therapie wurden mit den Patienten vor Therapiebeginn besprochen und dann regelmäßige Sitzungen mit einer Frequenz von zwei/Woche durchgeführt. Als Behandlungsziele formulierten die Autorinnen, daß die Patienten sich selber besser kennenlernen sowie mit Krisensituationen besser umgehen sollten. Die ambulante Psychotherapie ist kostenlos und wird von den Mitarbeitern neben ihrer Klinikarbeit durchgeführt, wobei jeder Therapeut einmal wöchentlich Supervision erhält.

Im weiteren Text beschreiben die Autorinnen ausführlich anhand von illustrativen Beispielen aus der täglichen Arbeit die einzelnen Phasen des therapeutischen Prozesses, wobei die Bedeutung der Beziehung zum Therapeuten und deren Lösung in der Trennungsphase ausdrücklich betont werden. Beispielsweise erzählt ein Patient, dessen Ehefrau sich gerade von ihm getrennt hat, in der ersten Behandlungsphase einen Traum, in dem er einen goldenen Ring besaß, den eine Frau ihm wegnahm, ihn aber zurückgab, als er drohte, die Polizei zu rufen. Er hatte im Traum auch einen zweiten Ring aus Silber, der sehr zerbrechlich, dünn und schwach wirkte. Dieser zweite Ring symbolisierte offensichtlich die noch zarte Beziehung zum Therapeuten, was in der Supervision deutlich wurde. In anderen Beispielen wird die Angst der Patienten in Urlaubssituationen deutlich, die immer Verlassenheitsgefühle mobilisieren. Dabei wird die Rolle der jeweiligen Gegenübertragungsgefühle von den Autorinnen hervorgehoben.

In der Trennungsphase, die nur von einem der zwanzig behandelten Patienten regelrecht durchlaufen wurde, kam es häufig zu regressivem Verhalten, das jedoch deutlich vom Beginn der Therapie unterschieden ist. Es wird *Fromm-Reichmann* zitiert, die eine völlige Umstrukturierung der Persönlichkeit eines schizophren reagierenden Patienten für unrealistisch hielt, ebenso wie die Vorstellung, daß der Patient ein angepaßtes, bürgerlichen Normalvorstellungen entsprechendes Leben führt. Die therapeutische Hilfe sollte darin bestehen, dem Patienten Freundschaften zu ermöglichen und sein eigenes Potential zu verwirklichen, ohne andere damit zu verletzen. Dieses Ziel ist nach Ansicht der Autorinnen ausgedrückt in dem Buchtitel »Ich hab' Dir nie einen Rosengarten versprochen«.

Literature at the authors

Address of the authors:

Malgorzata Kostecka,
Irena Namystowska,
Maria Zardecka
Academy of Medicine
Department of Psychiatry
Warsaw, Poland

Gedanken zur Schizophreniebehandlung**

Béla Buda (Budapest)*

Der Autor untersucht in der vorliegenden Arbeit den Beitrag der Systemtheorie zum Verständnis der Schizophrenie. In seiner kritischen Betrachtung der biologischen Schizophrenielehre, die die Grundlage der modernen Schulpsychiatrie bildet, bezieht sich Buda auf das Schizophreniekonzept Günter Ammons mit dem zugrundeliegenden Strukturmodell der Persönlichkeit (Humanstrukturmodell). Am Beispiel der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik stellt der Autor Rahmenbedingungen für eine Psychotherapie der Schizophrenie dar. Aus systemtheoretischer Sicht betont er insbesondere den Stellenwert der Teamarbeit für die Grenzregulation des Gesamtsystems einer Klinik. Dabei spiegelt das Mitarbeiterteam mit seinen eigenen Abgrenzungsproblemen das Defizit in der Ich-Abgrenzung schizophren reagierender Patienten wider und macht es einer Bearbeitung zugänglich. Die Ich-Abgrenzungsfunktion stellt nach Buda ein zentrales Moment der Schizophreniebehandlung dar und kann verglichen werden mit sozialpsychologischen Begriffen wie »Selbstrepräsentation«, »Selbstdarstellung« und systemtheoretischen Kommunikationsmodellen. Der systemtheoretische Ansatz kann nach Buda zum besseren Verständnis der Behandlung schizophren reagierender Patienten beitragen.

Obwohl wir heute viel über das Wesen der Schizophrenie wissen, kann die einfache Frage: »Was heilt Schizophrenie?« nicht einfach beantwortet werden. Theoretische Meinungsverschiedenheiten unter Fachleuten werden bei diesem Thema zu Weltanschauungen und Ideologien und führen zu ganz verschiedenen Behandlungsformen. Die neue biologische Psychiatrie setzt die Tradition der Anstaltspsychiatrie insofern fort, als sie die Schizophrenie als Naturgeschehen, als Störung auf neurochemischer Ebene versteht und diese Störung gezielt und kausal chemisch aufheben möchte. Dazu dienen Medikamente, die Psychopharmaka oder durch physikalische Behandlung — wie z.B. die Elektrokrampfmethoden — hervorgerufene neurochemische Prozesse. Die Krankheit ist — dieser Auffassung nach — in ihrem Symptombild und Verlauf rein durch die Lokalisation und durch den Schweregrad der Grundstörung bestimmt und kann nur so weit geheilt werden, wie diese Störung aufgehoben und die gestörte Funktion wiederhergestellt wird. Die Neurotransmitter-Theorien der Schizophrenie stellen diese Grundstörung als Stoffmangel in Regelungszentren des Gehirns dar und erklären die Symptome als Folge von quantitativen Verhältnissen dieses Mangels und Funktionsausfällen der entsprechenden Zentren (*Gülsdorff* 1981). Die medikamentöse Behandlung soll diesen Stoffmangel aufheben, wodurch antipsychotische Wirkung erzielt wird. Die Psychopharmaka werden als antipsychotische Medikamente bezeichnet. Im Grunde glaubt man, aus dem Symptombild, z.B. den positiven und negativen Symptomen, auf bestimmte Störungsprozesse und Störungslokalisationen schließen zu können und somit die biologisch determiniert

* Dr. med., Leiter der Psychotherapeutischen Abteilung des National Institute for Nervous and Mental Diseases, Vizepräsident der Ungarischen Psychiatrischen Gesellschaft, Vizepräsident der WADP, Chairman des Ungarischen Zweiges der WADP

** Vortrag gehalten auf dem 8. Weltkongreß der WADP/XXI. Internationales Symposium der DAP vom 5.—8. Oktober 1990 in der Hochschule der Künste Berlin

entstandenen Symptome mit Medikamenten entsprechender Wirkung oder Substitutionsfähigkeit behandeln zu können.

Diese Art von Schizophreniebehandlung ist heute weltweit akzeptiert und ihrer Gültigkeit scheint nichts zu widersprechen. Man hebt die therapeutischen Fortschritte und großen Erfolge hervor, daß z.B. die Patienten aus stationären Behandlungen entlassen werden können und sich infolge chemischer Impulskontrolle gesellschaftlich konform und unauffällig verhalten. Die Normalität ihres Verhaltens gilt allein als Folge der fachgerechten Behandlung von seiten des Arztes und der Kooperation seitens des Patienten und seiner Umgebung.

Diese Sachlage entspricht vollständig der traditionellen medizinischen Vorstellung und der herkömmlichen Arztrolle. Sie ist deshalb der heutigen Psychiatrie sehr wichtig. Die Autorität des Arztes als des Fachmanns und biologischen Wissenschaftlers bleibt unangetastet und gestattet ihm, sich von der Krankheit und dem Patienten zu distanzieren, was in der somatischen Medizin ohnehin üblich ist. Je extremer die biologistische Haltung des Psychiaters hinsichtlich der Psychose ist, umso leichter kann er sein emotionales Gleichgewicht und seine Sachverständigenrolle bewahren. Diese Einstellung wird noch sozial und wirtschaftlich unterstützt. Man denke nur an die Vorteile, die die pharmakologische Industrie den mit ihr zusammenarbeitenden Ärzten gewährt. Der bekannte Psychiatrie-Kritiker *Thomas S. Szasz* betont mit Recht, daß die Schizophrenielehre die ideologische Grundlage für das Denken der Psychiater bildet und daher die Theorie einer biologischen Genese der Schizophrenie ein zentraler Pfeiler der heutigen Psychiatrie ist (*Szasz* 1976).

Wenn man jedoch die Ursache der Schizophrenie in einer Störung der ontogenetischen Verhaltensprogrammierung, d.h. in der Persönlichkeitsentwicklung, oder sogar im Beziehungssystem um die schizophren reagierende Person sucht, wird man aus dem Paradies vertrieben. Man kann in diesem Fall die Psychiatrie nicht mehr als ein Fachgebiet der Medizin unter vielen anderen sehen. Die Beantwortung der Frage: »Was heilt Schizophrenie?« wird schwieriger und zieht zahlreiche Konsequenzen nach sich. So kann die psychiatrische Anstalt nicht mehr als Behandlungsort der Wahl angesehen werden. Die Therapie muß auf der Basis psychoanalytischer Kenntnisse konzipiert werden, der Psychiater kann sich vom Patienten nicht mehr distanzieren und mit Familienmitgliedern als Betroffenen Mitleid haben. Unter den heutigen Verhältnissen muß er sich als Fachmann und Therapeut ständig unzureichend und für das Fehlen wesentlicher Behandlungsbedingungen mitverantwortlich fühlen.

Es gibt bekanntermaßen keine einzelne psychotherapeutische Methode, die die Schizophrenie heilen kann. Die früheren heroischen Einzeltherapien von schizophren reagierenden Patienten, wie z.B. von den Pionieren der Psychosenpsychotherapie *Rosen, Searles, Sechehaye* und anderen waren nicht dauerhaft erfolgreich. Dennoch ist auch heute eine tragfähige Therapeut-Patient-Beziehung grundlegend wichtig, um die narzißtische Übertragung zu bearbeiten, einige Widerstände aufzulösen und Symptome zu beeinflussen. Das

Zentrum der Behandlung bildet jedoch die Gruppe und das therapeutische Milieu. Vom Standpunkt einer psychogenetischen Auffassung ist die Schizophreniebehandlung eine Frage der Organisation verschiedener therapeutischer Methoden auf einer soziotherapeutischen Ebene. Davon ausgehend, daß Schizophrenie eine Systemstörung, eine Regulationsstörung der Persönlichkeit ist, die durch Funktions- und Strukturdefizite entsteht, ist es nicht möglich, sie wie eine neurotische Symptomatik durch psychotherapeutische Fokussierung auf gezielte Probleme zu behandeln. Der Systemstörung der Persönlichkeit muß ein System der Therapie entgegengesetzt werden. Dieses System muß für lange Phasen der Therapie die erkrankte Person völlig einbeziehen. Der Patient muß im therapeutischen Rahmen leben, nicht nur an verschiedenen Therapien teilnehmen. Das macht die Behandlung der Schizophrenie besonders schwierig. Die behandlungspraktischen Fragen müssen dabei sehr individuell beantwortet werden, wie z.B. die Frage der Dauer der stationären Behandlung des Patienten, wie und wann er in die normalen Lebensverhältnisse zurückkehren soll, wie weit diese Verhältnisse therapeutisch oder durch den Patienten selbst verändert werden können usw. Aus den vielen konzeptionellen Bausteinen einer Schizophreniетherapie (u.a. *Maxwell Jones* 1953, *Winnicott* 1972, *Ammon* 1959, 1973, 1979, 1980) wissen wir, daß therapeutische Wirkungen sich auf verschiedenen Ebenen entfalten müssen, um korrektive Effekte, Reifungsprozesse und nachholende Persönlichkeitsentwicklung zu ermöglichen.

Grundlegende Bedingungen der Psychosentherapie sind:

1. Ein emotionales Klima, ein »holding environment«, das für den Patienten genügend Toleranz, Fürsorge und Liebe zur Verfügung stellt.
2. Ein tragender therapeutischer Gruppenprozeß, der den unmittelbaren Rahmen der Behandlung bilden sollte.
3. Ein Übungsfeld für neue Entwicklungen, Beziehungslernen, Abgrenzung und Autonomie in alltäglichen Entscheidungen.
4. Ein allgemeiner institutioneller Rahmen, der als umfassendes System die Behandlungsprozesse koordiniert, den Patienten schützt und Kommunikations- sowie Beziehungs- und Konfliktlösungsmuster vermittelt, die der Patient verinnerlichen kann.

Keine der erwähnten Bedingungen der Schizophreniетherapie ist leicht zu verwirklichen. Notwendig sind nicht nur unspezifische Voraussetzungen wie Geld, Raum, institutionelle Legitimität, sondern auch genügend gut ausgebildetes Personal, engagierte Führung und Leitung und vor allem dauernde Arbeit gegen Entropie, gegen Zerfallstendenzen in derartigen komplexen Systemen, die nur durch inneres Wachstum und Veränderungen innerhalb der therapeutischen Institution bekämpft werden können (*Lawrence* 1979). Diese Tendenz zur Entropie der Therapiesysteme gestaltet die psychotherapeutische Behandlung der Schizophrenie für die Therapeuten emotional aufwendig und belastend. In derartigen Systemen ist der Therapeut mit seinen Fehlern, Versäumnissen und Skotomen durch Team- und Selbstkritik konfrontiert. Das therapeutische Systemniveau fluktuiert dauernd. Neue Regelungsprozesse

müssen eingeschaltet werden. Ausscheiden von Mitarbeitern, teilweise durch Ermüdung, »burn-out«, teilweise durch teaminterne Konflikte und Einstellung neuer Teammitglieder gefährden das mühsam erreichte Gleichgewicht der Systemintegration. Störungen im Therapiesystem können den Erfolg intensiver und regelrechter Therapieformen gefährden.

Die Führung von Therapiesystemen, d.h. von dynamisch-psychiatrischen Kliniken mit stationären und ambulanten Behandlungsmöglichkeiten, die systemhaft konzipiert und betrieben werden, ist darum eine immer nur annähernd ideal verwirklichbare Aufgabe. Besonders der vierte Punkt unserer Bedingungsliste impliziert große Probleme, nämlich die systemhafte Integration des therapeutischen Teams stellt eine große Forderung dar, die multifaktoriell bestimmt und schwer steuerbar ist. Es ist kein Zufall, daß die meisten Anstrengungen auf diesem Gebiet in Einrichtungen für schizophren regierende Patienten zu beobachten sind. Wie immer ist hier der optimale Weg zwischen der Scylla der Vernachlässigung der psychologischen Teamatmosphäre und der Charybdis einer Teamzentrierung und narzißtischen Team-Selbstbeschäftigung nicht leicht zu finden.

Eine ähnlich schwierige, aber ebenso wichtige theoretische und praktische Frage ist die Verlaufskontrolle der Behandlung. Die Prognose einzelner Patienten läßt sich kaum berechnen; einige bleiben längere Zeit auf einem Entwicklungsniveau stehen, während andere schon neue Ziele erreicht haben. Das Therapiesystem sollte dem Behandlungsfortschritt Aufmerksamkeit schenken, wobei dessen Definition nicht leicht ist.

Das Verschwinden von negativen Symptomen, die wachsende Kommunikationsbereitschaft, die wachsende Empathie in Beziehungen, das Nachlassen von Wahnvorstellungen usw. gilt meist als eindeutiges Indiz für die Verbesserung des Zustands. Aber auch das Auftreten irrationaler Ängste und Gedanken, das Erleben von Frustration und Traumen, von regressiven Reaktionen usw. kann therapeutisch notwendig für eine Weiterentwicklung sein. Eine dynamisch-psychiatrische Behandlung kann nicht erfolgreich sein, wenn zentrale Störfaktoren während der Therapie nicht zum Vorschein kommen und damit bearbeitet werden können. Im dynamisch-psychiatrischen Therapiesystem der Berliner Schule bzw. der Klinik Menterschwaige gibt es eine spezielle Therapiemethode, die bei der Auseinandersetzung mit diesem Problem hilfreich ist: die durch *Ammon* entwickelte Humanstrukturelle Tanztherapie (*Ammon* 1986). Hier kann der Patient durch seine körperliche und seelische Einbezogenheit in einen Gruppenprozeß mit seinen inneren irrationalen und gesunden unbewußten Inhalten konfrontiert werden und sich weiterentwickeln. Hintergrund ist die Konzeption des Humanstruktur-Defizits bei Schizophrenie und anderen archaischen Ich-Krankheiten (*Ammon* 1979). Durch nachholende Ich-Entwicklung im therapeutischen Milieu kann eine prozeßhafte Veränderung und Heilung des Patienten erreicht werden. Die wiederhergestellten und neu erworbenen Ich-Funktionen können als Zeichen der Besserung betrachtet werden. So wird z.B. die durch erhöhte Angsttole-

ranz mögliche und aushaltbare Symptommanifestation oder eine Zunahme der Irrationalität von Verhalten und Kommunikation nicht als Rückfall oder Verschlechterung mißverstanden.

Auch wenn die effektivsten Wirkungsfaktoren eines Therapiesystems für spezielle Patienten und spezifische Phasen der Behandlung heute noch nicht bekannt sind, liegt doch nahe, daß eine Ergänzung von Faktoren auf allen der vier erwähnten Behandlungsebenen notwendig ist, was aus der Literatur und aus alltäglichen Beobachtungen im therapeutischen Milieu zu folgern ist. Ein zentraler Punkt der Schizophrenietherapie ist die Fähigkeit, bzw. in *Ammons* Konzept (*Ammon* 1979) die Ich-Funktion, der Regulation der Ich-Grenzen. Zur Regulation nach innen existieren vielfältige Untersuchungen unserer dynamisch-psychiatrischen Schule. Die Regulation nach außen und das Zusammenspiel von Störungen beider Regulationssysteme sind noch unzureichend untersucht. Die Thematisierung der Abgrenzungproblematik in der Gruppe und die symbolische Ausdrucksform in Tanz-, Mal-, Musik- und anderen nicht verbalen Therapien sollten gefördert werden. Seit *Ferderns* Beschreibung der Ich-Grenzen und seit der psychoanalytischen Ich-Psychologie ist die Abgrenzungsproblematik bekannt, jedoch ist die Entwicklung an diesem Punkt stehen geblieben. Daß die von *Ammon* betonte Ich-Funktion der konstruktiven Aggression (*Ammon* 1970) eng mit der Ich-Abgrenzung verbunden ist, könnte man besser verstehen und würdigen, wenn man das sozialpsychologische Konzept der Selbstrepräsentation, oder wie in der neueren deutschen Fachliteratur durch *Mummendey* (1990) benannt, von Selbstdarstellung studieren würde. Das Problem ist zuerst in *Goffmans* Interpretation von alltäglichem Sozialverhalten aufgeführt (*Goffman* 1957, 1961); es wurde später Gegenstand zahlreicher Laboratoriumsversuche in der Sozialpsychologie (*Tedeschi* 1981) und ist heute Grundlage einer flexiblen Theorie des elementaren Verhaltens im Sozialkontext (*Mummendey* 1990). Dieser Aspekt der Kommunikation ist in einigen Therapieschulen, vorwiegend in der Neurosentherapie, z.B. in der Transaktionsanalyse und im Psychodrama, weitgehend berücksichtigt. Die Psychoanalyse und die klassischen tiefenpsychologischen Schulen deuten die Selbstdarstellung als Ausdruck von Abwehrmechanismen. Betrachtet man das Verhalten schizophren reagierender Patienten unter diesem Gesichtspunkt, so kann man wichtige Zusammenhänge der Grenzregulierung des Ichs und damit auch manche Symptome verstehen.

Systemtheoretiker, die die Persönlichkeit modellhaft beschreiben wollen, halten die Funktion der Grenzregelung und die damit verbundene kognitive Kategorisierung und Klassifikation des Ich für die wichtigste psychologische Regelungsfunktion (z.B. *Polsterer* 1983). Das Modell der Persönlichkeit und der psychischen Erkrankung von *Karl Menninger* (1963) kann ebenfalls die Bedeutung dieser dynamischen Abgrenzungsfunktionen untermauern. Insgesamt sollte die Abgrenzungsproblematik bei der Behandlung schizophren reagierender Patienten zum Gegenstand dynamisch-psychiatrischer Forschung werden. Theoretisch kann man annehmen, daß es Parallelen von institutionel-

len Grenzregulationen innerhalb des therapeutischen Teams und der Organisation des Therapiesystems und den Ich-Abgrenzungsproblemen der Patienten gibt. Auf dieser Annahme basiert die Tätigkeit der Systemkonsultation, die in manchen Kliniken notwendig und nützlich wäre (*Lawrence* 1979, *Campbell, Draper, Huffington* 1989). Ein weiteres wichtiges Forschungsthema ist die Frage nach spezifischen Wirkfaktoren in der Behandlung schizophren reagierender Patienten. Die Tatsache, daß allein die medikamentöse Therapie gute symptomatische Besserungen und eine Reintegration erzielen kann, spricht für die Existenz solcher Faktoren. Es ist zu vermuten, daß die medikamentöse Verminderung der Erregung und der vitalen Angst die Patienten für sozialenergetische Prozesse (*Ammon* 1983) zugänglicher macht, wodurch die Wiederherstellung von gestörten Ich-Funktionen möglich wird. Auch in unpsychologisch organisierten Anstalten sind sozialenergetische Prozesse von Bedeutung.

Der systemtheoretische Ansatz kann so zum Verständnis und zur Konzipierung einer systemhaften psychotherapeutischen Behandlung der Schizophrenie beitragen. Das kann ein Anlaß sein, diesen Ansatz auch in unserem dynamisch-psychiatrischen Vorgehen der Psychosentherapie zu verwenden.

Considerations on Schizophrenia Therapy

Béla Buda (Budapest)

The author of the present paper proceeds from the consideration that the simple question, what cures schizophrenia, is very difficult to answer. Theoretical differences, which become ideologies and diverging world views, lead to quite different approaches to the therapy of schizophrenia. The new biological psychiatry continues the tradition of the old custodial psychiatry and considers schizophrenia to be a natural phenomenon, a disorder on the level of neurochemistry. The symptomatic picture and the outcome of symptoms are, according to this view, determined entirely by the severity and localisation of the basic disordered processes in the brain. In this view, the disease can be cured in so far as these processes are changed and normality reverted.

Buda expresses his astonishment that this treatment of schizophrenia is accepted worldwide and its validity is not questioned. Patients will be quiet and conformistic with the help of psychopharmaceutics. This attitude corresponds to the traditional philosophy of medicine and the requirements of the physician's role. The wellknown critic of psychiatry, *Thomas S. Szasz,* emphasizes that schizophrenia is the ideological basis of the general attidudes, theories and views of psychiatrists.

According to the author, considering schizophrenia to be a disorder of ontogenetic programming of behaviour, i.e. a disorder of development of personality, means being driven away from psychiatric paradise. Following *Buda's* de-

finition, the psychiatrist is no longer able to distance himself from the patient. The systemic disorder of personality must be countered by a system of therapy. This system has to include the whole person, and this means that the patient should live in the therapeutic system for a relatively long period of treatment.

Buda describes the main conditions of schizophrenia therapy in the framework of a dynamic-psychiatric clinic, for example the »holding environment« for the patients, the group dynamic structure of the milieu, the learning of every day life functions in a training field and the institutional network as a coordinating and protecting system.

The therapeutic team of the clinic reflects with its own difficulties of demarcation, i.e. with the processes of inner and outer group dynamic conflicts, the problem of the schizophrenically reacting patient with his ego demarcation. The author discusses also the problem of efficiency control in dynamic psychiatric therapy and supposes that the function of ego demarcation is one of the main factors in schizophrenia therapy. He defines the proper treatment of schizophrenia from the point of view of a psychogenetic approach as organising together a number of psychotherapeutic interventions on the level of sociotherapy. Following this definition, *Buda* looks for a connection between the concept of ego demarcation in the approach of *Ammon* and sociotherapeutic and systemic approaches to the same problem (*Mummendey, Goffman, Tedeschi, Polsterer, Menninger*). The author's conclusion is that systemic approaches could support the understanding of a systemically oriented psychotherapy of schizophrenia in a dynamic-psychiatric clinic.

Literatur

Ammon, G. (1959): Theoretical Aspects of Milieu Therapy. The Menninger School of Psychiatry. Topeka, Kansas, USA
— (1970): Gruppendynamik der Aggression. (Berlin: Pinel)
— (1973): Psychoanalytische Milieutherapie. In: Dyn. Psychiat. (6) 112—130
— (Hrsg.) (1979): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie Bd. 1 (München: Ernst Reinhardt)
— (1980): Dynamische Psychiatrie /Neuauflage/ (München: Kindler)
— (Hrsg.) (1982): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie Bd. 2 (München: Ernst Reinhardt)
— (1983): Das Prinzip der Sozialenergie. In: Dyn. Psychiat. (16) 169—181
— (1986): Humanstruktureller Tanz — Heilkunst und Selbsterfahrung. In: Dyn. Psychiat. (19) 317—342
Buda, B. (1985): Systemtheoretische Aspekte der Behandlung in der Dyn. Psychiat. In: Dynamische Psychiatrie (18) 76—85.
Campbell, D., Draper, R., Huffington, C. (1989): A Systemic Approach to Consultation. (London: DC Associates)
Goffman, E. (1957): The Presentation of Self in Everyday Life (New York: Doubleday)
— (1961): Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity (New York: Doubleday)
Gülsdorff, R. (1981): Der Stellenwert der Neurotransmitter und Genetik bei der Schizophrenie. In: Dyn. Psychiat. (14) 38-54.
Jones, M. (1953): Therapeutic Community. (New York: Basic Books)
Lawrence, W.G. (ed.) (1979): Exploring Individual and Organizational Boundaries. A Tavistock Open Systems Approach. (Chichester, New York: Wilew)
Menninger, K. (1957): Psychological Aspects of Organism under Stress. In: *Bertalanffy, von* and

Rappaport, A. (Eds.): Yearbook of the Society for the Advancement of General System Theory. Vol. 2
Menninger, K., Mayman, M., Pryser, P. (1963): The Vital Balance. The Life Process in Mental Health and Illness. (New York: The Viking Press)
Mummendey, H.D. (1990): Psychologie der Selbstdarstellung. (Göttingen, Toronto, Zürich: Verlag für Psychologie)
Polster, S. (1983): Ego Boundary as Process: A Systemic-Contextial Approach. In: Psychiatry (46) 247—288
Szasz, T.S. (1976): Schizophrenia. The Sacred Symbol of Psychiatry. (New York: Basis Books)
Tedeschi, J.T. (Ed.) (1981): Impression Management Theory and Social Psychological Research. (New York: Academic Press)
Winnicott, D.W. (1972): The Maturational Process and the Facilitating Environment. Studies in the Theory of Emotional Development. (London: The Hogarth Press)

Adresse des Autors:

Dr. med. Béla Buda
Ostrom u. 6
1012 Budapest
Ungarn

Das Konzept der Familientherapie in der Dynamischen Psychiatrie Günter Ammons***

Gertraud Reitz*, Thomas Hessel** (München)

Anliegen der Autoren ist eine differenzierte Darstellung der Besonderheiten des familientherapeutischen Behandlungskonzeptes und Verständnisses von Familie im Rahmen der humanstrukturell-sozialenergetischen Konzeption menschlicher Entwicklung in der Dynamischen Psychiatrie Günter Ammons. Dieses Verständnis wird den vielfältigen, in den letzten Jahrzehnten entstandenen familientherapeutischen Schulen gegenübergestellt. Der Leser erhält Einblick in die historische Entwicklung der Familie. Statistisches Zahlenmaterial zur Wohn- und Lebenssituation in der Bundesrepublik Deutschland belegt den gesamtgesellschaftlichen Wandlungsprozeß. Dynamische Psychiatrie versteht die Gesamtfamilie als eine besondere gruppendynamische Gruppe. Sie betrachtet die unbewußte Gruppendynamik der Familie und die Qualität des sozialenergetischen Austausches als wichtiges Diagnostikum. Die Therapie der Familie geschieht durch individuelle Behandlung in Einzel- oder Gruppenpsychotherapie und — soweit notwendig — Milieu-, Kinder- oder stationärer Psychotherapie. Die Autoren geben ein ausführliches Fallbeispiel, anhand dessen das Zusammenwirken der verschiedenen therapeutischen und gruppendynamischen Felder beschrieben wird. Ausgewertet wurden für diese Darstellung Therapieverlaufs-Protokolle, Protokolle der Partnergespräche und der Kindergarten- und Elterngruppenarbeit und die Ergebnisse der ISTA-Testungen (Ich-Struktur-Test nach Ammon) im Therapieverlauf.

Bevor wir uns mit der Therapie der Familie beschäftigen, ist es wichtig darzustellen, was wir heute unter Familie verstehen. Ein kurzer historischer Abriß soll aufzeigen, daß Familien potentiell immer konflikthaft sind und es immer waren, daß es nicht um eine heute besondere Krise der Familie geht, sondern daß heute das Konfliktpotential offener zutage tritt. Von Familie spricht man, seit sich die »Kernfamilie« Vater-Mutter-Kind aus dem Hausverband Ende des 18. Jahrhunderts herauszulösen begann. Die Ideale der bürgerlichen Revolutionen: individuelle Autonomie, Gleichberechtigung, Selbstbestimmung und persönliche Leistung, die Notwendigkeit und die Möglichkeit, den eigenen Lebensweg zu planen, sind Leitbilder für jedes Individuum in der modernen Gesellschaft. Sie sind jedoch nur bedingt vereinbar mit den Strukturmerkmalen und Organisationsprinzipien innerhalb der traditionellen Familie: Hierarchische Machtverhältnisse nach Alter und Geschlecht, Zurücknahme der individuellen Interessen zugunsten des familialen Gesamtinteresses, kontinuierliche, zuverlässige, unauflösbare Bindungen, Verbindlichkeiten, Nähe, Emotionalität und selbstloses Für-einander-da-sein (vgl. *Rerrich* 1988).

Mit dem Entstehen der bürgerlichen Ordnung etablierte sich eine Familienform, die Elemente der ständischen Ordnung enthielt. Legitimiert wurde das patriarchalische Prinzip durch eine nicht zu hinterfragende Bestimmung des Männlichen und Weiblichen aus der Naturgegebenheit verschiedener Wesens-

* Dr. phil., Psychoanalytikerin, Lehranalytikerin, Mitarbeiterin des Münchner Lehr- und Forschungsinstituts der Deutschen Akademie für Psychoanalyse
** Rechtsanwalt
*** Vortrag gehalten auf dem 8. Weltkongreß der WADP / XXI. Internationales Symposium der DAP vom 5.—8. Oktober 1990 in der Hochschule der Künste Berlin

arten. Die geschlechtliche Arbeitsteilung in der Familie: Der Mann arbeitet, die Frau versorgt Haushalt und Kinder, resultiert hieraus. Gleichzeitig wurde durch den romantischen Liebesbegriff die Zweierbeziehung und dann die Gründung einer eigenen Familie als der gesellschaftliche Ort des Glücks und der Selbstverwirklichung zum Leitbild (vgl. *Reitz* 1974).

Die gesellschaftlich Benachteiligten, die Frauen, drängten schließlich auf Verwirklichung der auch von ihnen beanspruchten Freiheit und Gleichheit. Dies beeinträchtigte die Struktur der Familie, und die Konflikte traten real im Familienalltag auf. Sie werden als individuelle Probleme der einzelnen Familien gesehen und auch individuell zu lösen versucht. Dabei kommt es zwangsläufig zu Überforderungen, zu schlechten Kompromissen, zu Auseinandersetzungen und Enttäuschungen, weil es nicht nur individuelle Probleme sind.

Diese Tatsache fand immer mehr Eingang in die öffentliche Diskussion und führte dazu, daß auch die gesellschaftlich organisiserte Institution Familie stärker zum Gegenstand der öffentlichen Auseinandersetzung wurde und ihre nicht zu hinterfragende Selbstverständlichkeit in Frage gestellt wurde. Es wurden alternative Lebensformen, z.B. das Zusammenleben in Kommunen, probiert, die sogenannte antiautoritäre Erziehung der bis dahin konventionellen Erziehung entgegengestellt, die sog. »offene Ehe« propagiert und vieles andere mehr.

Auf dieser Basis haben sich bis heute verschiedene Formen des Zusammenlebens herausdifferenziert, was wir durch folgende statistische Daten, bezogen auf die BRD, belegen:

1. Es wird weniger geheiratet. Die Eheschließungen haben sich seit 1950 halbiert.
2. Die Scheidungsziffer wächst: Von den geschlossenen Ehen wurden geschieden: 1960: 14%, 1983: 28%, 1990: 30% (geschätzt). Die Scheidungszunahmen finden sich in gleicher Weise auch bei Familien mit Kindern oder Zweitehen.
3. Ehepaare ohne Kinder nehmen zu. 1986 waren 30 Millionen Bundesbürger verheiratet (= 15 Millionen Ehepaare), kinderlos sind 22% der Ehen (nicht gerechnet sind hier die Ehen, die noch keine Kinder oder Kinder nicht mehr im Haushalt haben. Diese Prozentzahl betrifft die Ehen, die keine Kinder haben werden).
4. Alleinerziehende Mütter oder Väter werden immer zahlreicher. 1984 wurden 1,3 Millionen Kinder von alleinerziehenden Eltern, meist Müttern, erzogen.
5. Familien, in denen die Mutter außerhalb der Familie arbeitet, nehmen immer mehr zu. Allerdings hängt die Arbeitsaufnahme sehr stark vom Alter und der Anzahl der Kinder ab: Je weniger Kinder und je älter diese sind, um so häufiger arbeitet die Ehefrau außerhalb der Familie. (Frauen mit einem Kind unter 15 Jahren 1982: 47%, Frauen mit 2 Kindern unter 15 Jahren 1982: 37%, Frauen mit 3 Kindern unter 15 Jahren 1982: 32%).
6. Sehr viel mehr Paare als früher leben in einer sogenannten nichtehelichen Lebensgemeinschaft. 1988 waren dies — geschätzt — schon 3 Millionen Bun-

desbürger; die Zunahme von 1972 bis 1982 betrug 27%, bei den unter 24-Jährigen hat sich in diesem selben Zeitraum die Anzahl sogar verzehnfacht.
7. Das Zusammenleben in Wohngemeinschaften nimmt zu. Wir meinen hiermit das Zusammenleben nicht-verwandter Personen in einer Wohnung oder in einem Haus. (Statistische Zahlen können wir hier nicht vorlegen.)
8. Sogenannte Single-Haushalte nehmen immer mehr zu: 20,5% aller Haushalte sind Single-Haushalte. (*Meyer* und *Schulze* 1989).

Als Fazit dieser statistischen Daten dürfen wir festhalten, daß überhaupt nur noch jeder 2. Haushalt durch das Zusammenleben von Erwachsenen und Kindern — in welcher Form auch immer — gekennzeichnet ist. Diese Ausdifferenzierung der Formen des Zusammenlebens hat selbstverständlich Auswirkungen auf die Struktur der traditionellen Familie. Dennoch ist die traditionelle Familie keine Erscheinung der Vergangenheit: Die Hälfte aller Frauen zwischen 18 und 60 Jahren leben in einer Familie mit der traditionellen Arbeitsteilung. In Familien der verheirateten Frauen unter 40 Jahren mit Kleinkindern sind dies sogar 80%.

Dennoch ist die traditionelle Familie nicht mehr uneingeschränkt der Ort, an dem die gesellschaftliche Aufgabe der Kindererziehung geschieht. Zudem ist zunehmend jedes Familienmitglied an andere gesellschaftliche Orte irgendwie angebunden, die Eltern durch Arbeit, die außerfamiliär geschieht, die Kinder durch Kinderbetreuung oder Kindergarten.

Der gesamtgesellschaftliche Wandlungsprozeß bezüglich der Familien weist also eine eindeutige Tendenz auf zur Zunahme und Vervielfältigung der »privaten« Lebensformen. Die Familie ist ein Ort. in dem sich dieser Wandel vollzieht, aber nicht die Ursache dieses Geschehens. Dies darf bei der Diskussion von Familientherapieformen nicht vernachlässigt werden.

Die Erarbeitung einer speziellen Familientherapie fällt in die Zeit, als die Familie Gegenstand der öffentlichen Auseinandersetzung wurde. Einer der führenden ersten Familientherapeuten war *Ackermann,* der seit 1958 die gesellschaftlichen Aufgaben der Familientherapie und des Familientherapeuten herausgearbeitet hat (*Ackermann* 1968).

Es ist in dieser Arbeit nicht der Raum, alle familientherapeutischen Schulen auch nur im Ansatz zu diskutieren. Feststellbar ist jedoch, daß der Ansatz der Systemtheorie in Theorie und Praxis immer breiteren Raum gewinnt. Dieser wichtige Gedanke, daß die Familie in der modernen Gesellschaft ein System neben vielen ist und wechselseitige Beeinflussungen stattfinden, ist relativ neu in der psychotherapeutisch-psychiatrischen Arbeit und beginnt in den 70er Jahren.

»Die systemische Therapie — auch als 'Mailänder Modell' bekannt — wurde von der Gruppe um *Selvini-Palazzoli* (1975, 1980) entwickelt. Sie basiert auf den Arbeiten *Batesons* (1972) sowie der von *Watzlawick* et al. (1967, 1974) dargestellten Kommunikationstheorie. Die Familie wird konsequent als ein sich selbstr organisierendes kybernetisches System gesehen, in dem alle Elemente vernetzt sind und das das angebotene Problem Systemfunktionen erfüllt. Der

ein sich selbst organisierendes kybernetisches System gesehen, in dem alle Elemente vernetzt sind und das angebotene Problem Systemfunktionen erfüllt. Der soziale Kontext — z.B. die überweisenden sozialen Institutionen oder Ärzte sowie das Therapeutenteam selbst — werden von Anfang an als möglicherweise bedeutsame Systemelemente in die therapeutischen Überlegungen einbezogen.« (*Simon* und *Stierlin* 1984).

»Schule«	lfd.Nr.	Autor
Kommunikations-, systhemtheoretische und kybernetische Ansätze	1	BANDLER/GRINDER/SATIR 1978
	2	HALEY 1977
	3	KEMPLER 1975
	4	LUTHMANN/KIRSCHENBAUM 1977
	5	MINUCHIN 1977, ders. u.a. 1967, 1981
	6	RIDDER 1977
	7	SATIR 1973, 1977
	8	SELVINI-PALAZZOLI 1975, dies. u.a. 1977
	9	SPECK/ATTNEAVE 1976
	10	WATZLAWICK u.a. 1969
Ansätze der »Intensiven Familientherapie«	11	BOSZORMENYI-NAGY 1975 a,b
	12	BOWEN 1975
	13	FRAMO 1975 a,b
	14	LAING 1975
	15	WYNNE 1975, ders. u.a. 1958 (deutsch 1969)
	16	ZUK 1978, ZUK/RUBINSTEIN 1975
Analytisch orientierte »Deutsche Schule«	17	GASTAGER 1973
	18	RICHTER 1976 a,b, 1980 ders. u.a. 1976
	19	DUSS-von WERDT 1976
	20	KAUFMANN, L. 1976
	21	KLEMANN/MASSING 1976
	22	STIERLIN 1971, 1976, 1978, ders. u.a. 1977
	23	STUHR 1983
	24	WELTER-ENDERLIN 1982
	25	TOMAN 1975
Analytisch orientierter dialektisch-emanzipatorischer Ansatz in der Familientherapie	26	BAURIEDL 1980

Abb. 1: Schematische Darstellung: Familientherapeutische Schulen und ihre Vertreter (aus: *Pieper* 1986)

Der systemische Ansatz hat seit langem in die Dynamische Psychiatrie Eingang gefunden. Ursprünglich von *v. Bertalanffy* für die Biologie entwickelt, wurde er von *Ammon* in die Dynamische Psychiatrie integriert im Hinblick auf ein multidimensionales Krankheitsgeschehen und das Erkennen der Bedeutsamkeit von homöostatischen Prozessen (*Ammon* 1968). Gerade auch die Arbeit in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige mit ihren multidimensionalen therapeutischen Feldern ist ohne ein systemisches Arbeiten nicht vorstellbar.

Den Übergang vom sog. reduktionistischen zum systemischen bzw. holistischen Paradigma in der Psychiatrie durch die Dynamische Psychiatrie *Günter Ammons* hat *Mönnich* (1985) beschrieben. Dieser Paradigmenwechsel kommt vor allem im veränderten Krankheitsverständnis, im Menschenbild, in der Behandlungskonzeption und in einem veränderten Verständnis von Wissenschaft zum Tragen.

Bezogen auf die Familientherapie sind wir der Meinung, daß die Einbeziehung aller sog. »Systeme«, mit denen das System Familie in Austausch tritt, in die familientherapeutische Arbeit erforderlich ist, wie zum Beispiel die »Systeme« Arbeit, Schule, Freundeskreis uvm. Unseres Erachtens ist es zu kurz gegriffen, nur mit dem »System« Therapeut oder »überweisende Sozialinstanz« mit der Familie zu arbeiten. Insofern stimmen wir mit *Pieper* (1986) überein, die als Ergebnis ihrer Untersuchung zusammenfassend feststellt, daß keiner der Therapeuten — ausgenommen *Bauriedl* — die Familie grundsätzlich infrage stellt. Keiner stellt die Frage, welche Funktion die Institution Familie zu erfüllen hat, und wie sie den an sie gestellten gesellschaftlichen Erwartungen nachkommt bzw. nachkommen kann. Die zentrale Bedeutung der umfassenden sozialen Systeme für das Familienleben wird nicht ausreichend gesehen, ebenso wird die Frage nicht gestellt, wie denn die gesellschaftlichen Bedingungen aussehen müßten, unter denen sich Familien »gesund« entwickeln können.

Ohne eine Vorstellung, unter welchen Voraussetzungen eine gesunde Entwicklung in der Familiengruppe möglich ist, d.h. ohne ein definiertes Menschenbild und ein daraus hergeleitetes Konzept menschlicher Entwicklung ist therapeutisches Arbeiten nicht möglich. Dieses Menschenbild impliziert die Einbeziehung der Dimension des Unbewußten und den gruppendynamisch-sozialenergetischen Austausch in der Familiengruppe, der menschliche Entwicklung erst möglich macht.

Soziologisch und gruppendynamisch betrachtet ist die moderne Kleinfamilie zu einer sich selbst auflösenden Gruppe geworden, die in ihrer Entwicklung mit wechselnden Anforderungen und konfliktreichen Übergängen zwischen den Phasen des Familienzyklus zu rechnen hat. Das Heranwachsen der Kinder, ihr Heraustreten aus der Familie, die Berufstätigkeit der Mutter, je nach Alter der Kinder, nach Bedürfnis und Marktlage als erstrebenswert propagiert oder mit Schuldgefühlen belastet, das Älterwerden der Eltern, die Auflösung der Familie durch Trennung oder Scheidung sind Beispiele für solche Konflikte. Diese zum Teil gesellschaftlich bedingten und/oder der Familie strukturell immanenten übersetzen sich in persönliche Konflikte, sie werden als individuelle Probleme zu bewältigen versucht. Zu vermuten ist, daß durch therapeutische Maßnahmen auf individueller Ebene gesellschaftliche Konflikte gelöst werden sollen. Die Stabilität der Paarbeziehung ist zu *der* Stabilitätsbedingung von Familie als Ganzem geworden.

Es handelt sich also nicht um eine »Krise« der Familie, wie oft behauptet wird — diese Behauptung ist sowohl politisch unverantwortlich als auch wis-

senschaftlich unhaltbar, wie aus der oben ausgeführten Analyse deutlich werden sollte. Die unterschiedlichen Familienformen, die heute vorfindbar sind, müssen in ihrer Besonderheit jeweils thematisiert werden. Die sich daraus ergebenden Konsequenzen für eine Familientherapie sollen im folgenden diskutiert werden.

Obwohl im Konzept der Dynamischen Psychiatrie nicht explizit eine Familientherapie im engeren Sinne benannt wird, wird sie ständig praktiziert, sowohl im Bereich der Prävention als auch in der therapeutischen Arbeit. In jede Therapie ist implizit auch die Familiengruppe miteinbezogen, durch die Verinnerlichung der Primärgruppe einerseits und durch die Auswirkungen auf die aktuelle Familiendynamik andererseits. Der Patient wird sozusagen zum Sprecher der Gruppe.

Für die Familienarbeit bei stationärer Therapie gelten grundsätzlich die gleichen Regeln. Die Intensität und die Art der Zusammenarbeit mit den Familien wird sich immer nach der Ausprägung der Erkrankung richten. Sie muß anders strukturiert werden, da eine stationäre Aufnahme dann erfolgt, wenn der Patient in seiner Lebensrealität nicht mehr existieren kann. Die therapeutischen Felder, die in der ambulanten Therapie zu fest strukturierten Zeiten in Anspruch genommen werden, rücken in der stationären Therapie zusammen; Therapie und Lebenssituation sind identisch. In diesem Referat soll exemplarisch die ambulante Arbeit mit der Familie behandelt werden.

Unser Konzept der Familientherapie zeichnet sich dadurch aus, daß in der Regel nicht die Familie als Ganzes behandelt wird, sondern daß für jedes Familienmitglied eine Situation bereitgestellt wird, die es aufgrund seiner Bedürfnisse und seiner Schwierigkeiten braucht. Dabei ist es möglich, daß das gesamte Behandlungsspektrum der Dynamischen Psychiatrie im Laufe der Therapie für die gesamte Familie in Anspruch genommen wird, von der Prävention im Psychoanalytischen Kindergarten mit seiner integrierten Elternarbeit, über die gruppendynamische Arbeit in der Selbsterfahrungsgruppe oder in der Balintgruppe, die die berufliche Ebene integriert, über die Einzeltherpie beider Eltern, im Wechsel mit der Gruppentherapie, Tanztherapie, Milieutherapie und der Kindertherapie, bis hin zu einer stationären Therapie in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige und dem Leben in einer therapeutischen Wohngemeinschaft.

Dieses besondere Anliegen der Dynamischen Psychiatrie, das auch den präventiven Bereich umfaßt, wird von *Ammon* bereits 1968 im Editorial der von ihm herausgegebenen Zeitschrift *»Dynamische Psychiatrie«* formuliert: »Eine moderne dynamische Psychiatrie ist nicht nur eine behandlungstechnische Disziplin, sondern hat auch für den gesunden, konfliktfreien Menschen und seine Familie eine Aufgabe zu lösen: sie soll vorbeugend, beratend und verändernd auf die Gesellschaft als Ganzes einwirken. Eines ihrer Gebiete ist die sogenannte vorbeugende Psychiatrie«.

Entsprechend diesem Anliegen entwickelten *Ammon* und seine Mitarbeiter Möglichkeiten und Institutionen, Ausbildungsinstitute, Kindergärten, Kliniken, Arbeits- und Studiengruppen, um sowohl vorbeugend, therapeutisch und

im Bereich der »Nachsorge«, vor allem in den therapeutischen Wohngemeinschaften, den Menschen Räume zur Verfügung zu stellen, alle Bereiche ihres Menschseins zu entfalten.

Zentraler Orientierungspunkt ist dabei ein explizit formuliertes Menschenbild, an dem jeder Hilfesuchende sich orientieren kann. Dieses Menschenbild geht aus von der Mehrdimensionalität des Menschen und sieht den Menschen als prinzipiell entwicklungsfähig, lernfähig und friedensfähig an. »Mehrdimensional bedeutet dabei immer Integration und Erzielung von Integration durch sozialenergetische und gruppendynamische Felder« (*Ammon* 1986). »Die Familie ist der früheste Ort, in dem sich Ich-Strukturen durch Sozialenergie entwickeln und ausformen«, schreibt *Ammon* (1982b) in »Arbeit und menschliche Existenz«. Dabei stellt er folgende Graphik auf, um zu zeigen, wie die Entstehung von Sozialenergie zwischen den Dimensionen Arbeit, Gruppe und Persönlichkeit des einzelnen Menschen anzusiedeln ist und wie zugleich Persönlichkeits- und Identitätsstruktur aus dem sozialenergetischen Feld erwachsen können.

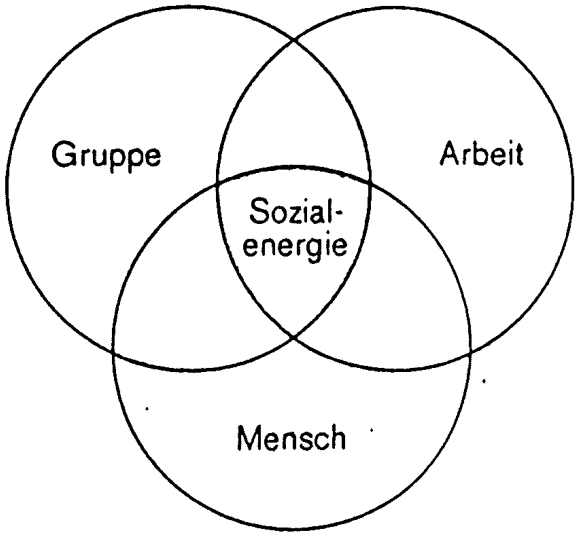


Abb. 2: Idealtypische Darstellung des Zusammenhangs von Gruppe, Arbeit, Mensch und Sozialenergie (aus: *Ammon* 1982b)

Die Entstehung von Sozialenergie spielt auch bei der Identitätsentwicklung in Familiengruppen und bei der nachholenden Identitätsentwicklung in Therapiegruppen eine entscheidende Rolle. »Sozialenergetischer Austausch erfordert immer auch Kontakt zu den unbewußten Anteilen eines Menschen, d.h. zu seinen unbewußten Erwartungen, Wünschen, Gefühlen und Zielen. Arbeitsprojekte, die das Unbewußte der Menschen auszuschalten verlangen, werden auch immer die durch Arbeit und Gruppe entstehende Sozialenergie vermindern« (*Ammon* 1982b).

Diese Grundsätze gelten auch für Familiengruppen. Die Familie ist also daraufhin zu untersuchen, um welche Form des sozialenergetischen Austauschs es sich handelt, d.h. auf einem gleitenden Spektrum gesehen, ob die Familie als konstruktive, destruktive oder defizitäre Gruppe zu definieren ist, je nach dem Vorherrschen von Sozialenergie, die dem Einzelnen eine kreative Entwicklung gestattet bzw. nicht gestattet.

Die Arbeitssituation der Eltern spielt insofern hinein, als sie das gruppendynamische und sozialenergetische Feld der Familie beeinflußt. Dabei spielt eine Rolle, wer von den Eltern anwesend oder abwesend ist, wer von den Eltern eine ausfüllende Arbeit leistet und welche Einstellung die Eltern jeweils ihrem Tätigsein entgegenbringen. All diese Aspekte sind bei der sog. Familiendiagnose zu berücksichtigen. Dabei ist zu beachten, daß es nicht unser Anliegen ist, durch therapeutische Maßnahmen die Familie zu erhalten, sondern jedem Familienmitglied, vor allem den Kindern, eine eigene Entwicklung im Schutz einer Gruppe, die Entwicklung gewähren kann, zu ermöglichen.

Die Zusammenführung der gesamten Familiengruppe in Anwesenheit aller beteiligten Therapeuten wird dann erforderlich und sinnvoll, wenn es darum geht, menschlichen Kontakt mit der Familie herzustellen, diagnostisch Einsicht zu gewinnen in die gruppendynamischen und sozialenergetischen Prozesse, Auseinandersetzungen zu unterstützen, um eine differenzierte Abgrenzung des Patienten von der Familie zu fördern und einen Raum zu schaffen für neue Entwicklungsschritte. Diese allgemeinen Regeln müssen differenziert werden, je nach dem Stand des therapeutischen Prozesses und den Bedürfnissen der Beteiligten.

Dies soll am Beispiel der Therapie einer Familie aufgezeigt werden. Der Verlauf der nachholenden Entwicklung der gesamten Familiengruppe wird dargestellt in den verschiedenen therapeutischen und gruppendynamischen Feldern.

Als methodische Basis dieser Darstellung dient die Auswertung der Therapieverlaufsprotokolle, der Vergleich der ISTA-Werte über den gesamten Therapieverlauf, die Auswertung der Partnergespräche sowie der Protokolle aus der Kindergartenarbeit und die Auswertung der Humanstrukturellen Tanztherapie.

Herr K kam zum ersten Mal über eine Klausurtagung in Berührung mit einer Gruppe, in der er zum ersten Mal erleben konnte, daß er ein eingeengtes Leben führt, daß seine Angepaßtheit ihn hindert, seiner Arbeit mit Freude nachzugehen und seine Beziehung zu seiner Frau und zu seinen beiden Kindern zu gestalten. Er entscheidet sich zu einer psychotherapeutischen Behandlung, die er in einer Gruppe beginnt.

Seine Primärgruppendynamik: Herr K ist ohne Vater mit einer sehr dominierenden Mutter aufgewachsen. Der Vater war seit 1943 vermißt, später in Gefangenschaft gestorben, er hat ihn nie kennengelernt. Von der Mutter wurde ihm ein sehr idealisiertes Vaterbild vermittelt. Er wuchs mit einer streng katholischen Erziehung auf, war oft phantasierter Partnerersatz für die Mutter.

Frau K macht ihre erste Gruppenerfahrung in einer gruppendynamischen Selbsterfahrungsgruppe, die alle vier Wochen stattfindet, zu der sie von ihrem Wohnort anreisen muß.

Primärgruppendynamik von Frau K: Sie ist die erste von drei Kindern, hat zwei jüngere Brüder. Die Mutter hatte die Befehlsgewalt, der Vater war das ausführende Organ. Es wurde totale Anpassung gefordert. Die Mutter strebte

eine sich selbst genügende Familie an. Jeder Ausbruchsversuch, auch von seiten des Vaters, wurde bestraft, durch Beleidigtsein und Selbstmorddrohungen. Auch sie wurde zum phantasierten Partnerersatz für den Vater mit Verbündung gegen die Mutter. Frau K hatte seit ihrem 10. Lebensjahr starke Zwänge entwickelt als Abwehr der psychotischen Desintegration. Diese Zwänge sind zu verstehen als ein Bewältigungsversuch der schuldgefühlmachenden und sexualverbietenden Familendynamik.

Diese primäre, verinnerlichte Familiendynamik bringen beide in die eigene Familie mit ein. Aufgrund der starken Defizite in ihrer Persönlichkeit überfordern sie jeweils den Partner durch Übertragungserwartungen einer neuen idealisierten Familie und dem verinnerlichten Sexualitätsverbot.

Frau K ist sehr ängstlich in der Selbsterfahrungsgruppe. Sie weint viel. Sie hat Heimweh und große Schuldgefühle, daß sie ihre zwei Kinder der Schwiegermutter überlassen hat. Sie nimmt an mehreren Wochenenden teil über zwei Jahre und spürt immer wieder ihre großen Trennungsschwierigkeiten von ihren Kindern und ihre Eifersucht auf ihre Schwiegermutter. In der Gruppe begreift sie allmählich, daß sie überhaupt kein eigenes Leben mehr führen kann, daß ihre Vorwürfe an Mann und Kinder nur ihre Identitätsangst verdecken sollen. Parallel zu den Wochenenden beginnt sie eine Einzeltherapie, die nach etwa einem Jahr in eine Gruppentherapie übergeleitet wird. Sie schließt dann die Selbsterfahrungsgruppe ab, um sich ganz auf ihre Therapiegruppe zu konzentrieren.

Der Einstieg von Frau und Herrn K in die Therapie über die Selbsterfahrungsgruppe ist sehr häufig. Selbsterfahrung ist zunächst weniger bedrohlich, sie ermöglicht einen ersten Kontakt mit der Institution, ermöglicht eine längere Zeit der Klärung der Motivation mit Hilfe anderer Menschen. Der Teilnehmer kann sozusagen am eigenen Leibe durch die Widerspiegelung der verinnerlichten Familiendynamik in der Gruppe erfahren, was er braucht. Beide haben ganz bewußt Therapeuten ausgewählt, die nach dem Konzept der Dynamischen Psychiatrie arbeiten. Sie wissen, daß ihre Therapeuten in einer therapeutischen Kontrollgruppe mit anderen zusammenarbeiten.

»Grundvoraussetzung der Ich-Strukturologie ist, daß der Mensch ein Gruppenwesen ist, d.h. daß er in Gruppen geboren ist, seine Ich-Struktur sich in Gruppen entwickelt hat, er dort seine Sozialenergie erhalten hat oder sie ihm verwehrt worden ist. In Gruppen kann der Mensch seine höchstmögliche individuelle Identität erlangen, Gruppen können ihm in ihrer Dynamik Kreativität ermöglichen oder aber auch ihn krank machen. Nach der Lehre der Ich-Strukturologie ist auf einem gleitenden Spektrum alle Krankheit Resultat verweigerter oder destruktiver Sozialenergie« (*Ammon* 1982a).

Die Gruppe ist das Feld, in dem die Familiendynamik sich widerspiegelt: Die Gruppe ist darum sowohl diagnostisch als auch therapeutisch von eminenter Bedeutung. In der wöchentlich stattfindenden Kontrollgruppe des Instituts sind alle therapeutisch Arbeitenden vertreten, auch die Leiter der Elterngruppen des psychoanalytischen Kindergartens.

Hier in der *therapeutischen Kontrollgruppe* sind die Mitglieder der Familie K vertreten durch ihre jeweiligen Therapeuten bzw. Elterngruppenleiter. Die Kontrollgruppe arbeitet wie eine Balintgruppe mit Prozessen der Widerspiegelung, mit Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand. Sie wird in der Regel vom Leiter des Lehr- und Forschungsinstituts oder von einem Lehranalytiker geleitet. Diese Gruppe hat eine starke Entlastungsfunktion für die Familie K. Je mehr sich die Therapeuten auseinandersetzen, desto besser geht es den Patienten. Die Therapeuten übernehmen Hilfs-Ich-Funktionen für Herrn und Frau K, vor allem bei der Abgrenzung der destruktiven Dynamik. Werden die Übertragungen zu stark und können nicht auf die Therapie begrenzt werden, so wird ein Paargespräch geführt. Diese Paargespräche sind aber keine Paartherapie, sondern eine »Krisenintervention«: Sie sollen dabei helfen, Übertragungen zu erkennen, destruktives Agieren abzugrenzen, und den Kontakt zwischen den Partnern wiederherzustellen. Sie werden selbstverständlich nur mit dem Einverständnis beider durchgeführt.

Themen der Paargespräche waren immer wieder Sexualität und Kontaktabbruch. Frau K verführte, verbot aber die sexuelle Annährung; Herr K reagierte anfänglich mit Impotenz, dann mit Aggression: Er nimmt eine sexuelle Beziehung zu einer anderen Frau auf. Sie tobt vor Eifersucht und will die Beziehung auflösen. Ein weiteres Thema der Paargespräche war die Eifersuchtsdynamik mit und um die Kinder.

Herr und Frau K haben eine Therapie begonnen, weil ihr Zusammenleben immer schwieriger geworden ist. Sie erleben keine Sexualität mehr miteinander, können nicht zusammen Ferien verbringen; defizitäre Sozialenergie bestimmt immer mehr den Raum in der Familiengruppe. Die beiden Kinder sind 4 und 1 1/2 Jahre alt. Immer stärker werdende Zwänge bei Frau K, Arbeitsstörungen und Depressionen bei Herrn K wechseln mit Phasen großerVerzweiflung. Beide fühlen sich als Eltern völlig überfordert. Die Kinder konfrontieren die Eltern mit deren Schwierigkeiten.

Nach längerem Warten ist im psychoanalytischen Kindergarten endlich ein Platz frei für das ältere der Kinder, für Jana. Die Mutter schreibt heute dazu: »Es begann ein Trennungskampf auf Leben und Tod. Einerseits wollte ich, daß sie in den Kindergarten geht, andererseits hatte ich riesengroße Schuldgefühle und das Gefühl, total versagt zu haben.« Oft wurde die Therapeutin angerufen, um der Mutter in ihrer Verzweiflung beizustehen. Jeden Morgen tobt der Kampf in der Familie K bis zur psychotischen Reaktion des Kindes. Die Eltern begreifen erst nach langer Durcharbeitung, daß das Schreien der Kinder etwas mit ihren Trennungsängsten zu tun hat. Jana ist nicht in den Kindergarten zu integrieren, trotz aller Versuche und Unterstützung durch andere Eltern. Sie beginnt mit einer Kindertherapie zusätzlich zum Kindergarten. Die Trennung von dem zweiten Kind ging wesentlich leichter. Es konnte ohne zusätzliche therapeutische Hilfe in die Kindergruppe aufgenommen werden, weil die Eltern sich verändert hatten.

»Der Kindergarten und die Elternarbeit waren für uns sehr wichtig, weil wir so in München Kontakt zu Menschen fanden, und zwar einen so intensiven,

den ich bis dahin nicht zu Menschen hatte und der zum Teil heute noch besteht«, sagt die Mutter. Diese Äußerung der Mutter zeigt, wie wichtig der Kindergarten mit seiner Elternarbeit ist. Neben seiner ganz alltäglichen Arbeit wie in anderen Kindergärten auch, hat er seine besondere Bedeutung als Vorbeugung psychischer Erkrankung der Kinder und — insgesamt gesehen — als Erweiterung und Öffnung der Kleinfamilie. Der Kindergarten wird darum auch häufig Elterngarten genannt.

Die Elterngruppen, die jeder Kindergruppe zugehörig sind, werden in der Regel von einem Psychoanalytiker des Lehr- und Forschungsinstituts geleitet, wodurch dann auch die gesamte Kindergartenarbeit in die Kontrollgruppe integriert wird. Weiter gibt es die Erzieherkontrollgruppe und die Gesamtkontrollgruppe von Erziehern und Elterngruppenleitern. Dadurch entsteht ein intensives Geschehen auf den verschiedenen Interaktionsebenen.

»Das präventive Moment unserer Kindergärten liegt in der frühen Erkennung defizitärer Ich-struktureller Aspekte, die hier in statu nascendi aufgefangen und mit Hilfe der Kindergarten- und Elterngruppe bearbeitet werden können im Sinne einer früh ansetzenden nachholenden Ich-Entwicklung, die im Notfalle auch durch zusätzliche Kindertherapie erweitert werden kann« (*Gisela Ammon* 1979).

So konnte auch Jana nach einer kurzen kindertherapeutischen Unterstützung wieder in die Kindergruppe integriert werden, weil die Eltern sowohl im Feld des Kindergartens als auch in ihren therapeutischen Gruppen an ihren Trennungsängsten und ihren Defiziten arbeiteten.

Im Rahmen der Durcharbeitung der destruktiven Aggression, die einen großen Fortschritt im therapeutischen Prozeß bedeutet, wurde eine räumliche Trennung von Herrn und Frau K erforderlich. Auch die Aufnahme der Mutter in die Klinik Menterschwaige wurde in diesem Zusammenhang häufig diskutiert. Frau K entschließt sich auszuziehen, weil beide sich nur noch destruktive Sozialenergie geben können. Jenseits der therapeutischen Ebene, die die Umwandlung defizitärer Anteile der Persönlichkeit über destruktive in konstruktive erforderlich macht, war es vor allem auch die Wut und Enttäuschung über das Scheitern in der Ehe, vor der das Paar und vor allem die Kinder geschützt werden mußten. Der schmerzliche Prozeß der Bewußtwerdung, daß das Leitbild von der Familie als Ort des Glücks, der Liebe und der Selbstverwirklichung trügerisch ist, war für beide mit so viel Anforderung verbunden, daß sie diesen Prozeß getrennt vollziehen wollten. Nach einem intensiven Partnergespräch in Anwesenheit beider Therapeuten kann entschieden werden, daß die Kinder beim Vater bleiben. Er ist zur Zeit der Stabilere und kann auch eher die Fürsorge für die Kinder übernehmen, und auch die Mutterrolle liegt ihm von seiner Persönlichkeitsstruktur mehr. Es durfte bisher nur nicht deutlich werden, weil beide aus einer streng katholisch und starr eingeengten Familie kommen, wo diese neue Rollenteilung unvorstellbar war.

Starke Verlassenheitsängste ergreifen Frau K. Sie scheint den Boden unter den Füßen zu verlieren. Die Rolle der Mutter schien ihr die einzige Existenz-

berechtigung zu geben. Als die Tochter ein Bild von der neuen Wohnung malt, in der kein Zimmer für die Mutter vorhanden ist, ist sie sehr verzweifelt. Sie braucht viel Unterstützung von ihrer Therapiegruppe und hat inzwischen auch mit einer Einzeltherapie begonnen. Es entsteht ein festes sozialenergetisches Feld um sie herum; im Zusammenhang mit der Trennung aus ihrer aktuellen Familie kann sie die Trennung aus ihrer Primärfamilie durcharbeiten. Die heranwachsende Tochter macht ihr ihre eigene, nicht erlebte Pubertät lebendig. Sie leidet seit ihrem 10. Lebensjahr unter starken Zwängen.

Die Bedeutung dieser räumlichen Trennung liegt vor allem darin, daß durch die äußeren Grenzen sich innere Grenzen bei ihr aufbauen können. Ihr werden die Übertragungen auf ihre Kinder und ihren Mann deutlich. Sie erlebt Mann und Kinder wie ihre Primärfamilie, in der sie für ihre Eltern da sein, immer Rücksicht nehmen mußte und alle eigenen kindlichen Bedürfnisse unerfüllt blieben. Durch ihre nachholende Entwicklung auch im geistigen Bereich — sie macht Abitur nach und beginnt ein Studium — kann sie auch ihre tödliche Rivalität mit ihrem Mann, den sie wie ihren Bruder erlebt, der von der Mutter bevorzugt wurde, ablegen. Partnergespräche in dichteren Abständen schaffen Grenzen und stellen den Kontakt her. Die Treffen mit den Kindern werden klar strukturiert und führen zu ganz neuen Beziehungen.

Beide — Herr K und Frau K — möchten ihre Beziehung erhalten, weil sie viele gemeinsame Interessen haben und eine starke Zuneigung sie verbindet. Beide beginnen bei ihren jeweiligen Therapeuten mit der Tanztherapie, die ihnen neue Dimensionen von Körperlichkeit und Erotik aufzeigen. Sie verliebt sich in eine Frau und kann endlich über ihre homoerotischen Wünsche sprechen und gewinnt dadurch auch Abstand zu ihrer quälenden Eifersucht. Diese Phase in der Therapie ist sehr dramatich und es ist offen, ob die beiden wieder zueinanderkommen. Die Kinder können sich schon aktiver bei Auseinandersetzungen beteiligen bzw. sind weniger an den Krächen der Eltern interessiert, weil sie ihre Kinder- und Freundesgruppen haben. Sie haben eine gute Beziehung zu ihrer Mutter entwickelt, trotz oder wohl gerade wegen der räumlichen Trennung.

Beide Eltern haben sich immer sehr verantwortlich für die Entwicklung ihrer Kinder eingesetzt, unterstützt vor allem vom Kindergarten. Beide haben sich immer auch um die Belange anderer Kinder und Eltern bemüht.

Beim Beginn ihrer Tanztherapie träumt Frau K, daß sie den Tod tanzen soll, Leben ist gleich Sterben. Ihr Körper verändert sich, die Sexualität macht mehr Spaß, seit sie ihren Mann nur trifft, wenn beide es wirklich wollen. Vorsichtige Schritte führen sie wieder zueinander. Sie entscheiden sich für ein Zusammenleben im eigenen Recht, nicht unter dem Zwang von Übertragungen und Idealisierungen. Sie gehen wieder zusammen als Veränderte, mit einer anderen Einstellung dem Partner und sich selbst gegenüber, mit einer realistischen und auch kritischen Sicht, was die Familie, der Partner und die Kinder ihnen bedeuten und was sie von ihnen fordern können. Die Trennung hat 1 1/2 Jahre gedauert.

Dazwischen lagen getrennte Ferien, Teilnahme an gruppendynamischen Klausurtagungen, Teilnahme von Herrn K an einer Balintgruppe nach Abschluß der Therapie und viele therapeutische Schritte der Abgrenzung, der Kämpfe um Veränderung und eine immer wieder auftauchende Bereitschaft, sich Auseinandersetzungen zu stellen, sich der Angst zu stellen. Das hat mich immer sehr berührt und auch ermutigt, meinerseits die Kraft einzusetzen für ein lebendiges Leben dieser Menschen. Dabei ging es immer wieder darum, ehrlich zu prüfen und den beiden helfen herauszufinden, ob sie aus Angst voreinander sich trennen wollen oder aus Angst vor dem Alleinsein beieinander bleiben wollen.

An diesem Beispiel sollte aufgezeigt werden, auf welchen Ebenen Familienprobleme sich zeigen können, die auch immer in der Arbeit mit Familien ihren Platz finden müssen:

a) Auf der therapeutischen Ebene hat diese Familie zu kämpfen mit den Konflikten und Defiziten, die jeder aus seiner Primärfamilie mitbringt, die seine Persönlichkeit geprägt hat.
b) Auf der gruppendynamischen Ebene ist es die Veränderung der Familienstruktur durch Geburt der Kinder, Einschulung, Veränderung der Erwartungen sowohl beim Mann als auch bei der Frau.
c) Auf der soziologisch-gesellschaftlichen Ebene sind es die Konflikte, die der Institution der Kleinfamilie immanent sind und als solche auch erkannt und bewußt gemacht werden müssen.

Diese Ebenen können sich überlappen und stehen in einer Wechselbeziehung untereinander. Dies zeigte sich an unserem Beispiel besonders bei der Frage der Trennung des Paares. Hier zeigen sich die Widersprüche, innere und äußere, wenn die Rollenerwartungen und persönliche Wünsche nach einer eigenen Identitätsentwicklung aufeinandertreffen: Wer behält die Kinder, was ist mit der Identität der Mutter, darf sie — nun schon über 30 Jahre — eine neue Berufsausbildung beginnen, darf der Vater die Mutterrolle übernehmen.

In der therapeutischen Arbeit ist es immer wieder wichtig, diese Ebenen bewußt zu machen, zu trennen und zu integrieren, um zu entlasten von dem Gefühl, daß es sich immer um ein persönliches Versagen handelt. Beide Partner bringen eine ähnliche Primärgruppendynamik mit in die Ehe, sozusagen: Beide erwarten vom anderen, daß er anders reagiert als die Primärfamilie, und sie müssen dann mit Wut und Enttäuschung feststellen, daß es nicht so ist.

Der Prozeß der Bewußtmachung, der Veränderung und der Integration läuft immer auf diesen verschiedenen Ebenen und findet seinen Platz vor allem in der therapeutischen Gruppe, die in ihrer Arbeitsweise wechseln kann zwischen einer Therapiegruppe, einer Balintgruppe oder einer Arbeitsgruppe, je nach dem Thema und den Bedürfnissen, die behandelt werden. Wichtig ist, daß Sozialenergie fließt, so daß jede Gruppensitzung für die Beteiligten zu einem Erlebnis werden kann.

Zu einer nachholenden Entwicklung im Sinne einer Identitätstherapie gehört die Bewußtmachung und Durcharbeitung auf allen Ebenen, so daß eine

lebendige, offene Gruppe entstehen kann, die flexibel und verantwortlich mit den Anforderungen, die immer wieder in Familien auftauchen werden, umgehen kann.

The Concept of Family Therapy in the Dynamic Psychiatry of Günter Ammon

Gertraud Reitz, Thomas Hessel (Munich)

The paper is introduced by a historical summary on the origins of the notion »family«. In the romantic ideal of the two-persons-relationship, the family becomes the very place of happiness and self-realization. Arising conflicts are interpreted in terms of specific family problems — as an endeavor to overcome alternative life patterns; the »antiauthoritarian education« and the »open marriage«. This process of social change manifests itself in the increase and multiplication of »private« life patterns, of housing communities, of single households, unmarried couples etc. The family is the field, but not the cause of these changes.

In a parallel process to this transformation of the family unit, different family-therapeutic schools have developed: communication, system-theoretical, cybernetic, »intensive family therapy« models, the psychoanalytically oriented »German School« and the similarly psychoanalytically oriented dialectical-emancipatory approach of family therapy. The »systemic therapy«, developed by the *Selvini-Palazzoli*-group in the 70's and also known as the Milano model, is being widely used. Some, following *Bateson* und *Watzlawick,* see the family as a self-organizing cybernetic system.

Common to all these approaches is the lack of the group dynamic dimension, of the involvement of the unconscious, as well as of an explicit image of man. Moreover, they mostly fail to question the principle of the family as such and the expectations it entails. The system therapy, originally developed by *von Bertalanffy,* has been integrated into Dynamic Psychiatry with its multidimensional understanding of health and disease, and the importance of homeostatic processes for the therapeutic working fields. On the other hand, *Ammon* epitomizes the preventive aspect of the family in the concept of the Dynamic Psychiatry: it should »enfold its impact on society as a whole, through prophylaxis, counseling and modification«. In this concept, family therapy is not explicitly named, it is, however, continously practised, preventively as well as therapeutically. It is implicit in the conception of internalized dynamics of the primary group of the individual patient, in the secondary effect of an efficient therapy upon the family group and, thirdly, in the concern with such tangential areas as school, working place, circle of friends, etc.

Within these networks, the patient is seen as the representative of the entire group, as that member of the family, that articulates an unpleasant theme, or gives expression to the subconscious group dynamics of the family. The family

is not treated as a whole, but each family member is offered the necessary individual therapeutic situation. It may happen that various members should use the entire therapeutic spectrum of Dynamic Psychiatry.

The case history of a married couple, who had begun psychotherapeutic treatment in individual and group therapy with two different therapists, illustrates the important diagnostic and therapeutic function of the control group, in which subconscious dynamics of the family could be understood in the process of reflection. It shows the extent of change in the therapeutic process in all its phases, with the accompanying experience of limits and despair; furthermore, how children are apt to confront the parents with their difficulties. It also makes clear, how individual therapeutic development can be put at the disposal of the various family members in the way of a retrieval of ego and identity development: thus, the preventive work of a psychoanalytic kindergarten, with its integrated parent work for the children, and different therapeutic areas of group-dynamic self-experience for the parents.

The case history makes distinct the differentiation as well as the integration of the various levels: the therapeutic level involves working with the conflict and deficits each family member brings from his or her primary group; on the group dynamic level, family problems are made obvious by changes in the family structure through the birth of children, their going to school, or through changing expectations of both partners. On the social-sociological level, the conflict immanent in the institution of the »small family« can be recognized and made conscious.

Family groups may also be investigated in terms of their creative, constructive, or deficient-destructive social energetic climate, i.e. whether it is propitious or inhibitory to development of its members. Thereby, the unconscious group dynamics of the family provide an important diagnostic aid with respect to the individual as well as to the process of change undergone by the entire group.

Literatur

Ackermann, N.W. (1968): Die Aufgaben eines Familientherapeuten. In: Dyn. Psychiat. (1/2) 89—109

Ammon, Gisela (1979): Präventive Maßnahmen — Psychoanalytische Kindergärten und Psychoanalytische Pädagogik. In: *Ammon, G.* (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 1 (München: Ernst Reinhardt)

Ammon, Günter (1968): Dynamische Psychiatrie. In: Dyn. Psychiat. (1) 6—18

— (1972): Kreativität und Ich-Entwicklung in der Gruppe. In: *Ammon, G.* (Hrsg.) Gruppendynamik der Kreativität (Berlin: Pinel Publikationen)

— (1976): Was macht eine Gruppe zur Gruppe. In: *Ammon, G.* (Hrsg.): Analytische Gruppendynamik (Hamburg: Hoffmann und Campe)

— (1982a): Ich-Strukturelle Gruppenpsychotherapie. In: Dyn. Psychiat. (15) 1—9

— (1982b): Arbeit und menschliche Existenz. In: *Ammon, G.* (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 2 (München: Ernst Reinhardt)

— (1986): Der mehrdimensionale Mensch (München: Pinel)

Bauriedl, T. (1989): Beziehungsanalyse (Frankfurt/Main: Suhrkamp)

Boscolo, L.; Cecchin, G.; Hoffman, L.; Penn, P. (1990): Familientherapie — Systemtherapie. Das Mailänder Modell (Dortmund: vml-Verlag modernes Lernen)

Buchkremer, G.; Rath, N. (1989): Therapeutische Arbeit mit Angehörigen schizophrener Patienten (Bern: Hans Huber)
Duss-von Werdt, J.; Welter-Enderlin, R. (1980): Der Familienmensch (Stuttgart: Klett-Cotta)
Meyer S.; Schulze, E. (1989): Balancen des Glücks (München: Beck)
Mönnich, H. (1985): Paradigmenwechsel einer Wissenschaft In: Esotera (36) 452—460
Pieper, B. (1986): Familie im Urteil ihrer Therapeuten (Frankfurt/Main: Campus)
Rerrich, M. (1986): Balanceakt Familie (Freiburg i.Br.: Lambertus)
Reitz, G. (1974): Die Rolle der Frau und die Lebensplanung der Mädchen (München: Juventa)
— (1983): Der Stellenwert der Sexualität in einer therapeutischen Gruppe. In: Dyn. Psychiat. (16) 254—275
— (1988): Die Bedeutung der humanstrukturellen Tanztherapie für die Entwicklung der Liebesfähigkeit. In: Dyn. Psychiat. (21) 436—447
Reitz, G.; Schibalski, W.; Zohner, C. (1985): Freie und therapeutische Wohngemeinschaften der Deutschen Akademie für Psychoanalyse. In: *Franz Mehring* Ges. (Hrsg.): Wild und verschlafen — Jugend nach 1960 (Weingarten: Drumlin)
Selvini-Palazzoli, M.; Boscolo, L.; Cecchin, G.; Prata, G. (1988): Paradoxon und Gegenparadoxon (Stuttgart: Klett-Cotta)
Simon, F.; Stierlin, H. (1984): Die Sprache der Familentherapie, ein Vokabular (Stuttgart: Klett-Cotta)
Stierlin, H. (1980): Von der Psychoanalyse zur Familientherapie (Stuttgart: Klett-Cotta)
— (1989): Individuation und Familie (Frankfurt/Main: Suhrkamp)
Wirsching, M.; Stierlin, H. (1982): Krankheit und Familie (Stuttgart: Klett-Cotta)

Adresse der Autoren:

Dr. phil. Gertraud Reitz
Thomas Hessel, Rechtsanwalt
Arcisstraße 59
W-8000 München 40

Die Psychotherapie psychosomatischer Störungen bei Jugendlichen**

Mauricio Knobel* (Campinas)

Es ist das Anliegen des Autors, die für die Jugendlichen-Phase allgemein gültigen Entwicklungskrisen aufzuzeigen, von den schwerer psychosomatischen Störungen abzugrenzen und die von ihm entwickelte therapeutische Methode darzustellen. Dabei bezieht er sich vor allem auf seine eigenen, über 25 Jahre währenden Untersuchungen und therapeutischen Erfahrungen, schließt sich der Auffassung von E.H. Erikson an und beruft sich auf Günter Ammon im Verständnis einer »psychodynamischen, psychoanalytischen Psychosomatik«. Der Autor unterscheidet die sog. »normalen« Krankheiten des Jugendlichen, die entwicklungsimmanent sind, von den psychodynamisch begründeten. Er versteht Krankheit immer ganzheitlich und durch die Familie und die Umgebung mitverursacht. Daraus folgt für ihn als therapeutische Konsequenz die Einbeziehung der Familie in die Therapie. Für die sog. »normalen« Krankheiten hält er eine unterstützende Therapie für ausreichend, für die psychodynamisch begründeten empfiehlt er vor allem die von ihm entwickelte Kurztherapie als eine »Therapie mit begrenzter Zeit und begrenzter Zielsetzung«. Er erläutert seine Prinzipien der Kurztherapie, wobei er akzentuiert auf die vier Grundprinzipien eingeht. Er modifiziert diese vier Prinzipien (Übertragung, Regression, Durcharbeiten und Objektwandel) im Hinblick auf die jeweilige Diagnose und die besonderen Erfordernisse einer Jugendlichen-Therapie. Von dem Jugendlichen-Therapeuten fordert er, neben der gründlichen Kenntnis der Entwicklungskrisen Flexibilität, Einfühlungsvermögen und ein liebevolles Umgehen mit dem Jugendlichen als wichtigste Grundlage der Psychotherapie.

The problems of adolescence are many and complex, and have been the subject of different points of view and controversial theories. Focusing specially on »Psychosomatics«, we accompany an increasing interest and a growing literature on this matter. Personally I presented my own experience since 1967 (*Knobel* 1967; 1972, 1974, 1975, 1978, 1979, 1986).

We can define adolescence as that period of life during which the individual seeks to establish his identity through his first internalized parental-object relationship; tests the reality his social environment offers him, and undergoes the physical development which will enable him to estabilize his personality on a genital level (*Knobel* 1966).

I think it is necessary to state clearly what we understand by a genital level in an adult sense. The adult genital level is reached when the adolescent, having gone through successive stages of psychosexual maturation, can find complete libidinal satisfaction with an individual of the opposite sex, at the same time accepting the possibility of parenthood (social and economic conditions permitting it), implied in such a relationship.

Summing up the characteristics of an adolescent we can say that his outstanding traits are: 1. The search for his identity and his self. 2. A marked group tendency. 3. The need to exercise an active and conscious phantasy

* Full Professor and Head of Department of Psychiatry, State University of Campinas (UNICAMP), Campinas, São Paulo, Brazil, Vizepräsident der WADP, Chairman des brasilianischen Zweiges der WADP.

** Vortrag gehalten auf dem XV. Internationalen Kongreß für Psychotherapie vom 16.—20. September 1991 im Kongreßzentrum Hannover

life as well as a constant intellectualization, as the specific form of thought process at that age. 4. Religious crisis, ranging from absolute atheism to a religious mysticism. 5. Temporal misplacement with occasional feelings of atemporality. 6. An evident sexual evolution from autoerotism to genital heterosexuality. 7. A vindicating social attitude. 8. Successive contradictions in all the aspects of behaviour, guided by a tendency towards action which substitutes more evolved forms of thought. 9. Conflict and struggle for a progressive separation from parents. 10. Constant mood fluctuations. This phenomenological-dynamic synthesis shows us that normal adolescence is a turbulent period of strife and conflict, and, as we can consider it in the developmental process, a normal syndrome in which these ten »symptoms«, interacting in contantly fluctuating manner, result in the achievement of adulthood. (*Aberastury, Knobel* 1989; *Knobel* 1991).

It is the lack of satisfaction, characteristic of adolescence, which gives impetus to the struggle of the individual and of society, for the bettering of environmental conditions. Regretfully, this struggle is characterized by renunciation of many satisfactions, acceptance of restrictive rules and by an increase of the instinctive primitivism of love and hate, of life and death, of frustrations and achievements. And this is also an essential component of the process of adolescence, as a special stage of human development, that expresses itself mentally, socially and bodywise, which brings us to psychosomatics as an holistic human problem (*Knobel* 1974, 1975, 1979).

To treat the psychosomatic problems, it is necessary to adopt a definite position towards the human being in general and to his development in special on one side, and towards the concept of »illness« on the other side. To begin with the second consideration, it is not difficult to adopt the idea that any illness affects the whole individual. The entire being is suffering, not only an organ or body system, yet these are the outside channels (symptoms, signs) which enable the identification of an apparently »nosologic entity«, which has its own characteristics in each age of life, which makes it necessary to distinguish the pathologies themselves, in their essential differences observed during the distinct developmental steps. The developmental process is an essencially discriminatory process, which starts with the definition between »Ego-non Ego«, goes on with »I-The Other«, which corresponds to »Internal World-External World« and gets more complex when classifying the components of the Internal World, and what represents the External World. And this lets us face the first position presented above.

I often consider that *Erikson*'s classic view about adolescense, stating that a fundamental »task« is to achieve an »identity« (*Erikson* 1956), had crystallized and closed ways to the psychosomatic research on children and adolescents. Every individual has his identity since birth, and, according to his basic needs and his capacity to satisfy them, he will develop his own life with his peculiar and unique way of being sane or ill. The human beings biography begins before conception and starts to get structured with it. His achievements, his failures and frustrations, his mistakes, happen into a continuum of sameness

which shows us a specific integrity of the individual who is always acting and communicating (*Knobel* 1986). It is then difficult to think of a mere biological determinism when analysing disturbed organs and systems. Therefore, I agree with the idea that any illness is »a crisis in one's biography« and this is true in any moment, or better, in every moment of one's life. The newborn humanizes himself since the uterus and even more after birth and in the interaction which enables him to obtain this discriminating evolutive process, which becomes paramount during adolescence. The first discriminations are corporal, and from a psychodynamic point of view it can be said that they are essentially and fundamentally narcissistic. The body self structures itself into an early foundation-like identity which will enable the individual, along with growth and evolution, to have potential an relationable identities.

Pathology is never strictly individual, and it is always, somehow, connected with the evironment. It is always the result of a dialectic equation, in which one of the sides is the very individual in his crisis, and the other is a polifacetic one, which is multideterminated by the family, the culture and the society, with its specific politic-economic elements, plus ethic and aesthetic values. It is by this reason that hebiatric pathology is, first, a pathology of the mother-child binomium and therefore a social pathology. The known »cramps« and »vomits«, as well as some feverish or painful manifestations (pure conducts and not necessarily the proverbial »virose« culpability) are »normal« pathologies of the adolescence. They determinate changes in the family and introjected parental actitudes, which help to discriminate the objects of the internal world as well as the ones of the external world. They are »normal« pathologies and are essential to development. They demand, to the hebiatric knowledge, the therapeutic prudence and the interaction adolescent-physician-family, put in a certain social-economic context that cannot and shall not be marginalized nor ignored (*Knobel* 1979, 1986).

On the other hand, the adolescent can also get sick, from a psychodynamic point of view, by many ways, without the denial of physical and biological aggressions determining etiologically somatic pathology. I am referring to psychic »modalities« of somatic manifestations, which I think could be applied to all clinical pathology, admitting all reserves and questionings that this apparently ambitious postulation could generate. I am proposing a »Psychodynamic Psychoanalytic Psychosomatics« close to the sense given by *Ammon* both to psychiatry and psychosomatics (*Ammon* 1974, 1980; *Chiozza* 1980, 1986). From this point of view, and just aiming towards clinical orientation, it is possible to infer that there may be, schematically speaking, three kinds of somatization: hysteric, hypochondriac and psychotic (*Knobel* 1972, 1974, 1975, 1978, 1979, 1986; *Cabral Pilz* 1991). In the somatic illness with the »hysteric« predominance, we observe the classic Freudian »conversion«, in which the psychic conflict acquires direct organic expression, with dramatic manifestations, the need of an audience (family), exhibition and erotization of body areas chosen by chance and not following necessarily the natural anatomophysiologic

coherence. The adolescent cries, gets uneasy, complains in the presence of relatives, lets himself be examinated by the physician (in many occasions with a calm contrasting with the complaint), who acquires the characteristic of goodness (as a desired parental substitute) and omnipotence, which may lead to several and repeated visits, that are often solved with »medicines« of »placebo action«, which should indicate the need of a psychotherapy for the adolescent, or for the parents, or even better, for the family. When the patient has a psychodynamic prevail of the »hypocondriac« type, what shows up is a painful case, with intense complaints and visible illnesses, which may or may not be relationed to a real organic disease. The presence of a specific somatic pathology or its absence, infectious or systemic, does not exclude the hypocondriac concomitant. The adolescent complains and cries and the pain, when it shows up, is deeply felt and, maybe, what differentiates him is the fact that he is resistent to examination, is hostile to the physician, and does not accept the therapeutic indications easily. These cases are disturbing and should alert to the use of an anti-depressive medication, to which the nosology itself could be indicated, accordingly to the physician's clinical experience. In the cases we call »psychotic« somatization, the somatic pathology, real and sometimes severe, develops with a strong component of self-denial and omnipotence. Although the parents notice some unusual fatigue, a light dizzyness or cough, or any disease too persistent, the adolescent affirms to be allright and keeps playing and studying »normally«, until the organic illness emerges. A psychotic way of living demands a strong denial of the facts, and dissociation between mind and body occurs. They are generally serious illnesses, sometimes even malignant or infectious, which turn out chronic by denial. The appropriated medical care is fundamental, but the psychotic component should not be ignored.

It is important that, in the predominance of any of the somatizations modalities, one should not fall into any iatrogenic psychologism or psychiatrism, but instead should help to understand the patient, for the effectiveness of the medical action. This is what I call »psychodynamic psychosomatic medicine«. It is true that in the psychosomatic problems of the adolescence the parents and the family have an important role in the etiopathology and therapy. I think this is a basic principle that, when minimized, contributes to a bad diagnosis and a worse therapy for the ill adolescent. Another important aspect in adolescent psychosomatic medicine is the masked depression. This subject has been focused by various psychiatric studies, but I take it as a most important element in the adolescent somatic pathology, since many clinical cases of several natures are nothing but somatic expressions or somatic collaterals of an adolescent masked depression, which is not always easy to diagnosticate. But the sad expression in the individual's face, his soft and complaining cries, his easy fatigue, his semi-autism and his »absence« are indicators of a masked depression. When the physical illness associated with the depressive conditions must be treated, the adding of a tricyclic or tetracyclic derivate helps to diminish the usual morbidity and to improve recovery, with a sensible positive

change of the disease. During adolescence, the mentioned modalities of somatizations can be observed more clearly. They are for sure inserted in the very structure and individuality of the adolescent, which is a follow-up from childhood that the individual gradually loses, along the developmental process. This evolving phase is neither simple nor pleasant. It is indeed tough and annoying, because the evolutionary steps are based on mournings and frustrations which can be described according to a psychodynamic point of view, always keeping in mind that all of this sequence of events take place in the body and in the body image (*Aberastury, Knobel, Rosenthal* 1972).

The depressive components thus observed in the normal adolescent get acute in the sick adolescent, and can be understood when one sees that the entire process of adolescence is a successive and simultaneous mourning process which, for didactical purposes, can be divided in: mourning for the infantile bisexuality, the infantile role and identity, the infantile body, the parents of childhood, the mourning for the re-birth which is experienced by the march of pubertal processes, and the mourning for the phantasy of the possibility of an endogamic betrayal. It is in this fashion that the individual makes an evolutive descrimination which allows him to break the bounds of latency and to accept adolescense and, of course, the adolescent body and its correspondent body image which gradually, and slowly restructures itself. Only at the end of adolescence body and body image get integrated, enabling the individual to enter young adulthood. One should not take as a strange occurrence the normal somatic complaints of adolescence. Here the erratic pains of growth show up, the occasional headaches, the sudden and dissymetric movements (which are related with the dissociation between the body changes and the yet not followed changes in the body image), the problems with the first menstruations and ejaculations, the repressed and phobic sexuality, etc. I think it is necessary to remember and to repeat that the adolescent as an individual lives in an identity crisis, probably the most critical phase in the biographic identity of any individual, being this crisis a structural one and an intense and fast process of discrimination, which is basically on corporal levels, paranoically lived as being outside the Self. This discrimination is often hardened by the environment which seeks a symbiosis with the adolescent. In our cultural medium, without major differences related to social classes, the dependence relation with the familiar environment is deep and increases the chronological length of adolescence. This situation leads us to ask if the adolescent oppositionism is also consequence of the intense familiar dependence with few possibilities of individuation. More than once, the somatization processes of the adolescent show a double game, in which one part plays an intense »illness« to run away from the environment, breaking down bounds which have the characteristics of real bounds with the family and the environment (and they are those I include in the briefly mentioned »normal pathology«) and some other times this happens in such a fashion, that for the adolescent and for the physician who examines the case, the situation has the most pathologic characteristics.

In face of the adolescents who show different kinds of illness with the mentioned characteristics, it is important that the physicians take into consideration their contratransferential feelings of rejection, contempt, the sentiment of failure. It is also necessary to consider that these patients can also neutralize the medical action by self-destruction, because one needs to experience the psycho-bio-social failure of one's body, to achieve his identity and therefore project himself into the future. It is disturbing to think that somatization could be the best »defense«, that it can also be a destructive or a restructurant factor. It is destructive while it persists in itself and the medical help is neither well ministered nor accepted by the patient, who can also induce the physician to act iatrogenically by omission or by tolerance. It is restructurant when the psychodynamic dynamics are satisfied, relationed subjacently to the seen pathology, and the physician can act with a healing/compensatory function of the affective and social needs that afflict the adolescent.

I have refered myself to the general illnesses which show up in adolescence, but it is opportune to mark the fact that, besides the specific adolescent manifestations, there are those illnesses which begin in childhood and keep being active throughout adolescence, those typical in one community and frequent in this period of life (yet not specific), also those which remain hidden and begin to show up during adolescence (with consequences to posterior phases of life) and those which increase or decrease notedly in this developmental period. In this problem of psychosomatic disorders in adolescence we cannot forget to mention the high rate of accidents (specially with vehicles in urban centers), sexual transmissible diseases, the growth of the smoking habit and its cardio-respiratory consequences, drug addiction, alcoholism and its cerebral-gastro-hepatic consequences. Even more, many mental illnesses, of many types, are often masked by »somatic« affections, and appear in later life. It is therefore necessary that a medical specialization be dedicated to this specific age. That is why one may speak of »puberology«, »hebiatry«, »adolescentology« or, simply, »Adolescence Medicine« (*Knobel* 1979).

The knowledge of psychosomatic disorders in children and adolescents will allow us to fill a medical lacune and will open a whole field of investigations in psychological, psychiatric and social research, which will avoid the iatrogenic product of ignorance and will favor a better comprehension of the human being in his holistic and evolutive whole. The recognition of the »abnormality« of adolescence raises the first question in our discussion. When does the treatment of the adolescent becomes necessary? There are some authors who maintain that many manifestations that are felt sometimes as abnormal disturbances are only transient disturbances of normal »symptoms« and with time itself the individual will achieve a final stability. It is quite possible that the anxiety of the adults surrounding the adolescent may deserve more attention than the supposed pathology of the adolescent himself. This gives birth to the treatment of family groups; to such forms of therapy as the »groups of mothers« or »groups of fathers«, to the handling of the matter from the »social

casework« viewpoint, to the requirement of guidance and support in order to dramatize tensions and thus allow a more harmonious life. The adolescent group tendency and the interaction of his problems with those of the society in which he lives, lead us to bear in mind this reality, and enable us to seek solutions through the several modalities of use of groups. Within this frame of reference some specific problems which require a special technique and training may come up. Hospitals, orphanages, and other residential treatment centers require group or individual techniques of a particular kind and of great social importance (*Knobel* 1990a).

There are some problems which are generally accepted as making the psychotherapeutic process during adolescence particularly difficult. It is possible that neuroses, psychoses, perversions and deliquency can be handled in adolescents with the same criteria with which the same problem might be considered in a more advanced age, or occasionally, if the case so requires, as a more regressive infantile situation. We think that even in such cases, adolescence is characterized by such particular traits that they do colour all the treatment with the shades of the specific psychological structure in which the nosological processes occur (*Knobel* 1990b). The difficulties of psychological therapy arise from several factors. In the first place, there is a disturbance in communication. The adolescent has a true barrier in his thought process which results in impulsive action, in the form of a behavioural short-circuit in which thought is avoided and conceptualization vanishes. We can see a lack of »insight« which prevents communication on logical levels of thought. There is also, concomitantly with the variability of the vital process characteristic of normal adolescence, a volatility in daily life and even during a therapeutic hour, forcing the adolescent patient into a metapsychological fluctuation which requires flexibility, patience and deep knowledge on the therapist's part. The therapist must observe these upheavals, concurrently absorbing the frustrations, aggression and the distrust that his patient will project. Perhaps there is a lack of libidinal energy which prevents a good object relationship with the therapist, or there may be a severe instinctive drive which forces the adolescent to draw back from the therapist in order not to destroy him, allowing therefore a slow and painful changing of the bad internalized objects, whose projection to the outside world might become dangerous and threatening. All this enables us to give, even in the psychoanalytic therapy, some advice which, though it may escape from rigid orthodoxy, does not necessarily imply a modification of the operational context of psychoanalysis. For instance, it is possible to treat one's adolescent patient face to face, to tolerate movements and actions during the session, to allow oneself humorous remarks which may be apparently in answer to a request of acting, or counter-identification and counter-transferential phenomena of several shades and intensities, but always to conclude with the interpretation of the prevailing unconscious phantasy, which brings to the conscious level the psychic conflict as lived in the transferential relationship (*Knobel* 1966, 1990a). It is necessary to take into consideration some typical

»relationship modalities« which are shown by the adolescent and recognized by the therapist will facilitate enormously the initial phases of the therapeutic process (*Knobel, Santos* 1991). Some authors think that it is not easy to establish a transference neurosis in adolescents, but if we accept his phenomenological variations, place ourselves in the adolescent's psychic reality, and work with the required flexibility, the therapeutic process can be led within the psychoanalytic principles of psychic reorganization. Following *Aberastury,* we can say that a very intense transference is established; it is, however, very frail, on account of the paranoid anxieties ruling the adolescent's psychic dynamics. (*Aberastury* 1971). The countertransferential feelings cannot be avoided in a good psychotherapeutic relationship and the therapist should be aware of this matter. If the adolescent has a serious narcissistic injury, the therapist might also feel it in himself and try to repair it with a fatherly or motherly attitude, which is not, of course, therapeutic, and which would worsen the pathology of the adolescent. We think that a great part of the pathology of adolescence is due to disturbances in the psychic structure caused by a severely restrictive super-ego. The manic behaviours that are frequently observed in this period of life, when exaggerated in the acting-out of pseudo-satisfactions which are only apparently genital, constitute pathological behaviours that can be explained following Garma, as a process in which we will find not the triumph of the Ego over the Super-Ego, or a pathological or inadequate instinctive liberation, but rather the submission of the Ego to a cruel and restrictive Super-Ego which deceives the Ego, compelling it to a masochistic acting-out behaviour which is destructive and pregenital, and which will never lead to really satisfying fulfilments (*Garma* 1966; *Garma, Garma* 1966).

What is most frequently observed in the psychopatic — like behaviour (characteristic of adolescence) (*Aberastury, Knobel* 1989), is the handling of the acting-out, of the notion of time, of the primary process of thought, of the relations with the internal objects and the difficulties that the adolescent faces on account of his impotence regarding the changes occuring within his own body, which all together are problems which force the therapist to function as a Super-Ego. I do not think that his function should be restrictive, severe or guiding, as some other authors believe. I do think that we must permit for the substitution of that castrating and paralyzing Super-Ego which prevents the expansion of the Ego in the achievement of the libidinal instinctive drives. By accepting the projection of the bad, injuring and negative objects, object-relationships and parts of the self, the therapist will enable an introjection of more convenient substitutes for normal evolution of personality. The therapist should be ready to offering himself as a more permissive and tolerant Super-Ego; as a reasonable ideal of the Ego; as a useful reservoir of projections, and as a source of more positive identifications, of more satisfactory love and as an adult substitute for the irretrievable infantile losses. The process of »substitution« of the Super-Ego is of vital importance and it can be handled in traditional psychoanalysis and in psychoanalytic oriented psychotherapies (*Knobel*

1968). Short-term psychotherapy comes in here as a differentiated therapy.

Evidently, the usefulness of short-term psychotherapy in adolescence's psychosomatic disorders is very important and I consider it necessary to get familiar with the concepts of this type of therapy. *Alexander* and *French (Alexander, French* 1946) have introduced two theoretical concepts that have greatly modified psychoanalytic technique: 1. the principle of flexibility, and 2. the principle of corrective emotional experience. One could tend to think that it would be impossible to endeavour experimental therapeutic techniques without adopting some kind of new therapeutic concepts. That is the reason why the marvelous contribution of these two authors seems to have been diluted, that is, we would tend to think that we could go on elaborating alternative psychoanalytic approaches, for there was nothing more to be added to the theoretical framework avaible. Fortunately, *Marmor* revitalizes and updates these concepts, obliging us to examine them more objectively and pragmatically (*Marmor* 1966). By re-equating the temporal aspect involved in the overall psychotherapeutic objectives, *Wolberg* also makes a significant contribution to this therapeutic approach, which seeks technical abridgement and aims at consistent improvement of the patient's psychopathological conditions (*Wolberg* 1965). Following this path, *Malan* conceives and systematically researches what he calls »Focal Psychotherapy«, a psychotherapeutic procedure which has been widely diffused, (*Malan* 1963, 1976, 1979), which I have already used (*Knobel* 1983) and which *Vera Lemgruber* has brilliantly updated (Lemgruber 1984). In this line of psychoanalytically deeper and pragmatically short-term therapy, we can place *Braier (Braier* 1981), and specifically *Muslin* and *Val,* with their »Psychotherapy of the Self« (*Muslin, Val* 1987). Since 1965, I have been working on a more accessible shorter psychotherapeutic technique which would be able to produce pragmatic therapeutic results. Later on, I summarized my experience in a small handbook in which I emphasized the psychoanalytic basis of this »psychotherapy of limited time and delimited objectives« (*Knobel* 1987), a technique which I am using nowadays in the already outlined psychosomatic processes in adolescence. From a pragmatic point of view, I limit my time for the therapist-patient relation in the proportion as the patient's conflicts and the resulting psychopathological structures allow me to do so. This is of paramount importance due to the adolescent's feature of dystemporality. Considering that brief psychotherapy is indeed a therapy of »limited time and delimited objectives«, I propose the following technical modifications, which represent the results of what has been learned with psychoanalytic practice and throughout a personal experience of more than 20 years in this new approach:

1. »Transference« is a universal phenomenon and is an inevitable occurence in any therapeutic process. It certainly must be understood (and truly recognized in adolescents). If we interpret it systematically, we will inescapably cause a »transferential neurosis« which would prevent shorting of the treatment. Consequently, I recommend not to interpret it, truly understand and register it.

2. By not interpreting transference, and by diluting it in the external-internal object world of the patient, the therapist can avoid part of the regressive process which, despite being an important element in the psychoanalytic technique, is also the responsible factor for the endless prolongation of treatment.
3. In the psychoanalytical practices and through regression and its regressive transferential context, a dynamic re-structural basic process takes place; »working-through« mainly occurs at profound affective levels. It is important that what is going on be understood, so that in the atemporality of the unconscious the most productive »working-through« may take place at the most appropriate temporal dimension for each person, and in adolescents when they are ready for it.
4. Object mutation is then a dirct consequence of the proposed technique, enhanced by the concept that here and now is the time to change »false« or »unconsciously falsified« information for true information or, more conveniently, for more objective or consensual information, which would permit not only a less conflictive relationship but also the use of defense mechanisms more adapted to metapsychological balance. This means living psychodynamically, both from a cognitive and from an affective point of view. In treatment of psychosomatic problems in adolescence, the therapist must know »medicine«, »somatic illnesses« and »psychodynamic psychiatry«.

In order to become acquainted with this technique as with many others that have been verified by analyzing their theoretical and methodological bases, it is necessary to have a real therapeutic disposition and knowledge of phenomenological and metapsychological diagnoses, which assure the adequate selection of patients, and a deep research of the more adequate and useful defense mechanisms for each person (*Knobel* 1990c, 1990d). I have called these objectives »delimited« for a didatic purpose and in order to diminish omnipotent phantasies of cure. The more general, global objective lies in the fact that therapeutic technique may contribute to a patient's conscientization of his masochistic behaviour, so that he can try to achieve critical adaptation, which will show that he does not have to submit himself to an alienating society, but rather fight for his rights, for his well-being and happiness, so contributing to build a more pleasant, fair human community, that I consider to be the most transcendent way to perpetuate oneself in future generations. After all, as I stated several times, this is the foundation of the adolescent's identity, this is the task of this developmental period of life, which, when hindered by illnesses of any kind, will hamper his developmental structuring task.

Psychosomatic problems in adolescence shall be handled with the appointed technique of psychotherapy of »limited time and delimited objectives«, a sort of short-term therapy which, in these cases, needs a short-time approach (somatic processes may have dreadful time limitations) and the actual medical pharmacological and/or surgical indications may then be performed with more safety and a better prognosis. The adolescent stage of life is frail but it is also receptive to adult understanding and support. Because of its fragility it is

also an important element in restructuring the growing personality within a growing body that still needs love and care, which are the foundations of psychotherapy in the psychosomatic disorders of adolescence.

Die Psychotherapie psychosomatischer Störungen bei Jugendlichen

Mauricio Knobel (Campinas)

Der Autor beschäftigt sich zu Beginn des Referats mit der sog. »normalen« Entwicklung des Jugendlichen, die er in Anlehnung an *E.H. Erikson* als eine permanente Suche nach einer eigenen Identität, sowohl geistiger, sozialer als auch körperlich-sexueller Art versteht, die durch Krisen gekennzeichnet ist. Krankheit kann dann als eine Krise in der jeweiligen Biographie verstanden werden, die immer auch determiniert ist durch die Familie, die Kultur und die Gesellschaft mit ihren ethischen und ästhetischen Werten.

Der Autor unterscheidet die normalen Entwicklungskrankheiten von den psychodynamisch begründeten. Erstere dienen dazu, die innere von der äußeren Welt zu trennen. Sie hängen zusammen mit der körperlichen Veränderung und dem davon abweichenden Körperbild, mit Problemen der ersten Menstruation und der Ejakulation, mit der unterdrückten und mit Angst verbundenen Sexualität. Im Verständnis der psychodynamisch begründeten Krankheiten schließt der Autor sich der Auffassung *Ammons* an und spricht von einer »psychodynamisch, psychoanalytischen Psychosomatik«. Für die diagnostische Abklärung ergibt sich die Frage, wann eine Behandlung des Jugendlichen erforderlich wird; ob es sich um sog. Durchgangsphänomene handelt oder ob die Angst der Familie mehr Aufmerksamkeit verdient als die vermutete Krankheit des Jugendlichen. Hier beginnt dann die Behandlung der Familiengruppe. Gerade wegen der schwierigen Frage der Abgrenzung fordert der Autor eine spezielle Ausbildung für alle Jugendlichen-Therapeuten und für alle Institutionen, die mit Jugendlichen zu tun haben.

Der Autor sieht die Hauptursache der Störungen beim Jugendlichen in einem zu strengen, restriktiven Über-Ich, in seinen Ausführungen *Angel Garma* folgend. Der Therapeut muß sich als ein gewährendes und tolerantes Über-Ich und als ein vernünftiges Ich-Ideal anbieten und als ein erwachsener Ersatz für die unwiederbringlichen kindlichen Verluste. Im Gegensatz zu anderen Autoren hält der Autor die Entstehung einer Übertragungsneurose für möglich und damit auch die Anwendung der psychoanalytischen Technik.

Die vom Autor entwickelte und seit 1965 praktizierte Kurzpsychotherapie gewinnt bei Jugendlichen einen besonderen Stellenwert. Er wendet sie bei fest umrissenen psychosomatischen Prozessen an. Diese »Psychotherapie mit begrenzter Zeit und begrenzter Zielsetzung« muß in den vier Grundprinzipien modifiziert werden:

1. Die Übertragung, die immer auftritt, muß verstanden, aber nicht interpretiert werden.
2. Dadurch wird die Regression vermieden, die, obwohl wichtig im therapeutischen Prozeß, eine Verlängerung der Behandlung verursachen würde.
3. Das Durcharbeiten soll eher rational und kognitiv-affektiv geschehen, so daß der Jugendliche sein Verhalten auch verstehen kann.
4. Ein Objektwandel ist dann eine direkte Konsequenz aus dem Gesagten.

Behandlungsziel ist, daß der Patient in die Lage versetzt wird, kritisches Bewußtsein zu entwickeln, um zu erkennen, daß er nicht fremdbestimmt ist, sondern für seine Rechte und eine bessere und gerechtere menschliche Gemeinschaft kämpfen kann. Hierin sieht der Autor die grundlegende Aufgabe der Identitätsbildung des Jugendlichen, die, wenn sie durch Krankheit verhindert wird, seine Entwicklung hemmt.

Literature

Aberastury, A. et al. (1971): Adolescencia (Buenos Aires: Kargieman)

Aberastury, A; Knobel, M. (1989): La Adolescencia Normal. Un Enfoque Psicoanalítico, 14th Edition (Buenos Aires: Paidos)

Aberastury, A.; Knobel, M.; Rosenthal, G. (1972): Mourning as a Way to Maturity. Thinking in Normal and Psychopathic Adolescents, In: *Lindon, J.A.* (Ed.): The Psychoanalytic Forum, Vol. 4 (New York: Intern. Univ. Press Inc.)

Ammon, G. (1974): Psychoanalyse und Psychosomatik (München: Piper)

— (1980): Dynamische Psychiatrie (München: Kindler)

Alexander, F.; French, T. (1946): Psychodynamic Therapy: Principles and Applications (New York: The Ronalds Press Company)

Braier, E.A. (1981): Psicoterapia Breve de Orientación Psicoanalítica (Buenos Aires: Nueva Visión)

Cabral Pilz, S. (1991): Disturbios Psicosomáticos na Adolescência. In: *Maakaroun, de F.* et al. (Eds.) Tratado de Adolescência. Um Estudo Multidisciplinar (Rio des Janeiro: Cultura Medica Ltda.)

Chiozza, L.A. (1980): Trauma y Figura del Enfermar y del Psicoanalizar. (Buenos Aires: Paidos)

— (1986): Porqué Enfermamos? La Historia que se Oculta en el Cuerpo (Buenos Aires: Alianza Edit. S.A.)

Erikson, E.H. (1956): The Problem of Ego Identity. In: J. Amer. Psychoanalytic Association (4) 56—121

Garma, A. (1966): Dinamismos y Significados Latentes de las Reacciones Maníacas. In: *Rascovsky, A., Liberman, D.* (Eds.): Psicoanálisis de la Mania y la Psicopatía (Buenos Aires: Paidos)

Garma, A.; Garma, E. (1966): Reacciones Maníacas: Alegría Masoquista del Yo por el Tiempo Mediante Enganos, del Superyó, In: *Rascovsky, A.; Liberman, D.* (Eds.): Psicoanálisis de la Manía y la Psicopatía (Buenos Aires: Paidos)

Knobel, M. (1966): On Psychotherapy of Adelescence. In: Acta Paedopsychiatrica (33) 168—175

— (1967): Medicina psicosomatica nell'adolescenza. In: Med. Psicosom. (2) 141—152

— (1968): Psychotherapy and Adolescence. In: *Riess, R.F.* (Ed.): New Directions in Mental Health, Vol. I (New York: Grune & Stratton)

— (1972): Patología Psicosomática de la Adolescencia. In: Minerva Psiquiát. Argentina (2) 51—58

— (1974): Abnormality in Normal Development. A Concept of Symptom Formation in Childhood. In: *Musaph, H.* (Ed.): Mechanisms in Symptom Formation (Basel: Karger)

— (1975): Research an Clinical Practice in Psychosomatic Medicine. Proceedings of the 3rd Congress of the International College of Psychosomatic Medicine. Vol. I, 22—45 (Roma: L. Pozzi)

— (1978): Perturbaciones psicosomáticas en la adolescensia. In: Rev. Med. Psicosomática Argentina (15) 10—19

— (1979): Hebiatric Psychosomatic Medicine. In: Psychother. Psychosom. (31) 128—132

— (1983): Psicoterapias Focais. In: *Abenepi* (Org.): A Crianca e o Adolescente da Década de 80 (Vol. I. Porto Alegre: Artes Médicas)

— (1986): Trastornos Psicosomáticos en Niños y Adolescentes. In: *Vidal, G.; Alarcón, R.D.* (Eds.): Psiquiatria. (Buenos Aires: Editor. Med. Panamericana)
— (1987): Psicoterapia breve (Buenos Aires: Paidos)
— (1990a): New Approaches to Psychotherapy in Childhood and Adolescence. In: *Stefanis* et al. (Eds.): Psychiatry: A World Perspective, Vol. 3 (Amsterdam: Elsevier)
— (1990b): Introduction to the Problem of Assistance and Therapies in Adolescence. In: *Stefanis* et al. (Eds.): Psychiatry: A World Perspective Vol. 1 (Amsterdam: Elsevier)
— (1990c): Significance and Importance of the Psychotherapist's Personality and Experience. In: Psychother. Psychosom. (53) 58—63
— (1990d): Training in Short-term Psychotherapy. Psychother. Psychosom. (53) 123—129
— (1991): A Sindrome da Adolescência Normal. In: *Maakaroun, M. de F.* et al. (Eds.): Tratado de Adolescência. Um Estudo Multidisciplinar (Rio des Janeiro: Edit. Cultura Med. Ltda)
Knobel, M. Santos. M.G.P.dos (1991): O Adolescente e o Professional de Adolescência. Um Estudo Multidisciplinar (Rio de Janeiro: Editora Cultura Mêdica Ltda.)
Lemgruber, V.B. (1984): Psicoterapia Breve. A. Técnica Focal (Porto Alegre: Artes Médicas.)
Malan, D.H. (1963): A Study of Brief Psychotherapy (London: Tavistock).
— (1976): Toward the Validation of Dynamic Psychotherapy (New York: Plenum Co.)
— (1979): Individual Psychotherapy and the Science of Psychodynamics (London: Butterworth)
Marmor, J. (1986): The Corrective Emotional Experience Revisited. In: J. Short-Term Psychother. (1) 43—47.
Muslin, H.L.; Val, E.R. (1987): The Psychotherapy of the Self (New York: Brunner/Mazel)
Wolberg, L.R. (1965): Short-Term Psychotherapy (New York: Grune & Stratton)

Address of the author:

Prof. Dr. Mauricio Knobel
Psychiatric Department
University of Campinas
Rua Roberto Silveira 27
CEP 13075 Campinas SP
Brazil

Die Bedeutung der Theatertherapie für die Psychotherapie der Psychosen — ein kasuistischer Beitrag***

Dorothee Doldinger*, Ulrich Etschmann** (München)

Am Beispiel eines psychotisch reagierenden Patienten beschreiben die Autoren einen theatertherapeutischen Prozeß in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige. Sie vertreten dabei die Ansicht, daß die Wahl einer Rolle auf einer unbewußten Identifikation beruht und immer in Beziehung zur Primärgruppendynamik des jeweiligen Patienten steht. Nach einem Literaturüberblick und einer kurzen Darstellung einiger Prinzipien der Theatertherapie wird die Lebensgeschichte eines Patienten geschildert und zu seinem Spiel in den einzelnen Szenen des Theaterstückes in Beziehung gesetzt. Es wird dabei deutlich, daß durch die Auseinandersetzung mit der Rolle und im Zusammenwirken mit dem therapeutischen Milieu der Klinik Identitätsschritte ermöglicht werden. Die Autoren betonen, daß die Theatertherapie nur dann ihre therapeutische Wirkung bei der Psychotherapie der Psychosen entfalten kann, wenn sie in das gesamte therapeutische Feld der Klinik integriert ist.

Theaterspiel als Therapeutikum: Historische Wurzeln und Bezüge

Die Fähigkeiten zu szenischer Darstellung und zum Spiel mit Maske und Rolle sind Bestandteil und Ausdruck des kreativen Potentials des Menschen, aus dem kulturelle und künstlerische Produktivität schöpft. Vorläufer dessen, was seit der Antike unter dem Begriff Theater subsumiert wird, lassen sich bis in magisch-mythische Kulturen zurückverfolgen (*Moreno* 1970). In den kultisch-rituellen Spielen kulturgeschichtlich früher Ethnien sind äußere Wirklichkeit und Phantasie durch archaische Projektions- und Identifikationsmechanismen noch miteinander verschmolzen, Sein und Schein werden noch nicht als voneinander getrennt erlebt (*Neumann* 1974). *Levy-Bruhl* (1930) nennt dieses phylogenetisch wie ontogenetisch relevante Verschmelzungsphänomen »participation mystique«: Einzelner und Gruppe, Mensch und Welt, innen und außen sind eng miteinander verbunden durch das Gesetz unbewußter Identität.

Von diesem Ursprungszustand aus betrachtet könnte man sagen: Die Entwicklungsgeschichte des Theaters seit der Antike handelt von der Beziehung und der zunehmenden Differenzierung zwischen Sein und Schein, zwischen Wirklichkeit und Phantasie, und den verschiedenen Formen, in denen die Beziehung dieser beiden Ebenen umgesetzt wird. In der strikten Trennung von Bühne und Publikum, von Schauspieler und literarisch fixierter Rolle erscheint das Verhältnis beider Pole als Gegensätzlichkeit, während in der

* Dr. med., Ärztin für Kinderheilkunde, Assistenzärztin der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige München
** Dipl. Psych., Milieutherapeut der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige München
*** Vortrag gehalten auf dem 8. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP/XXI. Internationales Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 5.-8.10.1990 in der Hochschule der Künste Berlin

improvisierten Stegreiftradition des Volkstheaters, wie es seit jeher auf Marktplätzen und Jahrmärkten praktiziert wurde, die Ebenen zu einer Einheit zusammenfließen und die Grenzen zwischen Betrachter und Akteur sowie Rolle und Person für die Dauer des Spiels verwischen.

In den Epochen vor der Renaissance fungierte das Theater als Formbestandteil liturgischer Zeremonielle oder in der weltlichen Sphäre als Ausdruck der »Seele des Volkes« (*Petzold* und *Schmidt* 1978). Seit dem 16. Jahrhundert gewinnt das dramatische Spiel mehr und mehr an Bedeutung für die Entwicklung und Darstellung des Individuellen. Im sog. Schultheater bereiten sich die Zöglinge in spielerischer Weise auf die Anforderungen des späteren Lebens mit seiner ganzen Rollenvielfalt vor (*Kindermann* 1959), ein pädagogisches Prinzip, das *Goethe* in seinem Wilhelm-Meister-Roman aufgreift.

Dementsprechend sind auch erste Versuche, das Theaterspiel in seinen therapeutischen Möglichkeiten zu erkunden und in der Behandlung von seelischen Erkrankungen des Individuums einzusetzen, seit dem 18. Jh. bekannt. Man denke an die Schauspiele, die der berühmt-berüchtigte *Marquis de Sade* während seine Aufenthaltes in einer psychiatrischen Heilanstalt gemeinsam mit anderen Patienten inszeniert haben soll (*Schützenberger* 1966).

Die systematische Verwendung des Theaterspiels für therapeutische Zwecke entwickelte sich zu Beginn dieses Jahrhunderts unter dem Einfluß der Psychoanalyse. Sie war weniger durch *Freud* selbst angeregt worden als vielmehr durch die Konzeption des »aktiven therapeutischen Handelns« von *Sandor Ferenczi* (*Ferenczi* 1964). Einer seiner Schüler, der Russe *Vladimir N. Iljine*, begründete Anfang des Jahrhunderts das »therapeutische Theater« als umfassende Behandlungsmethodik, die auf der Überlegung basierte, daß jede seelische Erkrankung als Störung der menschlichen Fähigkeit zu spielen aufgefaßt werden kann (*Iljine* 1978). Dabei sollen beide dem Spiel innewohnenden Grundprinzipien gefördert und entwickelt werden: Die Befreiung im und durch das Spiel, indem unbewußte Konflikte und Phantasien zum Ausdruck gebracht werden, und die Disziplinierung im Spiel, wo Verhalten und Fähigkeiten spielerisch eingeübt werden.

Iljine schuf damit erstmalig eine konzeptionelle Verbindung zwischen Psychotherapie und Schauspielkunst mit dem Ziel, über das Medium Theater den ganzen Menschen zu erreichen und mit einer Methodik, die alle drei Dimensionen — Körper, Seele und Geist — umfaßt, zu heilen. Sein Ansatz beinhaltet sowohl konfliktzentrierte Momente, die im Improvisationsspiel einer Analyse zugänglich werden, als auch übungszentrierte Elemente, die im Sinne verhaltensmodifizierenden Lernens im Improvisationstraining vermittelt werden. Größere Beachtung und Verwendung hat *Iljines* Arbeit in Fachkreisen erst durch die Fortführung seines Schülers *H. Petzold* erlangt, der das »therapeutische Theater« nicht nur für Suchterkrankungen und neurotische Störungen, sondern auch für die Behandlung von Psychosen empfiehlt (*Petzold* 1978).

Speziell der Aspekt der spontanen Improvisation kennzeichnet *J.L. Morenos* (1892—1974) »Psychodrama«, das den Rahmen des Theaters (was soviel bedeu-

tet wie »Schaustätte«) verläßt. Denn er hebt die Grenzen zwischen Schauspieler und Zuschauer, zwischen Darstellung und Realität auf und fordert die Einheit aller Ebenen im Hier und Jetzt. Er folgt hier dem seit der Antike bekannten Gedanken des Welttheaters, wonach die Welt als Bühne und die Menschen als Spieler ihres eigenen Schicksals betrachtet werden (*Leutz* 1974). In seiner Methode vereinigt *Moreno* szenische Handlung, Gruppendynamik bzw. die von ihm entwickelte Soziometrie und Gruppenpsychotherapie zu einem umfassenden Behandlungskonzept, das über den klinischen Bereich hinaus auch in Pädagogik und industrieller Schulung eine weite Verbreitung erfahren hat. Besondere Bedeutung mißt *Moreno* der Kreativität und Spontaneität als individuellem Grundpotential bei, aus dem der Mensch sich in den sozialen Raum hinein entwirft und aus dem er sich in der interaktionalen Begegnung erfährt. Das Psychodrama arbeitet mit einer Fülle von einzelnen Interventionstechniken, mit Hilfe derer der Erfahrungs- und Entwicklungsprozeß gefördert und intensiviert werden soll. Als Diagnose- und Therapie-Instrument ist das Psychodrama auch in der Behandlung von Psychosen eingesetzt worden (*Moreno* 1940; *Ploger* 1966).

Theatertherapeutische Arbeit in der Dynamischen Psychiatrie: Theoretische Basis

Die Theatertherapie der Dynamischen Psychiatrie beruht dagegen auf der passageren unbewußten Identifikation der Patienten mit den selbst gewählten Rollen eines literarischen Textes. Die Auseinandersetzung mit dem Inhalt des Stückes, die Erarbeitung der Inszenierung, die Bewältigung der Realaufgaben wie Bühnentechnik, Requisiten usw. sowie die Veranstaltung von öffentlichen Aufführungen sind die Grenzen, innerhalb derer die Patienten unbewußte Phantasien und Wünsche ausagieren können. Durch die Theatertherapie können diese integriert und therapeutisch aufgegriffen werden. Im Verlauf des theatertherapeutischen Prozesses können die im Spiel sichtbar gewordenen Persönlichkeitsanteile bewußt gemacht werden, so daß allmählich wieder eine Trennung von Rolle und Person erfolgen kann.

Die theoretische Grundlage der dynamisch-psychiatrischen Theatertherapie bildet das Humanstrukturmodell von *Günter Ammon (Ammon* 1979, 1982). Humanstrukturelles Arbeiten heißt dabei, immer und vor allem mit dem Unbewußten zu arbeiten. Die konsequente Anwendung für die Theatertherapie betont zunächst einmal die Bedeutung der Gruppe und der Gruppendynamik als sozialenergetischem Feld, innerhalb dessen Veränderungen der Persönlichkeit, d.h. der im Unbewußten verwurzelten individuellen Humanstruktur, erst möglich werden. Der therapeutische Effekt wird nicht nur über die Bearbeitung eigener Konflikte im Rahmen der Rolle und im Spiegel der Gruppe erreicht, sondern auch über die Teilnahme jedes Einzelnen am konstruktiven Gesamtprozeß der Gruppe, an dem die Mitglieder der Theatergruppe bewußt und unbewußt partizipieren.

Neben der spezifischen Arbeit an den verschiedenen Humanfunktionen in

ihren defizitären oder destruktiven Ausprägungen, v.a. der Aggression, der Kreativität, des Narzißmus, der Angst und der Abgrenzungsfähigkeit, fördert das Theaterspiel durch seine vielfältigen Ausdrucksebenen den Menschen in der Entdeckung und Integration dessen, was *Ammon* die Mehrdimensionalität nennt. Für die Theatertherapie ist dies ein bedeutsamer Aspekt, zumal ». . . die mehrdimensionalen Möglichkeiten dieses Menschen für seine Heilung wichtiger (sind) als die Kausalität seines Zustandes.« (*Ammon* 1986). Die Theatertherapie, die nicht nur das Spiel selbst, sondern die ganze Darstellung und Realisation eines Stückes beinhaltet, spricht ganz besonders die gesunden Potentiale der Patienten an und fördert ihre Entwicklung.

Theatertherapie in der dynamisch-psychiatrischen Klinik Menterschwaige: Vernetzung mit dem therapeutischen Gesamtmilieu und Geschichte

Die Theatertherapie als Bestandteil stationärer Psychotherapie ist in ihrer Wirkung und Bedeutung letztlich nur verstehbar im Kontext des gesamten therapeutischen Netzes der Klinik. Da die einzelnen Patienten der Theatergruppe aus verschiedenen Milieugruppen kommen, in anderen Zusammensetzungen wieder in den analytischen Therapiegruppen sich treffen, zu verschiedenen Einzeltherapeuten gehen und so fort, und da überall dort Material aus der Theatertherapie zum Thema werden kann, entwickelt sich schließlich ein die ganze Klinik erfassendes Geflecht, in das alle Patienten und Mitarbeiter mehr oder weniger involviert sind. Integriert wird dieses weiträumige, zunächst unbewußte Geschehen in der Großgruppe aller Patienten und Mitarbeiter sowie in der Kontrollgruppe der Mitarbeiter, wo der Prozeß der Theatertherapie immer wieder begleitend reflektiert wird.

Die Theatergruppe bietet also von der Themensuche über die Ausgestaltung und Ausführung bis hin zur öffentlichen Aufführung mit allen damit verbundenen Problemen einen Quell für bedeutsames Material, das sich auch durch andere Gruppen fortsetzt, dort besprochen und durchgearbeitet wird. Umgekehrt werden in den verschiedenen Gruppen Anstöße zu Entwicklungen gegeben, die in der Theatertherapie ihren Ausdruck finden. So ist ein beständiger, lebendiger Austausch zwischen Theatertherapie und dem therapeutischen Gesamtmilieu gewährleistet. Die öffentliche Aufführung, die das Ziel jeder Theatertherapiegruppe ist, stellt schließlich die Arbeit der Klinik nach außen dar.

Die Theatertherapiegruppe hat eine lange Tradition innerhalb des Behandlungskonzeptes unserer Klinik. Sie besteht seit über elf Jahren, d.h. seit der Gründung der Klinik Menterschwaige. Sie ist entstanden aus dem Bedürfnis und den Interessen der Patienten und der Teammitglieder, die sich beim gemeinsamen Lesen mit den Personen der Handlung identifizierten und beschlossen, Theater zu spielen. Das Spiel wurde wie alles, was in der Klinik entsteht, therapeutisch genutzt, d.h. in das therapeutische Konzept der Klinik integriert. 1979 trat die Theatertherapiegruppe mit der Darstellung des »Kleinen Prinzen« von *St. Exupery* erstmals in Süditalien anläßlich der IX. Internen

Arbeitstagung an die Öffentlichkeit. Es folgten »Momo« von *Michael Ende*, »Krabat« von *Otfried Preußler*, »Das Gespenst von Canterville«, »Don Quijote«, »Der eingebildete Kranke«, »Die Legende der Liebe«, »Wie es Dschasu in Kambodscha erging«, um nur einige zu nennen.

Der therapeutische Prozeß: Darstellung anhand eines ausgewählten Beispiels

Jeder Verlauf einer Gruppe während der Arbeit an einem Stück ist natürlich für sich betrachtet einzigartig, doch lassen sich — ähnlich der Phasenabfolge eines gruppendynamischen Prozesses (*Ammon* 1976) — bestimmte immer wieder beobachtbare Gesetzmäßigkeiten feststellen (s. Abb. 1).

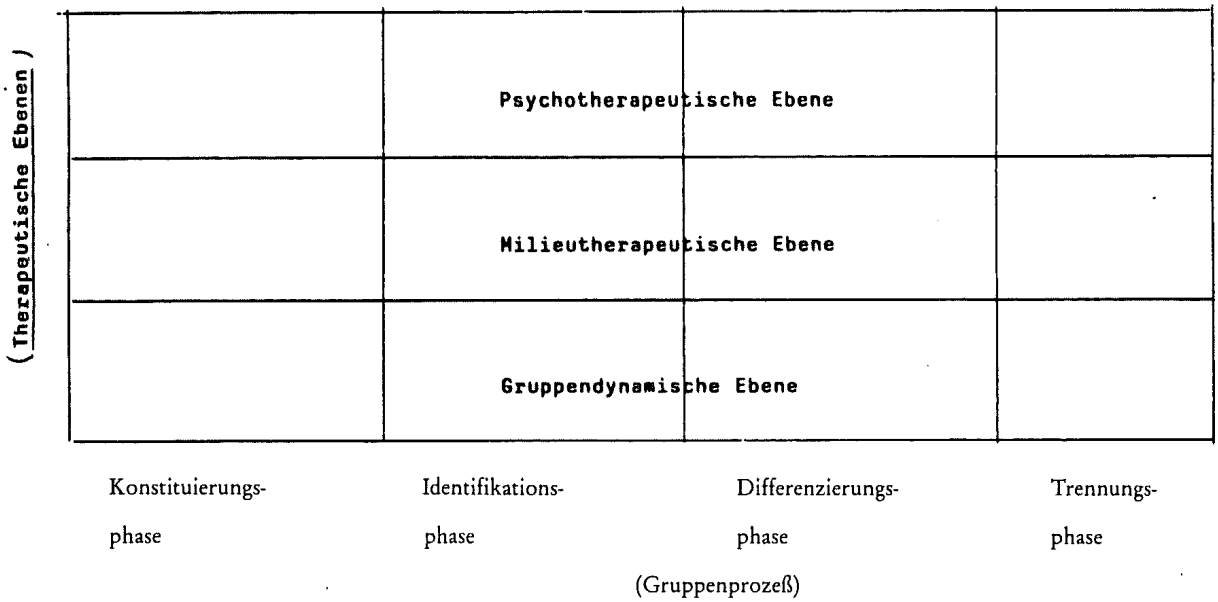


Abb. 1: Idealtypische Struktur eines theatertherapeutischen Prozesses

Der folgenden exemplarischen Darstellung liegt dieses idealtypische Modell zugrunde, wobei die Phasen natürlich ineinanderfließen und sich überschneiden. Wesentlich bei der Betrachtung der therapeutischen Arbeitsebenen ist allerdings, daß die psychotherapeutische Arbeit im engeren Sinne mit dem Einzelnen an seiner Rolle in der Gruppe erst beginnt, wenn die Gruppe sich mit dem Stück identifiziert hat und die Rollen vergeben sind.

Ist ein Stück abgeschlossen und zur öffentlichen Aufführung gelangt, so finden sich interessierte Patienten auf der Suche nach dem nächsten Stück zusammen und bilden eine neue Theatergruppe. Die Frage nach dem neuen Stück — ob es ein Märchen, eine Geschichte oder ein ganzes Buch sein soll — taucht auch in den Milieugruppen und in den einzelnen Interessengruppen wie Literaturgruppe und Filmgruppe oder in der Maltherapie auf; sie zieht sich durch die ganze Klinik. Die Theatergruppe selbst ist eine halboffene Gruppe, sie hat keine festen Grenzen. Die Gesamtleitung liegt beim Therapeuten, möglichst einem ausgebildeten Psychoanalytiker, für die Co-Leitung werden

Milieutherapeuten eingesetzt. Diese sind für die Projektgruppen (Bühnenbild, Kostüme etc.) verantwortlich und arbeiten grupendynamisch und milieutherapeutisch. Sie sollten über eigene gruppendynamische Erfahrung verfügen und eine gruppendynamische Ausbildung absolviert haben. Sie arbeiten im Hier und Jetzt, an realen Beziehungen, an der Realität. Der Therapeut strukturiert den Gruppenprozeß und berücksichtigt dabei die Lebensgeschichte und Krankheitsbilder der einzelnen Patienten. Diese sollten so heterogen wie möglich sein, um ein breites Feld psychischer Strukturen zu gewährleisten, in dem Stärken und Schwächen der Einzelnen sich ergänzen können. Der Therapeut reguliert die narzißtische Zufuhr und die sozialenergetische Auseinandersetzung. »In jeder Auseinandersetzung, auch der konstruktiven, ist ein Anteil destruktiver Sozialenergie vorhanden, und es kann auch defizitäre Sozialenergie vorkommen« (*Ammon* 1982). Dadurch, daß er jeden Einzelnen und die ganze Gruppe ernst nimmt, sorgt er für eine Atmosphäre der Geborgenheit und des Vertrauens, gibt Abgrenzung und Konfrontation, ermöglicht Kontakt, Beziehung und bedeutsame Begegnungen, während die Patienten untereinander Hilfs-Ich-Funktionen übernehmen. In dieser Phase des Prozesses wird sehr intensiv gruppendynamisch gearbeitet, durch z.T. heftige Auseinandersetzungen mit den Leitern und um das Projekt beginnen sich die Gruppengrenzen zu bilden. Das für die Arbeit notwendige sozialenergetische Feld, über dem sich das Theaterstück quasi wie eine Traumleinwand entfalten kann, ist im Entstehen.

Es werden konkretere Vorschläge gemacht, aus dem Stegreif werden einzelne Szenen zu spielen versucht, damit sich das Thema, das sowohl das bewußte wie das unbewußte Anliegen des Einzelnen und der Gruppe beinhaltet, herauskristallisieren kann. In unserem zu schildernden Gruppenprozeß brachte die Leiterin der Gruppe das Märchen »Das kalte Herz« von *Wilhelm Hauff* ein, da der Prozeß ins Stocken geraten war und die Gruppe kein gemeinsames Stück finden konnte. Dieses Märchen spielt im Schwarzwald, und da sie selbst von dort stammt, hatte sie eine besondere Beziehung dazu. Zu ihrer Überraschung nahm die Gruppe das Märchen sofort auf, was als Zeichen dafür zu werten ist, daß unbewußte Phantasien und Vorstellungen in der Gruppe existent waren, denen der Inhalt des Märchens entsprach.

Das Stück: Peter Munk, ein armer Köhlerbursche, beneidet die Größen seines Dorfes: den Tanzbodenkönig, den dicken Ezechiel und den langen Schlurker. Er möchte sein wie sie, Geld und Einfluß haben und tanzen können wie der Tanzbodenkönig. Da er keine Möglichkeit sieht, zu Reichtum und Ansehen zu gelangen, erinnert er sich daran, daß er ein Sonntagskind ist und als solches Anspruch hat, durch die sagenhafte Figur des Glasmännleins drei Wünsche erfüllt zu bekommen. Er begibt sich in den Tannenbühl zum Glasmännlein, um von ihm seine drei Wünsche, nämlich tanzen zu können wie der Tanzbodenkönig, reich zu sein wie der Ezechiel und die größte Glashütte des Schwarzwaldes zu besitzen, gewährt zu bekommen. Da er sie aber nicht im Sinne seines Herzens geäußert hat, hält das Glasmännlein den dritten Wunsch

zurück. Daraus ergibt sich im Zusammenhang mit der zweiten sagenhaften Figur des Holländermichels die weitere Handlung als Spannungsbogen. Die Erfüllung der beiden Wünsche durch das Glasmännlein ermöglicht Peter, als reicher Mann aufzutreten. Doch bald ist das Geld verbraucht und die Glashütte fast verspielt. Als das Glasmännlein den dritten Wunsch weiterhin versagt, wendet er sich an den Holländermichel, dessen Symbol die Schlange ist, verkauft ihm sein Herz und erhält dafür einen Stein. Er sieht sich in der Welt um, aber er hat keine Freunde, nichts kann sein kaltes Herz bewegen. Nach seiner Rückkehr heiratet er auf Anraten des Holländermichels Lisbeth, seine Jugendliebe, und versucht zu arbeiten. Aber er ist hartherzig, schindet seine Leute, läßt seine Mutter schuften, bis sie stirbt, und schlägt seine Frau. Lisbeth, die ihn liebt, versucht gut zu machen, was er verdirbt. Sie hilft, wo sie kann, gibt den Armen und opfert sich in steter Arbeit auf. Der Konflikt erreicht seinen Höhepunkt, als Peter sieht, wie Lisbeth einem armen, alten Mann zu essen und zu trinken gibt. Er erschlägt Lisbeth. Der alte Mann aber gibt sich als das Glasmännlein zu erkennen. Trotz dessen Zorn über Peters Untat gibt er ihm acht Tage Zeit, um sich zu ändern. Im Traum erscheint ihm Lisbeth und rät ihm, sich ein warmes Herz zu beschaffen. Er eilt zum Glasmännlein, um den dritten Wunsch zu erbitten, aber dieses kann ihm nicht helfen. Nur durch eine List ist dem Holländermichel das warme Herz wieder abzujagen. Er begibt sich in den Wald und erlangt sein Herz unter dem Schutz des Auerhahnes, einer Verkörperung des Glasmännleins. Nun kann er fühlen, muß aber auch erkennen, was er getan hat. In seiner Verzweiflung geht er zum Glasmännlein und wünscht sich von ihm den Tod. Er kann mit seiner Schuld und ohne die Menschen, die er liebt, nicht mehr leben. Während Peter verzweifelt weinend am Boden kniet, holt das Glasmännlein Lisbeth und die Mutter, die von ihm gerettet wurden, und führt sie ihm zu.

Die Gruppe identifizierte sich rasch mit dem Märchen, und einzelne Rollen wurden fest besetzt. Die Projektgruppen fingen an zu arbeiten, eine andere Gruppe teilte die Handlung in einzelne Szenen auf und erstellte einen Text. Von den Projektgruppen fand sich die Bühnenbildgruppe als erstes zusammen. Die erste Szene, die im Wirtshaus spielt, benötigte einen dementsprechenden Hintergrund, um den Einstieg in das Spiel zu erleichtern. Eine weitere Gruppe sorgte für die Requisiten, sie entwarf und nähte die Kostüme, die notwendig waren. Neben der gruppendynamischen Arbeit war vor allem milieutherapeutisches Arbeiten notwendig, nämlich die Arbeit an einem realen dritten Objekt. Welche Fähigkeiten hat der Einzelne und wo kann er damit in der Gesamtarbeit eingesetzt werden? Jeder Spieler mußte neben seiner Rolle noch eine Aufgabe innerhalb dieser Projektbereiche übernehmen, für die er verantwortlich war. Dadurch war die ständige Konfrontation mit der Realität gewährleistet. Der Co-Therapeut wird in dieser von der Gruppe gemeinsam geleisteten Arbeit, nämlich der Errichtung der Bühne als Traumleinwand, zum aktiven Partner. Die eigentliche Arbeit mit dem Ausdrucksmedium Theater beginnt.

Die Rolle des Peter Munk, die Hauptrolle, war schwer zu besetzen, da sehr viele sich darum bewarben. Ein Mitglied der Gruppe, Herr A., der bisher noch kaum aufgefallen war und aufgrund seiner Erkrankung nur schwer einen Platz in der Gruppe gefunden hatte, bemühte sich ebenfalls um diese Rolle. Bis dahin lebte er in seinen Phantasien und seiner Traumwelt statt in der Realität. Ein eigenes Anliegen konnte er nur schwer artikulieren, da er aber immer freundlich lächelte, war er wegen seiner Liebenswürdigkeit beliebt. Er wurde von zwei Gruppenmitgliedern unterstützt, die mit ihm zusammen in ihrer Milieugruppe die Projektleitung übernommen hatten. Schon bei dieser Projektleitung hatten die beiden in einer Art Hilfs-Ich-Funktion Herrn A. mitgetragen. Durch diese Hilfe und wegen seines liebenswürdigen Verhaltens wurde er auch von der ganzen Theatergruppe unterstützt. Zur Überraschung aller Beteiligten kam er zu der Probe, in der es um die Hauptrolle ging, mit einem vollständig auswendig gelernten Text. Dies und sein schauspielerisches Talent waren das Einzige, was er zu diesem Zeitpunkt einbringen konnte. Gerade die Tatsache, daß er den Text auswendig beherrschte, zeigte seine Motivation und war für die anderen Gruppenmitglieder derart vorbildlich, daß die Gesamtgruppe eine Art Entwicklungsschub bekam und die ganze Arbeit sich intensivierte.

Lebensgeschichte des Herrn A.: Interessant ist in diesem Zusammenhang die Lebensgeschichte des Patienten. Der Vater war Bautechniker, die Mutter Juristin. Sie gab ihren Beruf auf, als der Vater für drei Jahre nach Thailand ging und sie und die Kinder mitnahm. Herr A. kann sich kaum an seine Mutter erinnern, sie starb, als er zehn Jahre alt war. Damals konnte er keine Trauer zeigen, sondern zog sich zurück. Der Vater heiratete ein halbes Jahr später die Haushälterin, zu der er Stiefmutter sagte. Herr A. ist der Älteste, er hat eine Zwillingsschwester. Er selbst war bei der Geburt kräftig, während seine Schwester einige Zeit im Brutkasten verbleiben mußte. Danach kamen in kurzen Abständen noch fünf Geschwister, der jüngste Bruder wurde vier Monate vor dem Tod der Mutter geboren. Alle Geschwister konnten sich gut entwickeln. Nur Herr A. studierte nicht, sondern brachte sich seine Fertigkeiten und Kenntnisse autodidaktisch bei. Um Geld zu verdienen, jobbte er. Nach dem Tod der Mutter kämpften der Vater, die Schwester der Mutter und die Stiefmutter um die Kinder, die sehr isoliert aufwuchsen. Die Familie der Mutter beschuldigte den Vater, für den Tod der Mutter verantwortlich zu sein. Herr A. wurde von der Mutter als der kräftigste, intelligenteste und vernünftigste angesehen, sie konnte ihm jedoch wenig Zuwendung geben, da sie sich immer wieder um ein neues Kind kümmern mußte. So fühlte Herr A. sich permanent verlassen und war der Außenseiter unter den Geschwistern, eine Position, die er auch später in der Schule erlebte, als er von den Kameraden als dumm verspottet wurde. Nach der Geburt seiner eigenen Tochter wurde er erstmals psychotisch. Er heiratete trotzdem seine Freundin, ließ sich jedoch später scheiden. Als seine zweite Tochter geboren wurde, stellte sich eine ähnliche Konstellation des Verlassens und Verlassen-Werdens her. Psycho-

dynamisch lebte Herr A. in einer nicht gelösten symbiotischen Beziehung mit der Mutter, in der er sich durch die Geburt seiner Geschwister verlassen fühlte und durch den überfordernden Leistungsanspruch im Stich gelassen wurde. Mit seinen Frauen und seinen Kindern wiederholte sich diese Dynamik.

Auch seine Rolle in dem Theaterstück spiegelt einen Teil seiner Lebensgeschichte, v.a. den Aspekt der Verleugnung von Beziehung und Gefühlen. Herr A. wußte zunächst nicht genau, was er wollte. Ihm ging es erst einmal darum, die Hauptrolle zu bekommen. Diese Rolle stellte für ihn eine Möglichkeit bereit, sein Entwicklungs- und Lernverbot im szenischen Spiel zu durchbrechen. Für ihn war die Theatertherapie die einzige Therapieform, die ihn erreichen konnte. In der verbalen Gruppentherapie wehrte er eine eigene Artikulation mit seiner autistisch-hebephrenen Art ab. Er redete an den Themen vorbei, flüchtete in seine Phantasiewelt und konnte dem Geschehen nicht folgen. Unterstützend war für ihn lediglich die Einzeltherapie, in der der Therapeut Phantasien über ihn und zu ihm entwickelte und ihm dadurch wiedergutmachend zurückgab, was ihm seine Familie verweigert hatte. Er beutete ihn nicht aus, sondern bestärkte ihn in seinem Wunsch, sein Anliegen durchzusetzen. Herr A. spielte von Anfang an sehr versiert, er beherrschte seinen Text ohne Stocken, es waren jedoch weder Gefühle noch die geringste innere Beteiligung zu spüren. Ein Feedback, das die einzelnen Schauspieler nach jeder Szene von den Leitern bekamen oder sich untereinander gaben, erhielt er anfangs nicht, es wurde lediglich sein ausgezeichnetes Spiel bewundert und gelobt. Er konnte dies noch nicht einmal als narzißtische Bestätigung erleben. Hier wiederholt sich ein Stück seiner Primärgruppendynamik: Seine persönlichen Bedürfnisse wurden nicht wahrgenommen und während ihm Unterstützung verweigert wurde, sollte er gleichzeitig den hohen Leistungserwartungen seiner Familie gerecht werden. Im Unterschied dazu konnte er in der Therapie lernen, für sich Kritik und Auseinandersetzung zu fordern, was er im weiteren Verlauf des therapeutischen Prozesses erhielt.

Im Folgenden werden wir anhand einzelner bedeutender Szenen die Arbeit mit diesem Patienten in der Gruppe darstellen. An dessen Beispiel sollen die Entwicklungsmöglichkeiten im Rahmen der Theatertherapie aufgezeigt werden.

Szene 1: Wir sehen die Wirtsstube: Die Dorfbewohner, den Arzt, den Apotheker, die Hebamme, den Händler, einen Gast und Lisbeth. Sie sitzen zusammen am Tisch und unterhalten sich. An einem kleinen Tisch trinken der dicke Ezechiel, der lange Schlurker und der Tanzbodenkönig. Sie spielen und können sich scheinbar alles leisten, denn sie haben Geld. Peter Munk kommt herein, Kleidung und Gesicht geschwärzt von seinem Kohlenmeiler. Die Gäste schauen mitleidig, die Dorfgrößen verspotten ihn wegen seiner Armseligkeit. Er hat kein Geld, traut sich nicht, bei den anderen Platz zu nehmen, so bleibt er allein an einem Tisch sitzen und bejammert sein elendes Leben. Nur Lisbeth lächelt ihm kurz zu. Die Mutter will ihn aus der Wirtsstube holen, sie schimpft, weil er trinkt. Er weigert sich, mit ihr zu gehen. Als der

Tanzbodenkönig jedoch die Mutter anpöbelt, verteidigt er sie und geht mit ihr hinaus.

Herr A. erlebt seine eigene Wertlosigkeit. Allen anderen scheint es besser zu gehen. Er kennt das Gefühl, am Rande zu stehen, ohne Hoffnung, ohne Kontakt und Beziehung. Nur ein Mensch nimmt ihn wirklich wahr, aber der Augenblick ist schnell vorbei. In der Besprechung nach dem Spiel wird er von den Mitspielern auf seine Einsamkeit angesprochen und gefragt, wie er sich fühle. Anfangs kann Herr A. noch kaum etwas darauf sagen, erst nach dem tieferen Einsteigen in die Rolle beginnt er, seine Gefühle zu äußern. Es sind seine Gefühle der Isolation und des Ausgeschlossenseins. Auch in der Familie war er der Außenseiter mit dem Gefühl, nicht das zu bekommen, was die anderen bekamen. In der Arbeit mit der Rolle kann er zunehmend wahrnehmen, daß er nicht Peter Munk ist, sondern daß er selbst für andere wichtig ist und Kontakt haben kann.

Szene 2: Im Wirtshaus: Die Dörfgrößen trinken und spielen, die Dorfbewohner sitzen an ihrem Tisch, der Tanzbodenkönig tanzt. Da kommt Peter Munk schön gekleidet in das Gasthaus. Er erregt Aufsehen und in seiner Hosentasche klimpert Geld. Während der Tanzbodenkönig tanzt, beginnt Peter auch zu tanzen, um zu zeigen, was er kann. Er kann jetzt sogar Lisbeth zum Tanz auffordern. Es beginnt ein harter Konkurrenztanz. Schließlich muß sich der Tanzbodenkönig resigniert und gekränkt zurückziehen. Peter Munk wird von den Gästen umjubelt.

Herr A. kann jetzt schön gekleidet auftreten, er ist jemand, der von den Menschen beachtet wird, er wird sogar bewundert. Er tanzt mit seiner Freundin und siegt über den Rivalen, der sich nur noch gekränkt zurückziehen kann. Sein Selbstwertgefühl steigt, und er ist im Mittelpunkt der ganzen Gruppe. Herr A. ist in Frau B. verliebt, die die Rolle der Lisbeth spielt. Herr C., der die Rolle des Tanzbodenkönigs innehat, ebenfalls. Die Rivalität, die im Klinikmilieu nicht sichtbar ist, erhält Öffentlichkeit auf der Bühne. In der Nachbesprechung werden die Beziehungen angesprochen und erhalten Realität. Hier wird vor allem mit dem Narzißmus gearbeitet. Herr A. lernt, mit seinen Fähigkeiten in Konkurrenz und Auseinandersetzung zu treten. In seiner Jugend war er dagegen isoliert, und er hatte sich alles selbst aneignen müssen, einsam und ohne Hilfe von außen.

Szene 3: Hier spielt Herr A. nicht mit, es hat ein Rollenwechsel stattgefunden, ein anderer Patient spielt aus therapeutischen Gründen die Hauptrolle. Es kommt zu heftigen Auseinandersetzungen zwischen der Leitung und der Gruppe, die Herrn A. auch in dieser Szene als Peter Munk einsetzen will. Es wird deutlich, daß es dabei nicht um die Person des Herrn A. geht, sondern um den Erfolg, den die Mitspieler sich durch die meisterhaften Schauspielkünste des Herrn A. für sich selbst erhoffen. Herr A. erlebt erneut seine Primärgruppendynamik: Von ihm wird eine perfekte Darstellung nach außen erwartet. Dabei geht es nicht um ihn und seine Entwicklung, er wird vielmehr in seinen Fähigkeiten narzißtisch ausgebeutet. In seiner eigenen Bedürftigkeit

darf er sich nicht wahrnehmen. Er kann nicht für sich selbst sprechen oder fordern. In mehreren Sitzungen muß mit ihm und der Gruppe hart gearbeitet werden, um diese Entscheidung des Therapeuten durchzusetzen und begreifbar zu machen. Für Herrn A. ist es eine menschliche Forderung, sich ausruhen zu dürfen. Er kann dabei erleben, daß er nicht außergewöhnliche Leistungen vollbringen muß, um anderen Menschen wert und wichtig zu sein. Auch die ganze Gruppe kann daraus lernen.

Szene 4: Peter Munk hat sein Herz verkauft und stattdessen einen Stein erhalten. Auf Anraten des Holländermichel geht er auf Reisen, um etwas zu erleben. Er sitzt gelangweilt an einem Tisch, stopft Essen und Trinken in sich hinein und schläft fast ein. An ihm zieht das Leben vorbei. Kurze Szenen stellen verschiedene Aspekte des Lebens dar: Lustigkeit und Frohsinn, Trauer und Armut, Ernst, Wut, Tanz. Aber nichts kann ihn berühren, alles läßt ihn kalt.

Herr A. spielt sich selbst. Auch an ihm geht alles spurlos vorbei, während er in seinen Phantasien lebt. Seine Lebensgeschichte wiederholt sich in der Rolle, die er auf der Bühne spielt. In seiner Familie wurde er als der Älteste und Kräftigste vor allem in seinen Fähigkeiten und äußeren Qualitäten angenommen, jedoch nicht in seinen Bedürfnissen und Gefühlen. Nach dem Tod der Mutter beginnt er diese selbst zu verleugnen. In der Rolle erlebt er sein eigenes Abgeschottet-Sein von den Menschen und Dingen, er erlebt seine innere Kälte. Er erfährt bewußt seine Isolation und Einsamkeit und kann in der Nachbesprechung über seine damit verbundenen Gefühle sprechen. Im Verlauf des Therapieprozesses fällt er mehrmals aus seiner Rolle, er muß lachen und amüsiert sich, möchte am liebsten mit den anderen mitspielen in den Bildern, die an ihm vorbeiziehen.

Szene 5: Das Märchen kommt zu seinem Höhepunkt: Peter Munk hat Lisbeth geheiratet. Sie ist warmherzig und gibt den Bettlern zu essen. Peter verbietet es ihr, verhält sich sehr kalt. Ihr Kummer kann ihn nicht rühren, auch nicht ihr warmes mitleidiges Herz. Während Peter weg ist, kommt ein alter Mann, schwer bepackt. Lisbeth hält ängstlich Ausschau nach ihrem Mann, dann gibt sie ihm zu essen und zu trinken. Der Bettler dankt ihr. Peter kommt zurück, hört dessen Worte und stürzt wutentbrannt auf Lisbeth zu. Obwohl sie um Gnade und Verzeihung bittet, schlägt er mit der Peitsche auf sie ein, bis sie tot umfällt. Der Bettler gibt sich als das Glasmännlein zu erkennen und verdammt zornig Peters Tat. Es gibt ihm um seiner toten Frau willen eine Frist von acht Tagen, um sich zu ändern.

Die Rolle fordert an dieser Stelle von Herrn A. die Darstellung destruktiv agierter Aggression. Er konnte die Rolle allerdings nicht spielen, wie es das Stück vorschreibt. In seiner Kindheit hatter er die Verleugnung jeglicher Gefühle gelernt. Diese Szene provoziert jedoch ein großes Maß an Trennungswut, die er zunächst durch eine Art Klammerreflex zu vermeiden sucht: Statt Lisbeth zu erschlagen, umarmt er sie. Hier zeigt sich ein Widerstand gegen die Therapie und gegen die eigenen destruktiven Aggressionen. Erst nach dem

Ausagieren der zerstörerischen Aggression außerhalb der Theatertherapie konnte er seine destruktive Aggression auf die Bühne bringen und spielen.

Szene 6: Peter Munk sucht den Holländermichel auf, um sein warmes Herz wiederzubekommen. Dieser glaubt, daß er Geld bräuchte, um außer Landes zu gehen. Er lacht hämisch und freut sich über die Missetat. Peter steckt das Geld ein und zweifelt, daß Michel sein Herz gegen einen Stein ausgetauscht habe. Auf Rat des Glasmännleins bezeichnet er Michel als einen Zauberer, der einen Trick angewandt habe. Michel wird wütend, zeigt ihm sein Herz und setzt es ihm zum Beweis wieder ein. Jetzt hat Peter, was er will. Der Holländermichel will sein Herz wiederhaben. Peter flieht, unterstützt vom Auerhahn, der Verkörperung des Glasmännleins. Dem Michel bleibt nur ein gräßlicher Fluch, denn Peter hat sich seinem Einfluß entzogen.

Diese Szene ist für Herrn A. existentiell wichtig. Es ist ein Wendepunkt in seiner Entwicklung. Er muß vertreten, was er will, und damit das für ihn scheinbar Unüberwindliche überwinden. Er wird massiv mit seinem Entwicklungsverbot konfrontiert. Was passiert, wenn er für sich selbst Entwicklung fordert und dafür Hilfe erhält? In der Nachbesprechung wird deutlich, daß Herrn A. in der Realität noch kaum etwas für sich selbst fordern kann. Spielerisch entwirft er auf der Bühne, was ihm im realen Leben noch nicht gelungen ist: Unter dem Einsatz von zielgerichteter Aggression Kontakt und Beziehung für die eigene Entwicklung in Anspruch zu nehmen. Im Spiel ist er seinem tatsächlichen Entwicklungsstand vorausgeeilt und entwirft psychodramatisch eine Zukunftsperspektive.

Szene 7: Die Schlußszene zeigt Peter Munk weinend im Tannenbühl. Das Glasmännlein ist das einzige Wesen, zu dem er noch gehen kann und das ihn versteht. Ihn überwältigen seine Taten und seine Schuld. Er empfindet tiefe Trauer darüber, was er verloren hat. Er fühlt sich elend und einsam. Vom Glasmännlein wünscht er sich den Tod als Erlösung und kniet nieder, den Todesstreich erwartend. Das Glasmännlein aber holt Lisbeth und die Mutter hinter einem Baum hervor und führt sie Peter zu. Dunkel und wieder Licht.

Die Masken sind gefallen, das Spiel ist aus. Lisbeth ist jetzt Frau B. Sie hat einen Zeichenblock in der Hand, da sie Graphikerin werden will. Die Mutter, Frau D., trägt eine Schulmappe. Sie will Abitur machen und studieren. Das Glasmännlein, Herr E., erscheint im Straßenanzug. Er wird seinen Beruf wieder aufnehmen und weiterlernen. Herr A. ist aus seiner Traumwelt der Psychose erwacht, er streckt sich, als könne er noch nicht glauben, was er wahrnimmt. In dieser letzten Spielszene erlebt Herr A. seinen Leidensdruck und seine Lebendigkeit. Er fühlt Angst, Trauer, Hoffnungslosigkeit, Einsamkeit, aber er spürt, was ihm fehlt. In dieser Situation begegnet er Menschen, die er liebt. In der Nachbesprechung werden immer wieder die Schwierigkeiten von Herrn A. deutlich, sich in seinem Leid erfahren zu können, darüber sich mitzuteilen und Kontakt aufzunehmen. Im Schlußbild erwacht er nur mühsam aus dem Traum, er kann kaum die Augen öffenen. Für die ganze Gruppe bedeutet dieses Schlußbild ein Wahrnehmen der Realität, einen Vollzug der

Trennung von Dargestelltem und Wirklichem. Die Darsteller zeigen sich als Schauspieler und nicht als Peter Munk, Lisbeth oder das Glasmännlein.

Zusammenfassung

Obige Ausführungen zeigen exemplarisch an dem Beispiel von Herrn A., wie mit einzelnen Patienten und der Gruppe therapeutisch gearbeitet wird. Wichtig ist die Nachbesprechung nach dem Spiel, das sogenannte Feedback. Hier muß jeder sich von seiner Rolle wieder trennen und er selbst sein. Angesprochen wird die Bedeutung der Rolle für den Einzelnen und für die Gruppe. Welchen Aspekt will er darstellen, welche Fähigkeit will er entwickeln, wovon will er sich trennen? Anhand dieser Leitlinie wird an den entsprechenden Widerständen gearbeitet: Nicht spielen wollen, nicht erscheinen zur Sitzung, zu spät kommen, aus der Rolle fallen etc. Wir sprechen ebenfalls über einen notwendigen Rollenwechsel, einmal weil der Patient sich inzwischen so entwickelt hat, daß er über seine Rolle hinausgewachsen ist, oder aber weil es therapeutisch sinnvoll ist, daß gerade dieser Patient eine bestimmte Rolle spielt. Die Bedeutsamkeit der Rolle für jeden einzelnen Patienten wird fortlaufend überprüft. Darüberhinaus wirkt therapeutisch — ohne daß darüber gesprochen werden muß — eine Art unbewußte symbolische Wunscherfüllung, sei es durch die Rolle oder die Handlung des Stückes. Am Beispiel des Herrn A. kommt ein Familienmythos zur Darstellung — allerdings mit einem anderen Ausgang als in der Primärgruppe. Der plötzliche Tod der Mutter löste in der Familie die Phantasie aus, der Vater habe sie umgebracht. Es durfte jedoch nicht darüber gesprochen werden, es blieb ein Familiengeheimnis. In der Aufführung stellt Herr A. diesen Mythos öffentlich dar und überwindet gleichzeitig in der Handlung des Stückes die destruktive Beziehungsdynamik der Familie.

Die Aufführung

Endlich ist das Märchen soweit erarbeitet, daß es öffentlich aufgeführt werden kann. Die ganze Gruppe wird jetzt massiv mit der Realität konfrontiert. Ein Raum muß gesucht werden. Plakate müssen entworfen und ausgeführt werden, das Programm wird erstellt und für Werbung wird gesorgt. Diese Konfrontation mit der Realität erleben gerade schwerkranke Patienten, also insbesondere psychotisch strukturierte Menschen, als enorme sozialenergetische Zuwendung, durch die sie unter anderem einen wichtigen Strukturgewinn erhalten. Sie haben nie erlebt, daß ihnen etwas zugetraut wurde. Durch diese Forderungen werden reale Ängste mobilisiert, die jetzt für die therapeutische Bearbeitung offen werden. Erneut kommt es zu enormem Widerstand gegen das Spiel und gegen die Aufführung. Beispielsweise erscheint der Hauptdarsteller nicht zur Sitzung und muß geholt werden, da sonst die ganze Gruppe blockiert ist und nicht spielen kann. Oder es sind Requisiten verschwunden und Kostüme nicht mehr auffindbar. Es herrscht Chaos, und die Gruppe

scheint auseinanderzufallen. Jetzt braucht sie die Unterstützung der ganzen Klinik. Über die Großgruppe kommen Patienten hinzu, die anfallende Arbeiten übernehmen, auch Teammitglieder bieten ihre Hilfe an. Die Aufführung wird zum Anliegen der ganzen Klinik. Dadurch fühlt sich die Theatergruppe entlastet, sie schließt sich über dem nun in der gesamten Klinik integrierten und gemeinsamen Ziel der öffentlichen Aufführung. Der Gesamtprozeß der Aufführung führt zur Integration jedes Einzelnen und der Projektgruppe in der gemeinsamen intensiven Arbeit an den realen Notwendigkeiten. Die Patienten erleben eine unwahrscheinliche Solidarität untereinander, jeder hat seinen bestimmten Platz, ist wichtig für das gesamte Geschehen, ob er nun die Hauptrolle spielt, nur auf der Bühne steht oder hinter der Bühne für die Spielenden sorgt.

Die öffentliche Aufführung bildet einen Höhepunkt der Trennungsarbeit, die während des ganzen Prozesses geleistet wird: die Trennung zwischen Traum und Wirklichkeit, zwischen Rolle und Person, zwischen Bühne und Publikum. Die Schauspieler steigen in die Traumwelt, die mit der ehemaligen Psychose verglichen werden kann, ein. Sie bringen unbewußte Phantasien, Wünsche und Möglichkeiten in der Handlung zur Darstellung. Sie kommunizieren darüber mit den Zuschauern, die ihrerseits das Geschehen in einer Art kathartischer Gemeinsamkeit miterleben und dadurch berührt werden. Verhaltensweisen und Persönlichkeitsaspekte, die bisher als ich-synthon erlebt wurden, können mit dem Abgang von der Bühne als Bestandteile einer ichfremden Rolle dort zurückgelassen werden. Die Schauspieler haben sich zwar selbst gespielt, aber nicht nur ausgedrückt, was sie sind und bleiben wollen, sondern wovon sie sich trennen und was sie sich erwerben wollen. Das letzte Bild zeigt auf der Bühne die Realität: Das bin ich, da stehe ich in meinem therapeutischen Prozeß, das ist meine Perspektive für die Zukunft. Der Beifall der Zuschauer gibt jedem Einzelnen und der ganzen Gruppe eine enorme narzißtische Bestätigung.

Schlußbemerkung

Anhand einer Falldarstellung aus dem Bereich psychotischer Erkrankungen wurden die Möglichkeiten humanstrukturellen Arbeitens im Rahmen der Theatertherapie deutlich. Durch die Bereitstellung der dem Theaterspiel immanenten Grenzerfahrungen (die ja immer Kontakt bedeuten: zu sich selbst, zum eigenen Körper, zur eigenen Vergangenheit, zu anderen Menschen usw.), wird im Verlauf der Behandlung ein Identitätsgewinn erreicht. Defizitäre Persönlichkeitsanteile werden durch sozialenergetische Auseinandersetzung und narzißtische Zufuhr schrittweise überwunden, destruktive Potentiale können ausagiert und bearbeitet werden, während der Patient sich in seinen konstruktiven Seiten in der Gruppe erfahren und entwickeln kann.

Die Integration von verbalen wie non-verbalen Ausdrucksmöglichkeiten wird vom Theaterspiel ebenso geleistet, wie die Integration von körperlichem

Handeln, emotionaler Ausdrucks- und Erlebnisfähigkeit sowie geistiger Logik und Symbolik. Die therapeutische Nutzung dieser Integrationskraft und die Trennungs- bzw. Differenzierungsarbeit sind die wesentlichen Koordinaten der Theatertherapie, die den Rahmen für die Behandlung auch und gerade von Psychosen abstecken.

Die Quintessenz der Theatertherapie, wie sie in der Dynamischen Psychiatrie praktiziert wird, entbehrt jeglicher spektakulärer Interventionsstrategien und raffinierten therapeutischen Settings. Sie beruht vielmehr auf der einfachen wie weitreichenden Wirkung eines vieldimensionalen zentralen Projektes — der Verwirklichung eines Theaterstückes —, über das sich im Sinne eines »dritten Objektes« (*Winnicott* 1972) Menschen begegnen können, um innerhalb eines sozialenergetisch 'geladenen' Feldes gemeinsam zu wachsen. Denn: »Sozialenergie entsteht durch Kontakt, Auseinandersetzung, Geborgenheit, Verläßlichkeit, Liebe, durch Forderungen an die Identität, durch Forderungen und Aufforderungen zum Tun, zur Tätigkeit und zur Aufgabe.«

The Importance of Theatre Therapy for the Psychotherapy of Psychoses — A Casuistic Contribution

Dorothee Doldinger, Ulrich Etschmann (Munich)

At the beginning of our century *Iljine* developed the 'therapeutic theatre' while *Moreno* developed the 'psychodrama', both under the influence of psychoanalysis. These methods are still of importance for the treatment of psychoses.

At the Dynamic Psychiatric Hospital Menterschwaige theatre therapy has been part of inpatient psychotherapy for over ten years. In its theoretical understanding it is based on the dynamic psychiatric concepts of humanstructurology and socialenergy (*Ammon* 1979, 1982). In this context it means that the development of the human stucture is not only reached by the patients' playing roles they are identified with, but also by their participating in the group dynamic process. In order to understand the effectiveness of our theatre therapy it is also necessary to know that it is integrated in the whole therapeutic milieu and interacting with all the other therapeutic methods.

In a casuistic contribution the authors describe the process of a psychotic patient taking part in a theatre therapeutic group that played the fairy tale »The Cold Heart« by *Wilhelm Hauff*. It was Mr. A. who wanted to play the main role. Up to this moment he has heardly ever appeared in the therapeutic milieu. He was living in an unsolved symbiotic relationship with his mother who died during his childhood. His primary group dynamic was characterized by denying emotions and human relationships. In the family and at school he was an outsider and he did not succeed in concluding a professional training because he was not supported by his family. His experience to be left alone

again and again was repeated in his later life where he had two affaires with women whom he left after they had borne a child of him.

Mr. A. was highly motivated to play just this role. As the first rehearsal was hold a few days later he was the only one of the whole theatre therapeutic group who has perfectly memorized the script. In identification with his role, in the first scene, he could show his jealousy and rivalry as he had experienced them towards his brothers and sisters. In the second scene he was able to triumph over his rivals which he had been loning for a long time. In another scene he could show the intensivity he suffered from without being able to verbalize it. I a further very dramatic scene he killed his wife because he feared to loose his fortune as he realized that she was so generous to poor people. On the other hand in the play he could get over the limitations of his family dynamics, since playing the role he could call for support in his own development, in contrast to earlier times. For in the last two scenes he was supported in recognizing what he had done to his wife and other people and while mourning he was able to begin to change his life.

Following work at a theatre scene the patients leave their roles in order to be their real selves again. This happens through the feedback given by the therapist and the group members. A performance of the piece is an integral part of the theatre therapeutic process because it is another important way to separate between play and reality. For this step to the public the support of the wohle therapeutic milieu is necessary.

In their conclusion, the authors emphasize that the effectiveness of the theatre therapy, as for instance the integration of verbal and non-verbal expression, is based on the social energetic field (*Ammon* 1986) that comes into being through the realization of a play as a common project of the whole therapeutic milieu.

Literatur

Ammon, G. (1976): Analytische Gruppendynamik (Hamburg: Hoffman und Campe)
— (1979): Entwurf eines Dynamisch-Psychiatrischen Ich-Struktur-Konzepts. In: *Ammon, G.* (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 1 (München: Ernst Reinhardt)
— (1982): Das sozialenergetische Prinzip in der Dynamischen Psychiatrie. In: *Ammon, G.* (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 2 (München: Ernst Reinhardt)
— (1986): Der mehrdimensionale Mensch (München: Pinel)
Ferenzci, S. (1964): Bausteine zur Psychoanalyse (Bern, Stuttgart: Huber)
Iljine, V.N. (1978): Das therapeutische Theater. In: *Petzold, H.* (Hrsg.) Angewandtes Psychodrama (Paderborn: Junfermann)
Kindermann, H. (1959—1970): Theatergeschichte Europas, Bd. I—IX, (Wien: O. Müller)
Leutz, G.A. (1974): Psychodrama, Theorie und Praxis. (Heidelberg: Springer)
Levy-Bruhl, L. (1930): Die Seele der Primitiven (Wien: Braunmüller)
Moreno, J.L. (1940): Psychodramatic treatment of the psychoses, Sociometry, Vol. 3, No. 2
— (1970): Psychodrama, Vol. I (New York: Beacon Press)
Neumann, E. (1974): Ursprungsgeschichte des Bewußtseins (München: Kindler)
Petzold, H. (1978): Das therapeutische Theater V.N. Iljines. In: *Petzold, H.* (Hrsg.): Angewandtes Psychodrama (Paderborn: Junfermann)

Petzold, H.; Schmidt, I. (1978): Psychodrama und Theater. In: *Petzold, H.* (Hrsg.): Angewandtes Psychodrama (Paderborn: Junfermann)
Ploeger, A. (1966): Das Psychodrama als Therapieform in der Klinik. In: *Preuss, H.G.* (Hrsg.): Analytische Gruppenpsychotherapie (Hamburg: Rowohlt)
Schützenberger, A.A. (1966): Marquis de Sade, a French Precursor of Psychodrama. Group Psychother. (19) 46—48
Winnicott, D.W. (1972): The Maturiational Process and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development (London: Hogarth Press)

Adresse der Autoren:

Dr. med. Dorothee Doldinger
Barerstraße 62
W-8000 München

Dipl. Psych. Ulrich Etschmann
Hübnerstraße 7
W-8000 München 19

Entwicklung, Regression und therapeutische Umwelt bei schwerer geistiger Behinderung im Erwachsenenalter: Paradigmenwechsel und Erwägungen aus dem Rehabilitationszentrum ODA in Diacceto**

Carlo Bonomi (Diacceto/Florenz)*

In dieser Arbeit hinterfragt Bonomi die Entstehung und den therapeutischen Nutzen der dualistischen Sicht von Regression und Progression und stellt sie einer dynamischen Auffassung gegenüber. Danach ist die Spaltung der geistigen Behinderung in »einfache Schwächen« und »Komplikationen« bedingt durch die positivistische Interpretation des Evolutionismus. Erst ein dynamisches Verständnis von Entwicklungsstörungen ermöglicht es, Symptome, die geistige Behinderung häufig begleiten, als bedeutsame Mitteilungen über ein Beziehungsgeschehen zu verstehen. Der Autor belegt dies an zwei Fällen aus dem Rehabilitationszentrum ODA in Diacceto, das seit zwanzig Jahren Hilfe für die sogenannten »Unerziehbaren« leistet. Am Beispiel einer jungen Frau mit regelmäßigen auto- und heterodestruktiven Krisen über Jahre hinweg und eines jungen Mannes, der seine innere Not durch seine Koprophagie ausdrückte, kann er zeigen, daß Entwicklung und Persönlichkeitswachstum selbst bei Erwachsenen mit schwerer geistiger Behinderung möglich sind, wenn die Mitteilung hinter den Symptomen verstanden wird und die Umgebung echte Wiedergutmachung gestattet. Dementsprechend fordert Bonomi eine therapeutische Umwelt, die auf psychodynamischer und milieutherapeutischer Grundlage arbeitet und insbesondere nonverbale Therapieformen wie Malen, Sandspiel etc. einbezieht, wie es die Dynamische Psychiatrie Günter Ammons tut.

Bevor ich geistige Behinderung unter dem Aspekt der Regression und ihrer Bedeutung für die Entwicklungsfähigkeit diskutiere, möchte ich zunächst einen kurzen historischen und philosophischen Überblick geben.[1] Dabei erscheinen mir die folgenden drei Gesichtspunkte wesentlich:

1. Das Verständnis von Regression und Progression ist abhängig von den kulturellen Bedingungen, die ihnen Sinn und Richtung geben.
2. Die absolute Trennung von Progression und Regression, die aus der positivistischen Deutung der Deszendenztheorie stammt, hat die Theorie und Behandlung der geistigen Behinderung tief beeinflußt und die Trennung in »Erziehbare» und »Unerziehbare« sowie in »einfache Schwäche« und »Komplikationen« bestimmt.
3. Ein Verständnis von geistiger Behinderung, das nicht mehr nur auf Teilaspekten, sondern auf der Gesamtheit des Menschen basiert, müßte sich in beiden »Sprachen«, der der Regression und der der Progression, ausdrücken können,

1 Mein Dank gilt Prof. Virginia Giliberti für ihre wertvollen Erläuterungen, die die Abfassung dieses Berichts ermöglicht haben, und für die Jahre, in denen sie mich in die theoretischen und praktischen Kenntnisse der Entwicklungsstörungen eingeführt hat. Außerdem verdanke ich dieses Referat dem Rehabilitationszentrum ODA in Diacceto und seinen Mitarbeitern, Don Renzo Forconi, Albertina Panduri, Dr. Marco Campigli und Dr. Giampaolo Malfa.

* Klinischer Psychologe am Rehabilitationszentrum ODA (Opera Diocesana Assistenza di Firenze), Psychoanalytiker, Mitglied des Istituto di Psicoterapia Analitica in Florenz

** Vortrag gehalten auf dem 8. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP / XXI. Internationales Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 5.—8. Oktober 1990 in der Hochschule der Künste Berlin

weil nur so Integrations- und Personifikationsprozesse gefördert werden können.

Davon ausgehend, wird schließlich ein Vorschlag einer »therapeutischen Umwelt« dargelegt.

Historische Erwägungen (Modelle der Regression)

Es ist heute wenig bekannt, daß der Begriff Rückschlag (oder Atavismus) seinen Einzug in die Wissenschaft gerade in Verbindung mit der »Idiotie«[2] hielt. Sofort nach Erscheinen von *Darwins* »Ursprung der Arten« (1859), in dem die heikle Frage der Deszendenz des Menschen nicht direkt beantwortet wurde, begann *Carl Vogt* eine Theorie auszuarbeiten, in der die mikrozephalen Idioten als lebende »Zwischenglieder« zwischen Affen und Menschen angesehen wurden (*Vogt* 1863, 1867, 1870) und als Ersatzbasis für die noch nicht entdeckten Fossilienreste dienten. Die Hauptabhandlung von *Vogt* (1867) über die sogenannten »Affenmenschen« erschien fast gleichzeitig auf Deutsch, Französisch und Englisch, wurde außergewöhnlich populär und erntete große akademische Anerkennung. Sie spielte auch eine wichtige Rolle in der idiographischen Rekonstruktion des Neandertalers (*Schmutz* 1984), so daß es selbst heute, nach so langer Zeit, schwierig ist, sich dem stillen Einfluß der *Vogt*schen Theorie zu entziehen.

Die Theorie des Rückschlages oder Atavismus fand viele Anhänger; *Haeckel* (1874) lieferte mit dem biogenetischen Gesetz der Ontogenese als mechanische Wiederholung der Phylogenese den theoretischen Rahmen, in dem *Lombroso* (1873) sie hinsichtlich der verschiedenen Arten von Idiotie im Bereich der Psychiatrie anwandte. In dieser Zeit wurden die physischen Zeichen (sogenannte Stigmata) nicht deutlich von den psychischen Merkmalen unterschieden, sondern sie spiegelten sich gegenseitig wider. Die Begriffe Entartung, Atavismus, Rückschlag usw. umfaßten also Körper *und* Geist. Das Wort »Mongolismus« wurde von *John Langdon Down* (1866) im buchstäblichen Sinne geprägt, d.h. er nahm ursprünglich an, daß das *Down*-Syndrom eine echte Regression zur mongolischen Rasse sei, die als genetisch niedriger und der weißen Rasse vorhergehend angesehen wurde. Dies ist eines der wenigen sichtbaren Überbleibsel jener Geschichtsperiode, die — im Guten und im Bösen — unser Jahrhundert zutiefst beeinflußt hat. Man denke nur an die unseligen Folgen des »Sozialdarwinismus« und an die Eugenik-Programme, die in allen zivilisierten Ländern verbreitet waren (*Geiger* 1977, *Kevles* 1985, *Brown* 1988) und die ihren Höhepunkt in der Vernichtung »lebensunwerten Lebens« im nationalsozialistischen Staat fanden (*Klee* 1983, *Rudnick* 1985).

Um den Begriff der psychischen Regression therapeutisch nutzbar zu machen, mußte man ihn sowohl von der Vorstellung der »Entartung« lösen, mit der er lange verbunden war, als auch neue Normen finden, die sich nicht auf

2 Das Wort »Idiotie« ist in diesem geschichtlichen Kapitel im Sinne des 18. Jahrhunderts gebraucht, d.h. als allgemeiner Begriff und nicht als Klassifikation des Schweregrades der Störung.

Bedeutungen wie primitiv, niedrig, einfach, triebhaft festlegten (*Werner* 1948). *Freud* befindet sich hier auf halbem Wege: ohne Zweifel definierte er Regression neu, indem er den Begriff auf den Primärvorgang zurückführte, faßte aber weiterhin die Regression als Rückkehr zu Stufen der Triebentwicklung auf, die phylogenetisch bestimmt sind. Erst durch Autoren wie *Balint* (1952, 1968) und *Winnicott* wurde die Vorstellung der psychischen Regression von den Fesseln der Naturgeschichte befreit und gewann den Wert einer menschlichen Mitteilung. *Winnicott* schreibt (1959): »Die Regression stellt eine Hoffnung des psychotischen Patienten dar, nämlich, daß bestimmte Umweltaspekte, die ursprünglich scheiterten, wiedererlebt werden könnten und daß es dieses Mal der Umwelt gelänge, anstatt zu scheitern, ihrer Aufgabe, die natürliche Tendenz des Menschen (zu unterstützen), sich zu entwickeln und zu reifen, nachzukommen.«[3] Vor allem zwei Merkmale dieses Verständnisses von Regression verdeutlichen den Bruch mit der psychologischen Lehre des Evolutionsismus: die Abhängigkeit des Kindes (oder des regredierten Erwachsenen) von einer menschlichen Umwelt und eine nicht-lineare Deutung der personalen Zeit, weshalb das Rückschreiten keinen absoluten Kontrast zum »Vorschreiten« darstellt; im Gegenteil ermöglicht es bei einer adäquaten Antwort der Umwelt den Entwicklungsvorgang.

Die Frage der Überwindung der Natur durch den Menschen

Man kann die Rolle des evolutionistischen Positivismus besser verstehen, wenn man weiß, daß es diese beiden Auffassungen schon vor der Epoche *Darwins* gab. Um 1800, als die Fürsorge für verlassene oder kranke Kinder und Behinderte ihren Anfang nahm, schrieb *Carus* (1808): »Unläugbar ist der Mensch, von diesem Standpuncte aus betrachtet, in dem Zustande großer Hülflosigkeit. Wehrlos und sinnlos hängt er nur von Andern ab. Kein Geschöpf bleibt so lange Kind als der Mensch; aber eben daher ist er ursprünglich zur Geselligkeit berufen, und er war immer äußerlich schwach, um innerlich desto stärker zu werden.« Die »natürliche Schwäche« war für *Carus* nämlich die Grundlage zur Überwindung der Natur durch den Menschen, eine Überwindung allerdings, die einen personalen und nicht »natürlichen« Sinn hatte. Sie erfüllte sich in einem analogen Raum und in einer zyklischen Zeit und führte zur wechselseitigen Erkennung der »physischen Welt« und der »moralischen Welt«, der »Unterwelt« und der »Oberwelt«. Die dargestellte Weltanschauung mit der Kreismetapher würden wir heute als Integrationsvorgang verstehen.

Ab Mitte des 19. Jahrhunderts dagegen wandelt sich der Kreis in eine gerade Linie um, deren Pole sich als absolutes »Unten« und »Oben«, »Rückwärts« und »Vorwärts« gegenüberstehen. Das Kind wird nicht mehr in Abhängigkeit von einer menschlichen Umwelt, sondern nur in Abhängigkeit von Trieben (*Spencer* 1860, *Maudsley* 1868 u.a.) und vom Gehirn (*Preyer* 1881, *Romanes* 1888 u.a.) gesehen. Sie repräsentieren jetzt Regression und Progression.

3 Das Zitat bezieht sich auf die italienischen Ausgabe, Übersetzung erfolgte durch den Autor.

Am schwersten wiegt aber, daß nun die Überwindung der Natur durch den Menschen nicht mehr als Beweis der Schwäche gesehen wird, sondern als Beweis für die Kräfte des Gehirns, d.h. sie wird als ein Faktum gedeutet, das in physischer Zeit meßbar ist, im Raum des Gehirns (in seinem Gewicht und der Zahl seiner Windungen usw.) und in der Zeit der phylo- und ontogenetischen Entwicklung. Diese positive oder auch »buchstäbliche« Deutung der Überwindung verbindet sich mit der Vorstellung einer Stetigkeit und Abstufung zwischen Natur und Geist, gewöhnlich gerühmt als Beginn einer neuen Darstellung des Menschen. Paradoxerweise läßt diese Idee der Stetigkeit aber auch Progression und Regression wie zwei miteinander unverträgliche Vektoren erscheinen, wie ein Auf- und Absteigen einer Treppe, die einen aus der untersten Brutalität der Triebe in die oberste Moral des Gehirns bringt. Mit anderen Worten, diese neuen Koordinaten verstärken die Spaltung anstatt die Integration.

Auswirkungen der Polarisierung Triebe — Gehirn auf das Verständnis von geistiger Behinderung

Diese neuen Normen und die scharfe Spaltung zwischen der minderwertigen Brutalität der Triebe und der hochwertigen Moral des Gehirns beeinflußten stark die Auffassung der geistigen Behinderungen. Als die Theorie des atavistischen Rückschlags aufgegeben wurde, spaltete sich das Bild des »Idioten« einerseits in das der Brutalität der Triebe, vor der die Gesellschaft sich schützen muß, und andererseits in das der Langsamkeit und Schwäche eines Gehirns, dem die Gesellschaft helfen muß, sich zu entwickeln. Diese beiden Bilder wurden in der berühmtesten Abhandlung dieser Zeit durch *Sollier* (1891) hervorgehoben, in der er die Idioten und die Imbezillen einander psychologisch gegenüberstellt: die Ersteren werden als »Asoziale«, als »Gutartige« und als mit einem langsamen Gehirn definiert, müssen »gepflegt« und »entwickelt« werden, während die Letzteren als »Antisoziale«, als »Bösartige« und als mit perversen Trieben Ausgestattete dargestellt werden, die »bestraft« und »unschädlich gemacht« werden müssen.

Auch wenn diese neue Einteilung von *Sollier* kritisiert wurde, setzte sie sich in der klassischen Trennung zwischen »Erziehbaren« und »Unerziehbaren« durch, von der wir erst seit wenigen Jahren befreit sind. Weiter bewirkten die neuen Ideen über die Entwicklung, daß der Grundbegriff der Idiotie tiefgreifend umgewandelt wurde. Diese Begriffsänderung ist gemäß der positivistischen Darstellung der Wissenschaftsgeschichte meist als Übergang von einem gesamten und unddifferenzierten Begriff zu einem spezialisierten und differenzierten Begriff dargestellt worden (*Kanner* 1964). Paradigmatisch gesehen hat aber der Übergang von einer allgemeinen zu einer differenzierten Fassung eine Zerteilung der Gesamtphänomene eingeführt (*Lang* 1973).

Meiner Meinung nach waren die wichtigsten Veränderungen: die »Idiotie« wurde in der Folge »Schwachsinn« genannt, nämlich abgeleitet von Schwäche

des Gehirns, was zu ätiologischen Forschungen und Einordnungen Anlaß gab. Zu dieser Zeit bedeutete die Schwäche des Gehirns eine »Nicht-Überwindung der Natur«. Auch der Begriff des »Idiotismus« bezeichnete ursprünglich diese Problemdarstellung, aber in einem anderen Sinn. Denn er war aus dem griechischen »idios« mit der Bedeutung eines »isolierten Zustandes« geprägt (*Pinel* 1798), und zwar in einer Periode, in der die Gegenüberstellung von Naturwesen und Sozialwesen vorherrschte. Für die evolutionistischen Psychologen wird das Kind aber überhaupt als ein asoziales Wesen geboren, und erst viele Jahre später wird es dank Erziehung und Entwicklung der oberen Funktionen zu einem sozialen Wesen, so daß die Asozialität des Geistigbehinderten zur sekundären und notwendigen Konsequenz des Entwicklungsstillstands seines Denkvermögens wird.

Da die geistige Behinderung jetzt nur aus der Perspektive des Gehirns und seiner Progression gesehen wurde, wurde die Gesamtheit der regressiven Erscheinungen verdrängt, die mit einer solchen Sichtweise unvereinbar sind. Der Ausschluß aus der Gesellschaft und aus den Schulen, die Einweisung in »Idioten- und Irrenanstalten« und die eugenischen Maßnahmen, deren verbreitetste die Sterilisation war (*Kanner* 1964, *Kevles* 1985), konnten sodann als »Fachmethoden« der Behandlung regressiver Phänomene betrachtet werden, so wie es die »Erziehung« hinsichtlich der progressiven Phänomene wurde.

Aus den verschiedenen möglichen Formeln wurde die Formel »einfache Schwäche und Komplikationen« gewählt (*Wildermuth* 1887)[4] wobei der Begriff der einfachen Schwäche, deren Meßbarkeit die wissenschaftliche Hauptbeschäftigung eines guten Teils des 20. Jahrhunderts gewesen ist, das Paradigma der Hirnentwicklung wiedergeben könnte, während man unter dem Titel »Komplikationen« alles sammelte, was daraus entstand, sich der Erziehbarkeit entzog und als psychiatrische Symptome eingeordnet und somit unwirksam gemacht wurde. Es ist wohl klar geworden, daß sich unter dem Titel »Komplikationen« alle jene regressiven Phänomene verschleiern, über die man noch heute in Verbindung mit geistiger Behinderung so seltsam spricht.

Die Neubewertung des Kindes als »soziales Wesen« und ihre Auswirkungen auf die Auffassungen von geistiger Behinderung

Es ist kein Zufall, daß gerade der Begriff einer einfachen oder typischen Schwäche stark kritisiert wurde, seitdem in den sechziger Jahren einige französische Psychopathologen (*Misès, Barande* 1963, *Lang* 1968, *Misès* 1975, *Ajuriaguerra, Marcelli* 1984 u.a.) begannen, geistige Behinderung als ein Geschehen inmitten einer Beziehungsgeschichte zu verstehen und eine Reihe von neuen, gemischten Begriffen schufen wie »Geistesschwäche-Psychose«, »Psychose mit geistigbehindertem Ausdruck«, »unharmonische geistige Behinderung mit neurotischem oder psychotischem Hang« usw., die die klassische Gegenüberstellung von geistiger Behinderung und Beziehungsstörungen in Frage stellten.

4 Die vollständige Formel, die sich in den nächsten Jahren durchsetzte, lautete »Ätiologie und Stufe der Schwäche und Symptome«.

Daraus folgte erstens die Überwindung einer Behandlungsweise, die einzig auf der Erziehung basierte und zweitens eine neue Fähigkeit, die sogenannten »Komplikationen« als wertvolle Mitteilungen über die Beziehungsgeschichte zu verstehen. Mehr noch, meines Erachtens bergen gerade die Komplikationen, verschleiert in der Ausdrucksform der Regression und geschützt durch Anonymität und Anpassung, Elemente der potentiellen Individualität und Persönlichkeit in sich.

Ein Bespiel aus der Geschichte des Rehabilitationszentrums ODA in Diacceto

Unser Zentrum wurde vor zwanzig Jahren gegründet, um jenen Kindern zu helfen, die bis zu diesem Zeitpunkt als »unerziehbar« beurteilt und behandelt wurden. Viele von ihnen, wie der folgende Fall, kamen aus der Kinderabteilung der damaligen Irrenanstalt von Florenz.

Anna, die Tochter einer oligophrenen Mutter, ist heute 30 Jahre alt; sie wurde kurz nach der Geburt von der Mutter verlassen und kam mit acht Jahren nach Diacceto, nachdem sie schon eine lange »Karriere« in der psychiatrischen Anstalt hinter sich hatte. Sie war ein Kind mit fortwährenden auto- und heterodestruktiven Krisen und anderen Störungen wie Magersucht usw. Ihre Zeichnungen von menschlichen Figuren waren nicht nur sehr unterentwickelt, sondern auch mundlos. Die erste Behandlung bestand in einer verlängerten »maternage« von seiten zweier Lehrerinnen. In dieser Periode wurde das Kind unter anderem auch gefüttert. Durch diese Erfahrungen gewann sie einige Autonomie, jedoch machte sie in den folgenden Jahren keine wichtigen Fortschritte mehr. In dieser langen Periode drückte sich ihr Zustand in einer sehr stereotypen Zeichnung aus, und zwar in der Zeichnung einer Puppengestalt mit einer Art von Schnullerfetisch im Mund. Anna hatte auch die Fetisch-Idee, daß sie von klein auf an der Brust ihrer beiden Erzieherinnen gesäugt wurde. Schließlich war diese ganze lange Periode von einem Zyklus wöchentlicher Krisen mit konstantem Profil gekennzeichnet. In den ersten Tagen der Woche, in denen Anna ein bescheidenes Niveau bewahrte, pflegte sie liebevoll eine Puppe, der sie den bizarren, aber bedeutungsvollen Namen »Kaum-geboren« gegeben hatte. In der Tat, diese Puppe konnte nie wachsen, weil dieses Spiel der Pflege regelmäßig ins Gegenteil umschlug, nämlich in einen Zwang, die Puppe zu zerstören oder in den Abfall zu werfen, was dann in einer gewalttätigen Krise mit Entpersönlichung gipfelte und im Verlust jeglicher Fähigkeit des Ichs. Also mußte Anna dann selbst wie ein »kaum-geborenes« Kind gepflegt werden, was ihre erlaubte, sich von neuem mit einer hingebungsvollen Mutter zu identifizieren und von neuem diesen endlosen Zyklus von Geburt und Tod zu durchlaufen. Auch wenn man viele Erläuterungen zu dieser Szene abgeben könnte, will ich lediglich darauf hinweisen, daß dies alles für die Mitarbeiterinnen des Zentrums sehr mühsam war und daß es eine leichte Lösung gewesen wäre, ein erzieherisches Verhalten an den Tag zu legen und ihr diese Puppe, die mit so schweren Krisen verbunden war, wegzunehmen. Ich bin überzeugt, wenn man so gehandelt hätte, hätte sich Anna zu-

letzt stabilisiert, jedoch wäre auch endgültig jede Lebendigkeit verloren gegangen.

Kehren wir zur Geschichte zurück: es kommt ein Tag — als das Mädchen bereits 25 Jahre alt ist —, an dem es von der Idee erfaßt wird, daß eine Raupe nicht stirbt, sondern sich in einen Schmetterling verwandelt, und aus dieser Idee heraus malt sie zum ersten Mal ein nicht-stereotypes Bild, sondern ein Bild voll von Farben und Gemütsbewegungen. Diese neue Idee kennzeichnet eine Wende in ihrem Leben: die Puppe heißt nicht mehr »Kaum-geboren«, wird nicht mehr sofort zerstört, sondern bekommt einen eigenen Namen und wächst. Anna lernt auch, sich auf natürliche Art abzunabeln, indem sie die Erregungen zu modulieren weiß. Vor allem beginnt sie, sich um die eigene Person und die eigene Weiblichkeit zu kümmern und eine neue und unerwartete Entwicklung durchzumachen. Selbstverständlich tauchen die Krisenmomente ab und zu wieder auf, so wie die strukturellen Defizite geblieben sind, jedoch ist Anna jetzt ein autonomes Mädchen, sehr vital und kreativ. Wenn man die Dinge zurückblickend betrachtet, kann man sagen, daß sie sich der »geborenen und weggeworfenen« Puppe bedient hat, um im Kontakt mit dem Zentralproblem ihres Lebens zu bleiben, bis zu dem Moment, in dem sich eine bessere Lösung anbahnte.

Diese Geschichte kann uns, auch in einer so schematischen Form, einige Dinge lehren:

Erstens: Die Entwicklung einseitig vom Gesichtspunkt der intellektuellen Entwicklung zu sehen, bedeutet eine Einengung und hindert uns daran, die Komplexität der Phänomene zu begreifen. Insbesondere ist die Idee einer strukturellen Frühfixierung zu revidieren, eine Idee, die vom Begriff der neurobiologischen Reifung abgeleitet wurde und die zu einem generellen Desinteresse für die Entwicklungsmöglichkeiten des Erwachsenenalters geführt hat.

Zweitens: Wenn wir den Entwicklungsbegriff erweitern, um die Globalität der Person zu erfassen und die Selbstintegration als »Motor« jener Entwicklung annehmen, dann können wir die regressiven Prozesse als Versuche betrachten, die abgespaltenen lebenswichtigen Teile des Selbst wieder anzugliedern oder mindestens nicht zu verlieren.

Drittens: Wenn die Umwelt diesen Prozeß, der oft sehr schwer durchzuhalten ist, nicht zu sehr hemmt, und wenn es dem Patienten gelingt, eine Existenzkontinuität wahrzunehmen, dann kann es auch nach vielen Jahren der Stagnation bedeutsam und lebenswichtig werden, neue Fähigkeiten zu erwerben und ein gewisses Vorwärtsschreiten wieder aufzunehmen. Damit will ich nicht sagen, daß die Theorie der strukturellen Fixierung falsch sei, sie beschreibt vielmehr genau, was geschieht, wenn die Komplikationen »abgetrennt« werden und eine neue Anpassung durchgesetzt und akzeptiert wird.[5]

5 Seit langer Zeit, mindestens seit der französischen Kinderpsychiatrie, wurden die »harmonischen« und »unharmonischen« Arten des Schwachsinns unterschieden und einer exogenen, bzw. endogenen Ätiologie zugeordnet. Diese Einordnung wurde in den 60er Jahren in Frage gestellt, aber die Unterscheidung zwischen harmonischen und unharmonischen Formen. Man hat erkannt, daß die harmonische Form, in der die Symptome zugunsten des Defizits verschwinden, mehr als die unharmonische Form mit dem Alter zur Verschlechterung neigt. Die letzten Bemerkungen dieses Referats können als ein dynamisches und interaktives Modell der klinischen Unterscheidung angesehen werden.

Regression und therapeutische Umwelt

Nun möchte ich den Begriff »therapeutische Umwelt« diskutieren. *Günter Ammon,* dem wir einige der interessantesten theoretischen und praktischen Beiträge verdanken, entwickelte die »psychoanalytische Milieutherapie« für Patienten mit derartig schweren Störungen der Persönlichkeit, daß bei ihnen keine ambulanten Therapien, die auf Vorstellung und »Durcharbeitung« basieren, angewandt werden können. Das symbolische Niveau wird durch den neuen gegenwärtigen Lebensraum des Patienten ersetzt, und die Möglichkeit einer Umwandlung wird vom Prinzip des »repeat-repair« übernommen, das *Ammon* als »das erste psychodynamische Gesetz der Therapie schwerster Persönlichkeitsstörungen« definiert. Die neue Umwelt bietet anders als die ursprüngliche und pathogene Schutz und Verständnis und gestattet so dem Patienten die Wiedergutmachung dessen, woran er früher gescheitert war.

Bis zu welchem Punkt ist nun eine solche Auffassung anwendbar bei Fällen, die hier von Interesse sind, nämlich bei Erwachsenen mit schwerer geistiger Behinderung? Zunächst einmal dürfen wir nicht außer acht lassen, daß die ersten Probleme, mit denen man sich bei diesen Patienten befassen muß, nicht psychodynamischer Natur sind, sondern aus Entbehrung oder »Mangel« bestehen, so daß es die primäre Aufgabe ist, eine solche Umwelt zu schaffen, daß jene lebenswichtigen Seiten gefördert werden, die grundlegend für jeden weiteren Personifikationsvorgang sind. In Übereinstimmung mit *Stern* (1985) verstehe ich Kontinuität, Kohäsion, Affekt und Aktivität als diese fundamentalen Kerne des Selbst.

Die Sorge um die deprivierten Seiten der Patienten ist im Zentrum von Diacceto sehr nötig. Denn der Aufnahmeantrag wird meistens gestellt, wenn die vorherige Umwelt des Patienten einen Zusammenbruch oder einen langwierigen Niedergang erlitten hat. Unter solchen Bedingungen ist das einfache Sich-finden in einer neuen Umgebung, die einige grundlegende Dinge garantieren kann wie eine gewisse Stabilität sowohl in der Routine als auch in interpersonalen Beziehungen, ein Gefühl der Sicherheit und des Vertrauens und eine Reihe von Beschäftigungen und interessanten Erfahrungen, normalerweise ausreichend, um eine generelle Besserung einzuleiten, die ein oder einige Jahre dauern kann, bis sich ein neues Gleichgewicht zwischen Individuum und Umwelt eingependelt hat. Nur wenn der neue »Umweltrahmen« verinnerlicht wird und die Anpassungsbemühungen aufhören, können einige Teile des Selbst aktualisiert werden, d.h. in der Gegenwart auftauchen, und zur Wiederholungsdynamik Anlaß geben. Aus verschiedenen Gründen wird dieser Moment oft nicht erreicht, zum Beispiel wegen des laufenden Anpassungsdrucks. Wenn man diesen Moment aber erreicht, dann ergibt sich eine Situation, die gekennzeichnet ist durch: a) gegenseitige »Enttäuschung« zwischen Patient und Milieu, b) eine rasche Verschlechterung des Patienten und c) Reaktionen vonseiten des Milieus, die als »agierte Gegenübertragungen« gedeutet werden können. Um dieser Situation gerecht zu werden, sind andere Metho-

den erforderlich als die pädagogischen, die normalerweise bei geistiger Behinderung angewandt werden.

Ich führe ein kurzes Beispiel an. Marco ist ein Junge, der mit 18 Jahren nach dem Tod seiner Eltern nach Diacceto kam. In der Familie stand er immer im Schatten seines größeren Bruders, eines normalen und aufgeweckten Jungen, dem die Liebe und Hoffnung der Eltern galt. Auf diese Situation reagierte Marco, indem er eine häusliche »Minikriminalität« entwickelte, die sich in kleinen Essensdiebstählen und Verschleierungslügen offenbarte. Nach dem Tod der Eltern hatte er eine versteckte Pica entwickelt, und nach seiner Ankunft in Diacceto war er mehr als einmal nachts aufgestanden, um im Abfall nach Nahrung zu suchen. Diese alarmierenden Symptome waren fast verschwunden; im neuen Klima des Instituts besserte sich Marco sogar so weit, daß er in die Gruppe der »autonomeren« Jugendlichen eintreten konnte.

Jedoch ein paar Jahre später änderte sich die Situation unerwartet: die Gesamtheit seiner interpersonalen Beziehungen war gestört worden, da er von seinen Kameraden als eine Art »Abfalltonnen-Junge« behandelt wurde. Die Pica war in der erschwerten Form der Koprophagie wieder aufgetaucht, und in der Gruppe der Lehrer hatte sich die Meinung gebildet, daß er ein »geborener Lügner« sei, mit dem man nichts anfangen könne.

Die analytische Supervision des Falls rekonstruierte viele Episoden, die klar machten, wie sich ein Teil von Marco als Zielscheibe für die Kameraden »Brüder« und die Lehrer »Eltern« zur Verfügung stellte, indem er in ihnen Anklagen und Abwertungen hervorrief ähnlich denen, die er in seiner ursprünglichen Familie erlebt hatte. Es handelte sich also um eine »Wiederholung«, doch während in der ursprünglichen Familiensituation die Diebstähle von »guter« Nahrung eine Art von Ersatz für die verlorene mütterliche Zuneigung darstellten und die Hoffnung enthielten, sie zurückzugewinnen (*Winnicott* 1956), zeigte jetzt der Zwang, die »schmutzige und schlechte« Nahrung zu essen, in Zusammenhang mit dem Tod der Eltern die Umkehrung jener Hoffnung dramatisch an.

Als diese Situation umrissen war, wurde die gesamte Intervention in mehrere Ebenen gegliedert. Zunächst erlaubte die Supervision den Lehrern, die Ablehnung und die Abwertung nicht mehr zu »agieren« und so eine wiederherstellende Reaktion im täglichen Leben zu bieten. In einer individuellen therapeutischen Beziehung im Medium des Sandkastenspiels (*Kalff* 1966) wurde dem Jungen ein privater und geschützter Raum geboten, den er zuerst dazu nutzte, um Verfolgungsphantasien auszudrücken, deren Gegenstand die Gräber der Eltern und die gefährlichen Monster waren, die sie bevölkerten. Später drückte er die Rückkehr der Hoffnung in sein Leben aus in Form einer Geschichte über die Geburt eines Kindes. Schließlich wurde Marco auch in eine Maltherapie-Gruppe aufgenommen (vgl. *Kress, Apfeltaler* 1989), in der er in Berührung mit einer sehr depressiven Seite seines Selbsts treten konnte, die anfangs in den Bildern als isolierter »schwarzer Fleck« erschien, und sich dann schrittweise mit anderen Farben mischte und in lebhaftere Szenarien einfloß.

Diese Intervention zeitigte fast sofortige Ergebnisse, die Symptome und die sichtbarsten Beziehungsstörungen verschwanden, und Marcos Interesse für seine Arbeit lebte wieder auf. Das wichtigste war jedoch, daß Marco durch die Regression mit abgespaltenen Teilen seines Selbsts und seiner persönlichen Geschichte in Berührung treten und einen neuen Integrationsvorgang beginnen konnte.

Um dieses zu ermöglichen, war es gewiß notwendig, daß die Umwelt ihre interpersonalen Antworten in einem »wiederherstellenden« Sinn änderte, doch das allein hätte nicht ausgereicht. Marco mußte auch geholfen werden, wie es durch die Ausdrucksmöglichkeit des Sandkastenspiels und der Maltherapie geschah, sich mit den abgespaltenen Affekten abzustimmen (*Stern* 1985) und sie so umzuwandeln, daß sie (im Gegensatz zum Trauma) aktiv umgeformt werden konnten. Ohne diese Chance sind Wiederholung und Regression völlig unnütz (*Ferenczi* 1929, 1932; *Balint* 1968). In einer psychoanalytischen Therapie findet eine solche aktive Umformung meistens über das Nachdenken über sich selbst und in Form der Äußerung innerer Dialoge statt. Diese Mittel sind bekanntermaßen den Geistigbehinderten fast unzugänglich. Es gibt jedoch andere Ausdrucksmittel, die dazu nutzbar sind, wie die Malerei, das plastische Gestalten, das Sandkastenspiel, die Musik, der Tanz, das Theater usw., die meist aus sensomotorischen Elementen bestehen und, wenn sie therapeutisch eingesetzt werden, »Regressionen im Dienste des Ich« (*Kris* 1952) erlauben. Auch in der Geschichte von Anna finden wir den Beginn einer neuen Phase, einen »Neuen Anfang«, um die schöne Metapher von *Balint* zu gebrauchen, die mit dem bewegenden Bild der Raupe, die sich in einen Schmetterling verwandelt, übereinstimmt.

Zusammenfassend kann man sagen: Die Hauptprobleme, die eine »therapeutische Umwelt« für Geistigbehinderte im Erwachsenenalter einbeziehen muß, sind die *Entbehrung, die Wiederholung und die Regression.* Ihre vorrangigen Aufgaben können daher mit *Pflegen, Wiedergutmachen und Vermitteln* umschrieben werden:

a) die entbehrten Kernaspekte des Selbst pflegen und in Folge davon die natürliche Entwicklung der Autonomie unterstützen,

b) gegenüber den Wiederholungsdynamiken »wiedergutmachende« interpersonale Antworten anbieten und

c) auf regressive Vorgänge vermittelnd reagieren, nämlich dem Patienten Räume und Mittel anbieten, die ihm erlauben, die in der Regression enthaltenen abgespaltenen Kerne »mit-abzustimmen« und »aktiv umzuformen«.

Abschluß und strukturelle Erwägungen

Das grundlegende Merkmal der dargestellten Perspektive kann als »Fähigkeit, in den beiden Sprachen der Regression und der Progression sich mitzuteilen«, bezeichnet werden, um sowohl den Wendepunkt im Hinblick auf das alte Paradigma der einseitigen intellektuellen Unterentwicklung zu unterstrei-

chen, als auch die Übereinstimmung mit der neuen Tendenz, geistige Behinderung als einen »anomalen Aufbau der Persönlichkeit« zu begreifen (*Bollea* 1989). Es wurden drei wesentliche Aspekte dieser Wende sowohl durch historisch-kulturelle als auch durch klinische Darlegungen ausgeführt: die Überwindung der Formel »Geistesschwäche und Symptome«, die Notwendigkeit, den Focus der Behandlung auf die Integration und Harmonisierung der Persönlichkeit zu verschieben und die Notwendigkeit, Vorurteile bezüglich des chronologischen Alters zu revidieren, denn auch das Erwachsenenalter erweist sich als entwicklungsfähig, wenn eine unterstützende »therapeutische Umgebung« vorhanden ist. Ich möchte ergänzen, daß auch ganz andere Gedankengänge als die hier dargelegten zu einer Revision dieser Gesichtspunkte geführt haben, zum Beispiel die neuen »ökologischen« Perspektiven, die im Grunde eine Kritik der »progressiven Erziehung« darstellen, die sich vom Einfachen zum Komplexen steigert. Auch diese Sichtweise beinhaltet nämlich eine Überwindung der Annahmen, die aus der positivistischen Deutung des Evolutionismus abgeleitet sind. Sie unterscheiden sich aber wesentlich von den hier ausgeführten Gedanken: während diese nämlich auf die innere Welt gerichtet sind, zielen die ökologischen Perspektiven auf die äußere Umgebung.

Abschließend möchte ich die Beschränkungen und die Möglichkeiten eines integrativen Verständnisses durch eine strukturelle Überlegung erläutern. In einer alten, aber immer noch bedeutsamen Abhandlung interpretiert *Bärbel Inhelder,* Schülerin und Mitarbeiterin von *Piaget,* die Hemmung der Intelligenzentwicklung bei den Geistigbehinderten als ein falsches Gleichgewicht, als eine Art von Stabilität, die nicht aus beweglichen »Integrationsvorgängen« entstanden ist, sondern aus einer Art von »Reibung« oder »Viskosität«, die systemimmanent ist und sich aus der Vorherrschaft der sensorischen Zeichen ergibt.

Diese prägnante Metapher des »falschen Gleichgewichts« kann jedoch auf die gesamte Persönlichkeitsstruktur ausgeweitet werden, wenn wir erkennen, daß durch die Einweisung in geschlossene Abteilungen und deren homogene Zusammensetzung echte Differenzierungs- und Integrationsprozesse, für die ein flexibles und koordiniertes System notwendig ist, verhindert werden. Weiter scheint die Stabilität auch hier im wesentlichen von sensorischen Zeichen garantiert zu sein, die die Tendenz haben, sich in Stereotypen zu fixieren, wie unter anderem der weitverbreitete Gebrauch von Fetischgegenständen beweist. Aber hier gibt es einen grundlegenden Unterschied, denn während bezüglich des Intelligenzaufbaus die sensorischen Zeichen die Entwicklungstendenzen nur stoppen, lassen sie bezüglich des Gefühlslebens die archaischen Ängste »gefrieren« (*Bonomi* 1989), indem sie die regressiven Neigungen kodifizieren und zu einem Ritus machen.[6]

Diese zirkelartige Komplementarität unterliegt der klassischen oligophrenen »Starrheit« und »Trägheit« (*Luria* 1960). Gerade das gestattet uns die

6 Das Problem der Abwehrrolle der defizitären Vorgänge bezüglich der archaischen Ängste ist auch bei *Gibello* (1984) dargestellt, allerdings in einem anderen theoretischen Rahmen.

entschiedene Behauptung: Je mehr diese Patienten sich mit ihren »vitalen Affekten« (*Stern* 1985) oder »Gefühlsformen« (*Langer* 1967) abzustimmen bemühen, desto weniger werden sie ihr Denken von sensorischen Zeichen sättigen lassen, das heißt, desto beweglicher und integrationsfähiger werden die Patienten.

Development, Regression and Therapeutic Environment in Severe Mental Retardation in Adult Age: Change of Paradigma and Considerations of the Rehabilitation Centre ODA in Diacceto

Carlo Bonomi (Diacceto/Florence)

The author gives a historic-philosophical introduction to the meaning of regression. Along darwinistic lines, *Carl Vogt* postulated the »idiots« to be »living connecting links« between ape and man. The positivistic understanding that man would depend only on his brain and drives, but not on his human environment, was connected with the assumption of a steady relationship of nature and mind which could be measured in physical terms. Therefore, progression and regression were considered two opposite vectors. Besides a nonlinear and integrative understanding of regression and progression had been formulated (*Carus* 1808). *Freud* reduced regression to primary processes, but later, *Balint* and *Winnicott* went beyond and freed regression of its primitive and degenerative connotations. The separation of »primitive drives« from »superior morals« of the brain brought about three important changes: The notion of »idiotism« was replaced by »mental weakness« (i.e. weakness of the brain). Parallelly to an increasing fixation on brain development, the isolation of the mentally retarded in special institutions, as well as eugenic measures, appeared to be the preferred professional treating methods. »Simple mental weakness« and »complications« were considered as antipodes (*Wildermuth* 1887). All that could not be reduced to brain development, e.g. regressive phenomena, was considered as »complications«.

The rehabilitation centre ODA in Diacceto near Florence has tried for 20 years to help the so-called »uneducable« children. The author describes the case of Anna, who had lived in psychiatric hospitals, before she came to Diacceto, when she was 8 years old. For years, she showed the same auto- and hetero-destrucitve crisis every week: she used to caress and after some days destroy a puppet, which she called »hardly born«. Her development had totally stagnated. At the age of 25, the turning point in her life came, when the idea reached her mind, that a caterpillar doesn't die but becomes a butterfly, i.e. change is possible, not only birth and death. This started a new developping process, she increased her autonomy, femininity and creativity. The puppet which she had caressed as well as destroyed had been her means to stay in contact with the central problem of her life.

Bonomi illustrates his understanding that regressive processes are patients' attempts to integrate or at least not to lose splitted parts of the Self and that a certain development is possible even after years of stagnation. In his opinion the theory of early structural fixation has to be revised. The patients have experienced a great deficiency; therefore the basic and fundamental parts of Self such as continuity, cohesion, affect and activity (*Stern* 1985) have to be fostered first. He proposes a »therapeutic environment« with the principle of repeat and repair and refers to psychoanalytic milieu therapy as it is conceived by *Günter Ammon.*

After some years in Diacceto, Marco, another patient, showed the alarming symptom of coprophagia. It became clear that this was a repeat dynamic: at home he had tried to get the lost love of his mother by stealing food. Now, eating the bad and dirty »food« showed he had lost this hope when his parents died. The supervision allowed the teachers to overcome the acting-out of countertransference and thus to offer a repairing reaction. In non-verbal, sandplaying and painting therapy, Marco could get in contact with the splitted depressive part of his Self. These interventions led to rapid disappearing of the symptom.

Thus, the author counters the often occurring circle of »disappointment« of patient and milieu, acted-out countertransference and the resulting deterioration of the patient's condition. Especially nonverbal therapies like sandplaying (*Kalff* 1966) and group painting therapy (*Kress, Apfeltaler* 1989) allow the patient to express his fantasies in a protecting environment and so to »suit« himself to his splitted affects and to transform them actively.

The therapeutic environment has to care for the deficient core of the Self, to answer repeat dynamics in a repairing way and to react mediatingly to regressive processes. *Bonomi* concludes that mental retardation is to be understood as a deficiency of personality. Therapy, therefore, has to strive for the person's integration in the sense of Ego development. The admission into closed institutions and their homogeneous composition, however, contributes to ritualizing regressive tendencies and to »letting freeze« the archaic anxieties.

Literatur

Ajuriaguerra, J., Marcelli, D. (1984): Psicopatologia del bambino (Milano: Masson).
Ammon, G. (1973): Psichiatria dinamica (Roma: Astrolabia).
Bollea, G. (1989): Caratteristiche cliniche. In: A.N.F.F.A.S.: Atti del Covegno sul Handicap psichico: Ricerca, formazione, servizi negli anni 90, Roma, 20/21 Ott. 1989.
Bonomi, C. (1989): Splitting and Congelation Processes in Borderline Conditions (wird veröffentlicht).
Brown, J. (1988): Who were the Eugenicists? A study of the formation of early twentieth-century pressure group. In: History for Education (17) 295—307
Carus, F.A. (1808): Psychologie, Band II. (Leipzig)
Balint, M. (1952): Amore primario. (Firenze: Guaraldi 1972).
Balint, M., Balint, E. (1968): Il difetto fondamentale. In: *Balint, M., Balint, E.:* La regressione (Milano: Cortina)

Darwin, C.R. (1859): L'origine delle specie. (Torino: Boringhieri)
— (1871: L'origine dell' uomo e la selezione sessuale (Roma: Newton Compton)
Down, J.H.L. (1866): Observations on an ethnic classification of Idiots. Clinical lectures and reports by the medical and surgical staff of the London Hospital (London, Vol. 3)
Ferenczi, S. (1929): Principio di distensione e neocatarsi. In: Fondamenti della psicoanalisi, vol. III (Firenze: Guaraldi)
— (1932): Diario clinico (Milano: R. Cortina)
Geiger, G. (1977): Schwachsinnigenfürsorge und Hilfe für das geistig behinderte Kind. Analyse der »Zeitschrift für das Idiotenwesen« (1880—1934). Freiburger Forschungen zur Medizingeschichte, Bd. 6 Freiburg: H.F. Schulz)
Gibello, B. (1984): L'enfant à l'intelligence troublée. (Paris: Centurion)
Haeckel, E. (1868): Storia della creazione naturale (Torino: UTET)
— (1874): Antropogenia o Storia dell'evoluzione umana (Storia embriologica e genealogica). (Torino: UTET)
Kalff, D.M. (1966): Il gioco della sabbia e la sua azione terapeutica sulla psiche (Firenze: Edizioni OS)
Kanner, L. (1964): A History of the Care and Study of the Mentally Retarded. (Springfield: C.C. Thomas)
Kevles, D.J. (1985): In the name of Eugenics: Genetics and the Uses of Human Heredity. (New York: Knopf)
Klee, E. (1983): Euthanasie im NS-Staat. Die Vernichtung lebensunwerten Lebens. (Frankfurt: Fischer)
Kress, G., Apfeltaler, R. (1989): Die Bedeutung der Maltherapie in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige für Borderline-Patienten (unveröffentl. Manuskript)
Kris, E. (1952): Ricerche psicoanalitiche sull'arte. (Torino: Einaudi)
Kuhn, T. (1962): La struttura delle rivoluzioni scientifiche. (Torino: Einaudi)
Lang, J.L. (1969): Le problème nosologique des relations entre structure psychotique et structure déficitaire (psychose à expression déficitaire »arriération-psychose«). Problématique de la psychose. In: Exerp. med. found. (1) 97—115.
Lang, J.L. (1973): Esquisses d'un abord structural des états déficitaires. In: Confrontations psychiatriques (10) 31—52.
Langer, S.K. (1967): Mind: An essay on human feeling, vol. 1 (Baltimore: J. Hopkins Univ. Press)
Lombroso, C. (1873): Microcefalia e cretinismo.
Luria, A.R. (1960): Il bambino ritardato mentale. (Bologna: Zanichelli)
Inhelder, B. (1963²): I disturbi dell'intelligenzia. Metodi e criteri diagnostici piagetani. (Milano: F. Angeli)
Maudsley, H. (1868²): Fisiologia e patologia dello spirito. (Napoli: Pasquale)
Misès, R. (1975): Il bambino deficiente mentale (Roma: Astrolabia)
— (1979): Approche psychopathologique des déficiences intellectuelles de l'enfant. In: Pédiatrie 4101, 10.
Misès, R., Barande, I. (1963): Les états déficitaires dysarmoniques graves. Etude clinique de formes précoces intriquant relation psychotique et symptomatologie de type déficitaire. In: La Psychiatrie de l'Enfant, (4), 1—78.
Moravia, S. Il ragazzo selvaggio dell'Aveyron. (Roma, Bari: Laterza)
Pinel, P. (1798): Nosografia filosofica o il metodo dell'analisi applicato alla medicina (Palermo)
Preyer, W. (1881): L'âme de l'enfant. Observations sur le développement psychique des premières années (Paris)
Romanes, G.J. (1988): Evoluzione mentale nell'uomo. Origine delle facoltà umane. (Torino: Bocca)
Rudnick, M. (1985): Behinderte im Nationalsozialismus. Von der Ausgrenzung und der Zwangssterilisation zur Euthanasie. (Weinheim, Basel: Beltz)
Schmutz, H.K. (1984): Hypothetische Bindeglieder zwischen Affe und Mensch. Zur fossilarmen Frühgeschichte der Paläoanthropologie. In: Sudhoffs Archiv (68) 77—83.
Sollier, P. (1891): Psychologie de l'idiot et de l'imbécile. (Paris: F. Alcan)
Spencer, H. (1860): Dell'educazione intellettuale, morale e fisica. (Torino: Paravia)
Sulloway, F.J. (1985): Freud biologo della mente. (Milano: Feltrinelli)
Stern, D.N. (1985): Il mondo interpersonale del bambino. (Torino: Borinieri)
Vogt, C. (1863): Vorlesungen über den Menschen, seine Stellung in der Schöpfung und in der Geschichte der Erde. Bd. I (Gießen)
— (1867): Über die Mikrocephalen oder Affenmenschen. In: Arch. f. Anthropologie (2) 129-284
— (1870): Menschen, Affen-Menschen und Prof. Th. Bischoff in München. In: *Moleschott:* Untersuchungen zur Naturlehre des Menschen und der Thiere, Band 10. (Gießen)

Werner, H. (1948): Psicologia comparata dello sviluppo mentale. (Firenze: Guinti)
Wildermuth, H.A. (1887): Über die Komplikationen der Idiotie. In: Zeitschr. f. d. Behandlg. Schwachsinniger und Epileptischer (3) 49—55.
Winnicott, D.W. (1959): Classificazione: esiste un contributo psicoanalitico alla classificazione psichiatrica? In: *Winnicott, D.W.:* Sviluppo affetivo e ambiente (Roma: Armando)
— (1956): La tendenza antisociale. In: *Winnicott, D.W.:* Dalla pediatria alla psicoanalisi (Firenze: Martinelli)

Adresse des Autors:

Carlo Bonomi
Centro Riabilitativo di Diacceto
via Casentinese 73/f
Diacceto
50060 Pelago, Firenze
Italien

Buchbesprechungen

Harald Pühl und Wolfgang Schmidbauer (Hrsg.)
Supervision und Psychoanalyse — Selbstreflexion der helfenden Berufe

Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main 1991, 175 S.

Der vorliegende Band ist die in die Reihe Geist und Psyche des Fischer-Verlags aufgenommene überarbeitete Neuausgabe der 1986 beim Kösel-Verlag erschienenen Erstausgabe. Er enthält Aufsätze der Psychoanalytiker und Gruppenpsychotherapeuten bzw. Gruppendynamiker *Harald Pühl, Wolfgang Schmidbauer, Franz Wellendorf, Georg Richard Gfäller, Winfried Münch* und der Psychoanalytikerin *Thea Bauriedl* zu Theorie und Praxis der Supervision und Balintgruppenarbeit. Vier Beiträge entfalten ihre Thematik anhand einer konkreten Aufgabenstellung: die supervisorische Arbeit in einem psychotherapeutisch arbeitenden Kinderheim ist der Ausgangspunkt in *Franz Wellendorfs* Aufsatz. *Georg Richard Gfäller* erörtert auf dem Hintergrund des *Foulkes'*schen Konzepts der analytischen Gruppenpsychotherapie seine supervisorische Arbeit mit dem Team einer psychotherapeutisch/psychoanalytisch orientierten Klinik. Unter triebdynamischen Aspekten arbeitet *Winfried Münch* seine Erfahrungen in der Leitung freier und institutionell verankerter Lehrer-Balintgruppen aus, und *Harald Pühls* Thema ist die Gruppen- und Einzelsupervision mit Sozialpädagogikstudenten. Über das reichhaltige und anschaulich vermittelte Praxismaterial hinausgehend bieten diese Beiträge differenzierte und metatheoretisch größtenteils exakt ausgearbeitete Erkenntnisse zur Gruppendynamik der Teamsupervision in Institutionen. Die Autoren arbeiten die jeweils besondere Problematik der von ihnen supervidierten Teamgruppen in bezug zur Gesamtgruppendynamik der Institution heraus und sie sparen sich selbst in ihren Gegenübertragungsgefühlen, -reaktionen und -fehlern nicht aus, in klarer Ausrichtung auf die Aufgabenstellung.

Klar und theoretisch konzentriert arbeitet *Thea Bauriedl* in ihrem Beitrag die Grundposition ihres psychoanalytischen und supervisorischen Arbeitskonzepts heraus, nämlich den der Realbeziehung zwischen Arzt und Patient: Jede Beziehung neigt zur Erstarrung, d.h. einer aus Gründen der Angstabwehr vorgenommenen, unbewußten, komplementären Positionierung der Beziehungspartner. Die kleinste und wesentlichste Einheit emanzipatorischer Veränderungsprozesse sieht *Thea Bauriedl* in der Überschreitung dieser festen Positionen, in der Verlebendigung der Beziehung, die sowohl beim Hilfesuchenden als auch beim Helfenden Angst mobilisiert. Das der freien Assoziation, den Phantasien und dem freien Denken geöffnete Feld einer Balint-Gruppe soll diese Prozesse zu ermöglichen verhelfen. »Nur soweit der Gewinn durch die Veränderung (mehr Freiheit) höher eingeschätzt wird als der Verlust (Verlust an Sicherheit), kann der von *Freud* entdeckte Wiederholungszwang aufgelöst werden. Die Auflösung des Wiederholungszwanges besteht in der ständi-

gen Relativierung von Normen. Immer wieder werden auf diesem Weg bisher unreflektierte Unterscheidungen von 'gut' und 'böse', von 'richtig' und 'falsch' in Frage gestellt, immer wieder müssen scheinbar selbstverständliche (therapeutische) Strategien in bezug auf ihre Bedeutung für die beteiligten Personen reflektiert werden. Prinzipiell bleibt in diesem Prozeß nichts unhinterfragt; de facto haben diese Infragestellungen jeweils dort ihre Grenze, wo die Angst der Beteiligten zu groß wird.« *Thea Bauriedl* setzt die Realbeziehung zwischen Helfendem und Hilfesuchendem in ihren bewußten und unbewußten Anteilen in ihr Recht ein, der sie letztlich auch Fragen der Bearbeitung von Übertragungs- und Gegenübertragungsprozessen unterwirft. Nicht bedacht wird allerdings die Bedeutung der Gruppe und die Gruppendynamik als solche, die Autorin bezieht sich hier wiederum auf die notwendige Konflikt- und Risikobereitschaft der Leiterpersönlichkeit.

Der von den Herausgebern des Bändchens gemeinsam verfaßte Aufsatz »Helfen als Beruf, Entfremdung und Supervision« reicht in Qualität und Konzentriertheit nicht an die anderen Beiträge heran. Einmal wieder wird auf den von *Schmidbauer* geprägten Begriff des »Helfersyndroms« bzw. des »hilflosen Helfers« rekurriert, was im Tonfall immer zu einem Lamento führt und inhaltlich trügt, insofern nämlich ein, wenn auch bedeutender Faktor der psychosozialen und medizinischen Berufe verallgemeinert und absolut gesetzt wird, nämlich der des Helfens im Dienste der Abwehr eigener Bedürftigkeit, Angst, Hilflosigkeit und Entwicklungsbedürfnisse, verbunden mit dem Angewiesensein auf narzißtische Bestätigung. Gibt man nun diesem Teilaspekt solch raumgreifendes Ausmaß, ist zu erwarten, es käme die Sprache auch auf den frustrierten und enttäuschten Hilfesuchenden. Dem ist aber nicht so. Die Autoren argumentieren an keiner Stelle aus der Motivation heraus, den hilfesuchenden und offen leidenden Menschen vor einer sekundären Ausbeutung durch die Helfer zu schützen, sondern ausschließlich aus ihrem mitfühlenden Verständnis für den frustrierten Helfer heraus. Sehr undeutlich wird das Anliegen von supervisorischer Arbeit formuliert: ». . . daß es letztlich immer um die Verbesserung der Situation der Klienten geht«. Veränderndes Engagement wird von vornherein von den Autoren ins Zwielicht gerückt, da sie der Ansicht sind, es sei »Supervision nicht etwas Natürliches, sondern eine Folge industriell-arbeitsteiliger Entfremdungserscheinungen«.

Auch im letzten Beitrag des Buches diskutiert *Harald Pühl* nicht ernsthaft seine abschließende Frage nach der Modifizierung der Abstinenz des Therapeuten, sondern lehnt kategorisch eine Veränderung der Haltung ab mit der Begründung, es blieben sonst »die gesellschaftlich vermittelten Machtstrukturen . . . vernebelt und dadurch noch schwerer reflektierbar«.

Astrid Thome (München)

Walter Bräutigam (Hrsg.)
Kooperationsformen somatischer und psychosomatischer Medizin. Aufgaben — Erfahrungen — Konflikte

Springer-Verlag, Berlin 1988, 210 S.

Der vorliegende Band umfaßt umfangreiches Dokumentationsmaterial und Beiträge einer Tagung, in der über die Zusammenarbeit der psychosomatischen Medizin mit den somatischen Fachgebieten unter der Leitung des Direktors der Psychosomatischen Klinik der Universität Heidelberg, Walter Bräutigam, diskutiert wurde. Mitautoren des Buches und Diskussionsteilnehmer sind psychosomatische und somatische Mediziner, Psychologen und Sozialpädagogen, darunter bekannte Wissenschaftler wie W. Blankenburg, D. Petzoldt, G.E. Feuerle, H. Hübschmann, K.-D. Hüllemann, M. von Rad, um einige zu nennen.

Ziel der Tagung war der Erfahrungsaustausch über die bisherigen Kooperationsprojekte in den verschiedenen Fachgebieten bzw. Arbeitsbereichen, die Diskussion der dabei aufgetretenen Konflikte und das Aufzeigen der Unterschiede zwischen den einzelnen Fachgebieten. Grundlegend für das vorliegende Buch ist der Beitrag von Walter Bräutigam, der vor dem Hintergrund eines Abrisses der nunmehr 40-jährigen Entwicklung der modernen psychosomatischen Medizin nach den Bedürfnissen und der Notwendigkeit einer Zusammenarbeit fragt und die Auffassung vertritt, daß die Kooperation zwischen psychosomatischer und somatischer Medizin, wie auch immer sie gestaltet wird, nur als ein kontinuierlicher Dialog weiterführend und fruchtbar sein kann.

Die hier zusammengetragenen Darstellungen des Verlaufs der bisherigen Kooperationsunternehmen zwischen psychosomatischer Medizin, Dermatologie, Allgemeinmedizin, Infertilitäts-Reproduktionsmedizin, der genetischen Beratung und der AIDS-Hilfe und -Beratung zeigen, daß die jeweils praktizierten Formen der Zusammenarbeit nicht über eine Konsiliartätigkeit oder Unterstützung des Mitarbeiterteams hinausgehen. Ein Beispiel für ein sich allmählich segensreich entwickelndes Zusammenwirken ist das Projekt der Dermatologischen Universitätsklinik Heidelberg, das über vier Jahre hinweg bestand, aber eingestellt werden mußte, da keine weiteren Mittel zur Verfügung gestellt wurden. Dieses Modell sah vor, daß ein Psychotherapeut der Psychosomatischen Klinik in der Dermatologie Sprechstunden abhielt und Patienten psychotherapeutisch behandelte. Im Verlauf der vierjährigen Zusammenarbeit entstand ein intensiver Dialog zwischen den Dermatologen und dem Psychosomatiker, der dazu führte, daß mehr und mehr »Berührungsängste« abgebaut werden konnten und jeder sich mit dem Fachbereich des anderen differenziert vertraut machte.

Die Paneldiskussion zu den insgesamt acht Arbeitsgruppen der Tagung wird fast wörtlich widergegeben, folgendes wird daraus deutlich: Die Konflikte bei der Kooperation werden offengelegt, ohne daß sich eine Lösung der Problematik abzeichen würde. Hauptsächlicher Konfliktstoff bleibt die immer noch

vorhandene Trennung zwischen Psyche und Soma. Die Psychosomatik bleibt als ein eigenes Spezialfach größtenteils isoliert. Zur Frage der notwendigen Integration der psychosomatischen und somatischen Medizin wird keine Möglichkeit aufgezeigt.

Es erstaunt, daß die Gruppendynamik der Institutionen, von der die Effizienz der Kooperation abhängt, kein Gegenstand dieser Diskussion geworden ist.

Dorothee Doldinger (München)

Béla Buda, István Füredi (Hrsg.)
A neurosis változó arca
(Das sich wandelnde Gesicht der Neurose)

Medicina Verlag, Budapest 1989, 240 S.

Der vorliegende Band enthält eine Sammlung von Aufsätzen von sieben ungarischen Psychoanalytikern, in ungarischer Sprache, zum aktuellen Stand der Neurosentheorie und -therapie.

Im von *Béla Buda* und *István Füredi* verfaßten Vorwort wird auf die therapeutischen Versorgungsprobleme der Neurosen hingewiesen: Im Mittelpunkt dieser Problematik steht heute die Beschäftigung mit der Struktur und der Prognose der Erkrankten, aber auch die nosologische Abgrenzung, die Planung der Therapie und die Messung ihres Effektes. Der *Freud*sche Begriff der Neurose erfährt in unserer Zeit wesentliche Wandlungen durch die Verbreitung chronisch somatisierter Formen, verschiedener Angstneurosen, latenter und larvierter Depressionen und besonders der vielen Facetten der Borderline-Erkrankung.

Kurze historische Betrachtungen leiten die einzelnen Kapitel ein, die sich mit der Neurasthenie, der Hysterie, der Angst- und Zwangsneurose, mit phobischen und somatoformen Bildern, mit Charakterneurosen und narzißtischen Persönlichkeitsstörungen, sowie der Borderline-Erkrankung befassen. Neben der Diskussion nosologischer und diagnostischer Aspekte kommt der kritischen Auseinandersetzung mit den verschiedenen Krankheitstheorien und (ambulanten oder stationären) therapeutischen Ansätzen ein wichtiger Platz zu. Insgesamt liegen dem Buch *Freud*s und *Melanie Klein*s Konzepte zugrunde, wobei kognitive und biologisch begründete Krankheitsmodelle in den einzelnen Kapiteln auch berücksichtigt werden.

Ausgehend von *Freud*s Trennung der Angstneurose aus dem Gesamtbild der Neurasthenien, die *Ferenczi* theoretisch weiterdifferenziert hat, setzt sich *Oszváth* mit den somatischen Manifestationen »affektiver Spannungen« auseinander. Die traditionelle medizinische Einstellung und die Therapie solcher somatischer Neurosen ist nach *Oszváth* nicht mehr ausreichend, sie produziert vielmehr neue Symptome; biologisch-physikalische Erklärungen ihrer Genese

sind irreführend — dies widerspiegelt sich auch in der eklektischen Krankheitsdefinition des DSM-III. Vom klinischen Standpunkt unterscheidet *Ozsváth* somatisierte Formen der Neurasthenie, chronisch-fluktuierende Symptome (sog. *Briquet*-Syndrom), Konversionsstörungen, psychogene und hypochondrische Schmerzsyndrome, sowie dissoziative Störungen nach *Janet*, wie psychogene Amnesie und Dämmerzustände. Ihnen allen gemeinsam ist eine Auflösung der sozial verbindlichen Identität des »überlasteten Ichs«.

Polay beschäftigt sich mit den verschiedenen theoretischen Auffassungen der Hysterie; *Haraszti* widmet ein Kapitel den unterschiedlichen Varianten phobischer und Zwangsneurosen, das durch mehrere Fallbeispiele praktischen psychotherapeutischen Bezug gewinnt, ohne die Selbstkritik des konzeptuellen und therapeutischen Eklektizismus überwinden zu können. *Flaskay* versucht, das heterogene Krankheitsbild der Charakterneurosen und narzißtischen Persönlichkeitsstörugen aufgrund des von *Otto Kernberg* erweiterten kleinianischen Krankheitsmodells nosologisch zu definieren. Im Kapitel über Borderline-Krankheitsbilder von *Csuhai Csinos* wird besonder deutlich, auf welche Schwierigkeiten der Versuch der Synthese verschiedener Schulen und der Abgrenzung nosologischer Einheiten angesichts der Grenzauflösung früher präzisierter Krankheitsdefinitionen stößt. Da ein umfassendes psychopathologisches und psychodynamisches Persönlichkeits- und Krankheitskonzept der Autorin fehlt, beschränkt sie sich auf die Aneinanderreihung aus der Fachliteratur übernommener Begriffe. In diesem Kapitel wird die Frage der zugrundeliegenden Störung der mangelhaft integrierten Persönlichkeit aufgeworfen, aber konzeptuell nicht gelöst. Es ist auch unerklärlich, daß hier der Name *Günter Ammons* nicht erwähnt wird in bezug auf Milieutherapie und Gruppentherapie, deren Einführung in ein kohärentes theoretisches und therapeutisches Konzept und in die Behandlungspraxis der Borderline-Krankheit mit seiner Arbeit eng verbunden ist.

Im Schlußkapitel betonen die Herausgeber, daß die unterschiedlichen und z.T. gegensätzlichen theoretischen Schulen für die zeitgemäße Therapie neurotischer Störungen hinderlich sind. Unter ihnen entfaltet die Antipsychiatrie die am deutlichsten negative Auswirkung durch die Negation des Krankheitsphänomens der Neurose, gerade in einer Zeit, in der eine zunehmende Anzahl von Menschen der psychiatrischen bzw. psychologischen Unterstützung bedarf. *Buda* und *Füredi* plädieren für integrative Zusammenarbeit somatischer und psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlungsmethoden und für deren frühesten Einsatz im Hinblick auf eine Therapie, die tiefer als im Symptombereich ansetzen sollte, nämlich auf der Ebene der Persönlichkeit des Hilfesuchenden. Ein derart integriertes Behandlungssystem impliziert die Verflechtung ambulanter und stationärer Versorgungsmöglichkeiten.

Insgesamt gelingt es den Autoren, eine umfassende und differenzierte Auseinandersetzung mit dem aktuellen Stand der Theorie und Praxis der Neurosen- und Borderline-Therapie zu bieten. Der Band enthält ferner eine reiche Literaturdokumentation; seine Zielsetzung gilt in erster Linie dem

praktischen Bezug der therapeutischen Versorgung von Patienten, die wegen neurotischer, depressiver oder psychosomatischer Symptome ärztliche Hilfe suchen und als bedeutender Anteil chronisch Kranker die Gesundheitsversorgung vor eine schwer lösbare Aufgabe stellen.

Egon Fabian (München)

Horst Petri
Angst und Frieden
Psychoanalyse und gesellschaftliche Verantwortung

Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt 1987, 203 Seiten

Der Autor, Psychoanalytiker, Arzt und Hochschullehrer für Psychotherapie an der Freien Universität Berlin, veröffentlicht in diesem Band eine Sammlung von Aufsätzen aus den Jahren 1982 bis 1986. Gemeinsames Anliegen seiner Arbeiten ist die Frage nach dem Beitrag der Psychoanalyse als psychologischer Wissenschaft und therapeutischer Methodik zur Sicherung des durch Atomwaffen bedrohten Weltfriedens. Unter dem Aspekt der gesellschaftlichen Verantwortung diskutiert *Petri* zunächst die historischen und theoretischen Grundlagen der Psychoanalyse sowie das analytische Ausbildungssystem. So zitiert er Ergebnisse eine Umfrage zum gesellschaftspolitischen Interesse von Ausbildungskandidaten.

Nach Ansicht des Autors ist es möglich, mit Hilfe der psychoanalytischen Deutungsverfahren Einblick in die gruppendynamischen Prozesse der Angstbewältigung auf individueller und kollektiver Ebene zu gewinnen, d.h. in Therapie, Kindererziehung und in der Friedensbewegung. An konkreten Beispielen werden die Kriegsängste von Kindern, das gesteigerte Sicherheitsbedürfnis der Bevölkerung und die gruppendynamische Entwicklung der heutigen Friedensbewegung dargestellt. Die reale Angst angesichts der atomaren Bedrohung wird bewußt gemacht. Mit einem 1982 als Anzeige erschienenen »Appell für die vernünftigen Ziele der Friedensbewegung« schließt das Buch. Der Autor betont darin, daß nur die Gemeinsamkeit aller gesellschaftlichen Kräfte und Fachgruppen, wie es auch die Dynamische Psychiatrie fordert, zu einer Überwindung von Feindbildern und gegenseitigem Mißtrauen führen kann.

Wie *Horst Petri* annimmt, würde auch *Freud* angesichts der drohenden atomaren Katastrophe die Friedensarbeit nicht mehr allein den Politikern überlassen. Ein ausführliches Literaturverzeichnis ergänzt das Buch, das für jeden Arzt, Psychologen und Psychoanalytiker trotz der mittlerweile weltweit reduzierten atomaren Kriegsgefahr einen Aufruf zu mehr gesellschaftspolitischem Engagement darstellt.

Ulrike Schanné (München)

Franz Caspar (Hrsg.)
Problemanalyse in der Psychotherapie

Band 13 der Reihe »Forum für Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis«, DGVT, Tübingen 1987

Der Herausgeber — Oberassistent am Psychologischen Institut Bern — hat im Rahmen seines Arbeitsschwerpunktes der klinisch-psychologischen Therapieforschung unterschiedliche Ansätze namhafter deutscher und Schweizer Autorinnen und Autoren zum Bereich therapeutischer Problemanalysen zu einem vor allem für Anhänger der Verhaltenstherapie und -analyse lesenswerten Band zusammengestellt. Es handelt sich bei diesem Band im wesentlichen um Vorträge eines Symposiums auf dem 1986 stattgefundenen Berliner Kongreß für Klinische Psychologie und Psychotherapie unter dem Thema »Veränderter Alltag und Klinische Psychologie«.

Ausgangspunkt aller Beiträge ist die verhaltenstherapeutische funktionale Verhaltens-Analyse, welche in den einzelnen Beiträgen aus kognitiver, sozialinteraktiver, emotions- und motivationstheoretischer sowie systemischer Perspektive unterschiedlich weiterentwickelt dargestellt ist.

Der Herausgeber gibt in seinem einleitenden Beitrag einen guten Überblick über den Entwicklungsstand seiner Wissenschaft, vor allem aus historischer Perspektive, was eine Einordnung der verschiedenen Ansätze wesentlich erleichtert, etwa von *Dollard* und *Miller* (1950), *Eysenck* (1957), *Lazarus* (1959), über *Kaminski* (1967), *Kanfer* und *Saslow* (1969) und *Schulte* (1974) hin zu den jüngeren Ansätzen der handlungstheoretischen Psychoanalyse (1976), der kognitiven Verhaltensanalyse (1979) oder dem Ansatz der »vertikalen Verhaltensanalyse« (1982).

Bemerkenswert scheint mir ein Beitrag von *Klaus Grawe*, Universtität Bern, über »Psychotherapie als Entwicklungsstimulation von Schemata«, wobei der Autor sich hier auf den Schema-Begriff von *Piaget* bezieht und darunter »die interaktionelle Konzeption der Individuums-Umgebungs-Relation im dialektischen Prozeß von Assimilation und Akkommodation« versteht und Psychotherapie vor allem als prozessuale Entwicklung begreift. Nach Meinung des Autors geht es in der Psychotherapie nicht um die Beseitigung von etwas, sondern um eine Entwicklung hin zu etwas — oder in der Sprache der Verhaltensanalyse ausgedrückt: Psychotherapie darf kein algorithmisches Vorgehen beinhalten, was sich an eine bestimmte vorgeschriebene Abfolge von Handlungsschritten hält, sondern muß von flexiblen therapeutischen Heuristiken (Problemlöse-Strategien) bestimmt sein, was auch eine prozessuale Diagnostik beinhaltet. Er verlangt also die laufende Überprüfung des Entwicklungsstandes des Patienten vonseiten des Therapeuten und daraus resultierend die stete Suche nach neuen Anregungs- und Stimulationsmöglichkeiten für das Entwicklungspotential des Patienten, natürlich mit der freien Entscheidung für diesen und der Frage, was er selbst letztendlich daraus machen will. Dieser Beitrag enthält vom Denkansatz her dynamische Elemente, schließt Beziehungs-

denken ein, betrachtet Psychotherapie als einen laufenden Entwicklungsprozeß mit nicht-vorhersehbarem Ausgang und stellt an den Psychotherapeuten berechtigt größere Anforderungen.

Gerhard Wolfrum (München)

Jürgen Fritze
Einführung in die biologische Psychiatrie

Gustav Fischer Verlag, Stuttgart, New York 1989, 219 S.

Seitdem es die Psychiatrie als medizinisches Fachgebiet gibt, wird darüber diskutiert, ob die psychiatrischen Krankheitsbilder psychisch oder somatisch bedingt seien. Mit *Griesingers* Aussage, daß Geisteskrankheiten als Gehirnkrankheiten zu betrachten sind, hielt die Schulpsychiatrie die Auseinandersetzung zwar für beendet, doch konnten bisher für diese Hypothese keine eindeutigen Beweise gefunden werden. In der Annahme, daß psychische Abläufe Ausdruck biologischer Prozesse sind, stellt *Fritze* die Forschungsergebnisse zusammen, die in dieser Hinsicht bei den verschiedenen psychiatrischen Krankheitsbildern erhoben werden konnten. Biologische Psychiatrie wird als die Grundlagenwissenschaft verstanden, die untersucht, welche biochemischen, physiologischen oder anatomischen Veränderungen die psychiatrischen Krankheitsbilder und vor allem die sog. endogenen Psychosen hervorrufen. Als Quelle benutzt der Autor die Fachliteratur der letzten Jahre, die in einem umfangreichen Literaturverzeichnis von über 40 Seiten im Anhang aufgeführt ist. Er wendet sich an Ärzte und Psychiater sowie an alle, die sich mit diesem speziellen Gebiet der psychiatrischen Krankheitslehre vertraut machen wollen.

Zuerst stellt *Fritze* die Methoden der biologischen Psychiatrie vor, die von der Humangenetik über bildgebende Verfahren, Elektrophysiologie und Psychophysiologie bis zu in vivo- und in vitro-Analysen biochemischer Prozesse und zur post mortem-Hirnforschung reichen. Klar und anschaulich wird die Physiologie des Gehirns auf den Ebenen der Zelle und vor allem der Transmitter- und Neuromodulatorsysteme beschrieben, wobei der Autor im einzelnen auf die Lokalisation der Systeme im Gehirn, ihre Biochemie und ihre Psychophysiologie eingeht. Daran anschließend wird die Pathophysiologie psychiatrischer Krankheiten abgehandelt; schwerpunktmäßig sind es die sog. endogenen Psychosen, nämlich Schizophrenie und Zyklothymie. Ausführlich werden dabei die mit den einzelnen Methoden gewonnenen Befunde dargestellt.

Fritzes Buch teilt dem Leser eine Fülle von Erkenntnissen mit und bietet einen anregenden Einstieg in die komplexen Zusammenhänge der biologischen Psychiatrie. Der Autor geht jedoch über eine Sammlung von Daten und Forschungsergebnissen nicht hinaus: eigener Standpunkt in der Frage nach der

somatischen oder psychischen Genese psychiatrischer Krankheitsbilder bleibt offen. *Fritze* unternimmt leider auch nicht den Versuch, ein auf dem neuesten Stand der Forschung beruhendes biologisch-psychiatrisches Krankheitsmodell zu entwerfen, wie dies umfassend zuletzt vor 100 Jahren durch den Wiener Psychiater *Meynert* geschah.

Davon abgesehen ist es m.E. lohnend, *Fritzes* Buch vor dem Hintergrund des dynamisch-psychiatrischen Krankheitsverständnisses zu lesen. Die Vielzahl der biologischen Befunde ist dem primären Bereich der Humanstruktur zuzuordnen und kann durch das dynamisch-psychiatrische Persönlichkeitsmodell integriert werden. In der Dynamischen Psychiatrie werden biologische Veränderungen im Gehirn und Veränderungen im seelischen Erleben nicht in einem Verhältnis von Ursache und Wirkung gesehen, sondern als zwei Ausdrucksweisen ein und desselben Geschehens.

Bernhard Richarz (München)

Steven L. Dubovsky
Concise Guide to Clinical Psychiatry

American Psychiatric Press, Washington 1988, 198 Seiten

Das in der Reihe »Kurzführer« erschienene Taschenbuch des amerikanischen Psychiaters *Dubovsky,* das in die Kitteltasche jedes Arztes, Psychiaters und Medizinstudenten paßt, überrascht durch eine Fülle an kurzgefaßtem und dabei umfassendem Material über das gesamte Spektrum klinisch-psychiatrischer Praxis im Rahmen der klassischen Psychiatrie. Zur Einführung gibt der Autor einen kurzen Überblick über die systematische Klassifikation psychiatrischer Erkrankung nach dem DSM III-R-System, auf dessen Diagnosekriterien das Buch aufgebaut ist. Die Gliederung des Werkes in die Kapitel Depression, Angst, Schlafstörungen, Somatisierungen, organische Psychosyndrome, Sucht und Abhängigkeit sowie Psychosen zeigt, daß der Autor konzentriert die häufigsten und für den klinischen Alltag bedeutendsten Krankheitsbilder darstellt.

Jedes Kapitel ist systematisch aufgebaut, so daß die Charakteristika jeder Störung deutlich werden: Epidemiologie, Symptomatik, Vorgeschichte, Familiengeschichte, Zusatzprobleme, Laborbefunde, Verlauf, Ätiologie, Differentialdiagnose und Behandlung werden vergleichbar aufgeführt. Dabei berücksichtigt der Autor auch aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse, wie z.B. im Kapitel Depression neueste Ergebnisse von Schlaf-EEG-Untersuchungen bei depressiven Patienten. Erstaunlich ist nur, daß die häufigste psychiatrische Störung unserer Zeit, die Borderline-Erkrankung, nur in wenigen Sätzen summarisch unter dem Begriff »Persönlichkeitsstörungen« abgehandelt wird.

Trotz solcher Kritik, die auch aus dynamisch-psychiatrischer Sicht bezüglich der medikamentösen Therapie der meisten Erkrankungen angebracht

erscheint, überzeugt *Dubovsky* durch seine Klarheit in der Darstellung praxisrelevanter psychiatrischer Arbeit. Ein ausführliches Literaturverzeichnis jeweils am Kapitelende ergänzt das Buch. Es ist daher als Kompendium für angehende und praktisch tätige Ärzte und Psychiater zur schnellen Information gut geeignet.

Ulrike Schanné (München)

Eingetroffene Bücher / Books Received

Bäuerle, Dietrich (1991): Im Kampf gegen die Drogensucht. Hilfen für Eltern und ihre Kinder. Frankfurt/Main: Fischer Taschenbuch Verlag

Beck-Gernsheim, Elisabeth (1991): Technik, Markt und Moral. Über Reproduktionsmedizin und Gentechnologie. Frankfurt/M.: Fischer Taschenbuch Verlag

Benesch, Hellmuth (1991): Verlust der Tiefe. Eine psychische Dimension im Umbruch. Frankfurt/Main: Fischer Taschenbuch Verlag

Benkert, O./Gorsen, P. (Hrsg.) 1990: Von Chaos und Ordnung der Seele. Ein interdisziplinärer Dialog über Psychiatrie und moderne Kunst. Heidelberg/Berlin: Springer-Verlag

Berryman, Julia u.a. (1991): Psychologie. Eine Einführung. Bern/Stuttgart/Toronto: Hans Huber Verlag

Biebricher, Rita E. (1991): Richtig wohnen — selbständig bleiben bis ins hohe Alter. Frankfurt/Main: Fischer Taschenbuch Verlag

Böker, Wolfgang/Brenner, Hans-Dieter (Hrsg.) (1990): Geistigbehinderte in Psychiatrischen Kliniken. Neue Tendenzen und Konzepte. Bern/Stuttgart/Toronto: Hans Huber Verlag

Breuer, Josef/Freud, Sigmund (1991): Studien über Hysterie. Frankfurt/M.: Fischer Taschenbuch Verlag

Bruch Hilde (1991): Eßstörungen. Zur Psychologie und Therapie von Übergewicht und Magersucht. Frankfurt/M.: Fischer Taschenbuch Verlag

Christoffel, Judith (1989): Neue Strömungen in der Psychologie von Freud und Jung. Impulse von Frauen. Olten: Walter Verlag

Condrau, Gion (1989): Daseinsanalyse — Philosophisch-anthropologische Grundlagen. Die Bedeutung der Sprache. Bern/Stuttgart/Toronto: Verlag Hans Huber

Dexel, Karin (1991): Wolken über dem Tag. Leben mit einer endogenen Depression. Frankfurt/Main: Fischer Taschenbuch Verlag

Fichter, Manfred M. (1990): Verlauf psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung. Heidelberg/Berlin: Springer-Verlag

Fontana, David (1991): Mit Streß leben. Bern/Stuttgart/Toronto: Hans Huber Verlag

Franzke, Erich (1991): Märchen und Märchenspiel in der Psychotherapie. Der

kreative Umgang mit alten und neuen Geschichten. 2. korr. und erg. Aufl. Bern/Stuttgart/Toronto: Hans Huber Verlag

Freud, Sigmund (1991): Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. Frankfurt/M.: Fischer Taschenbusch Verlag

Freud, Sigmund (1991): Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. Frankfurt/M.: Fischer Taschenbuch Verlag

Freud, Sigmund (1991): Schriften zur Krankheitslehre der Psychoanalyse. Einleitung von Clemens de Boor. Frankfurt/Main: Fischer Taschenbuch Verlag

Freud, Sigmund (1991): Totem und Tabu. Einleitung von Mario Erdheim. Frankfurt/Main: Fischer Taschenbuch Verlag

Freud, Sigmund (1991): Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. Frankfurt/M.: Fischer Taschenbuch Verlag

Gauß, Günther (1991): Heilmeditationen für Krebskranke. Frankfurt/Main: Fischer Taschenbuch Verlag

Häfner, Heinz (1991): Psychiatrie: Ein Lesebuch für Fortgeschrittene. Stuttgart/Jena/New York: Gustav Fischer Verlag

Häfner, Heinz/Gattaz, W.F. (Eds.) (1991): Search for the Causes of Schizophrenia. Volume II. Heidelberg/Berlin: Springer-Verlag

Hellhammer, Dirk H./Ehlert, Ulrike (Hrsg.) (1991): Verhaltensmedizin: Ergebnisse und Anwendung. Bern/Stuttgart/Toronto: Verlag Hans Huber

Herzlich, Claudine/Pierret, Janine (1991): Kranke Gestern — Kranke heute. Die Gesellschaft und das Leiden. Aus dem Französischen übertragen von Gabriele Krüger-Wirrer. München: C.H. Beck Verlag

Horne, J.A. (Ed.) (1989): Sleep '88. Proceedings of the Ninth European Congress on Sleep Research, Jerusalem (Israel), September 4—9, 1988. Stuttgart/New York: Gustav Fischer Verlag

Hildenbrand, Bruno (1991): Alltag als Therapie. Ablöseprozesse Schizophrener in der psychiatrischen Übergangseinrichtung. Bern/Stuttgart/Toronto: Verlag Hans Huber

Janssen, Paul L. (1990): Psychoanalytische Therapie der Borderline-Störungen. Heidelberg/Berlin: Springer-Verlag

Jungjohann, Eugen (1991): Kinder klagen an. Angst, Leid und Gewalt. Frankfurt/Main: Fischer Taschenbuch Verlag

Kaplan, Helen Singer (1991): Sexualtherapie — Ein bewährter Weg für die Praxis. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.

Knorr, Monika (1991): Bauchschmerzen. Von der Auflehnung meines Körpers. Frankfurt/M.: Fischer Taschenbuch Verlag

Kropiunigg, U./Ringel, E. (1988): Hilfe durch Psychotherapie — Patienten sehen ihre Behandlung im Rückblick. Wien: Facultas Universitätsverlag

Liesenfeld, Rudolf (1989): Psychosomatische Krankheitsbilder in der Praxis. 2. überarb. Auflage. Berlin: Walter de Gruyter Verlag

Mundt, Ch./Fiedler, P./Lang, H./Kraus, A. (Hrsg.) (1991): Depressionskonzepte heute: Psychopathologie oder Pathopsychologie? Heidelberg/Berlin: Springer-Verlag

Petermann, Franz/Bode, Udo/Schlack, Hans-G. (Hrsg.) (1990): Chronisch kranke Kinder und Jugendliche. Eine interdisziplinäre Aufgabe. Köln: Deutscher Ärzteverlag

Poppe-Teufel, Irmgard (1991): Tollkirschenzeit. Malignes Melanom als Erfahrung der Lebensgrenze. Frankfurt/Main: Fischer Taschenbuch Verlag

Rattner, Josef (1991): Tugend und Laster. Tiefenpsychologie als angewandte Ethik. Frankfurt/Main: Fischer Taschenbuch Verlag

Reicheneder, Johann Georg (1990): Zum Konstitutionsprozeß der Psychoanalyse. Jahrbuch der Psychoanalyse, Beiheft 12. Stuttgart: Frommann-Holzboog Verlag

Richter, Horst-Eberhard/Wirsching, Michael (Hrsg.) (1991): Neues Denken in der Psychosomatik. Frankfurt/M.: Fischer Taschenbuch Verlag

Rotthaus, Wilhelm (Hrsg.) (1989): Psychotisches Verhalten Jugendlicher. Dortmund: Verlag Modernes Lernen.

Rotthaus, Wilhelm (1990): Stationäre systemische Kinder- und Jugendpsychiatrie. Dortmund: Verlag Modernes Lernen

Schepank, H. (Hrsg.) (1990): Verläufe. Seelische Gesundheit und psychogene Erkrankungen heute. Heidelberg/Berlin: Springer-Verlag

Schliep, Beat (1991): Von Arzt zu Arzt. Die Odyssee eines Kranken. Frankfurt/M.: Fischer Taschenburch Verlag

Schmidt, Rainer (1991): Träume und Tagträume. Eine individualpsychologische Analyse. Frankfurt/Main: Fischer Taschenbuch Verlag

Schützendorf, Erich/Wallrafen-Dreisow, Helmut (1991): In Ruhe verrückt werden dürfen. Für ein anderes Denken in der Altenpflege. Frankfurt/M.: Fischer Taschenbuch Verlag

Schwoon, Dirk R./Krausz, Michael (1990): Suchtkranke. Die ungeliebten Kinder der Psychiatrie. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag

Silver, Ann-Louise S. (Ed.) (1989): Psychoanalysis and Psychosis. Madison/USA: International Universities Press Inc.

Tomann, Walter (1991): Psychotherapie im Alltag. Vierzehn Episoden. München: C.H. Beck Verlag

Toynbee, Polly (1939): Adoptivkinder suchen ihre Mutter. Frankfurt/M.: Fischer Taschenbuch Verlag

Trepper, Terry S./Barrett, Mary Jo (1991): Inzest und Therapie. Ein (system)-therapeutisches Handbuch. Systemische Studien Band 6. Dortmund: Verlag Modernes Lernen

Weber/Abel et al. (1990): Dringliche Gesundheitsprobleme der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland. Zahlen — Fakten — Perspektiven. Baden-Baden: Nomos Verlag

Weller, Michael/Wiedemann, Peter (1990): Seele und Sehen. Interdisziplinäre Aspekte von Augenheilkunde und Psychiatrie. Köln: Deutscher Ärzteverlag

Wexberg, Erwin (1991): Zur Entwicklung der Individualpsychologie und andere Schriften. Herausgegeben von Gerd Lehmkuhl. Frankfurt/M.: Fischer Taschenbuch Verlag

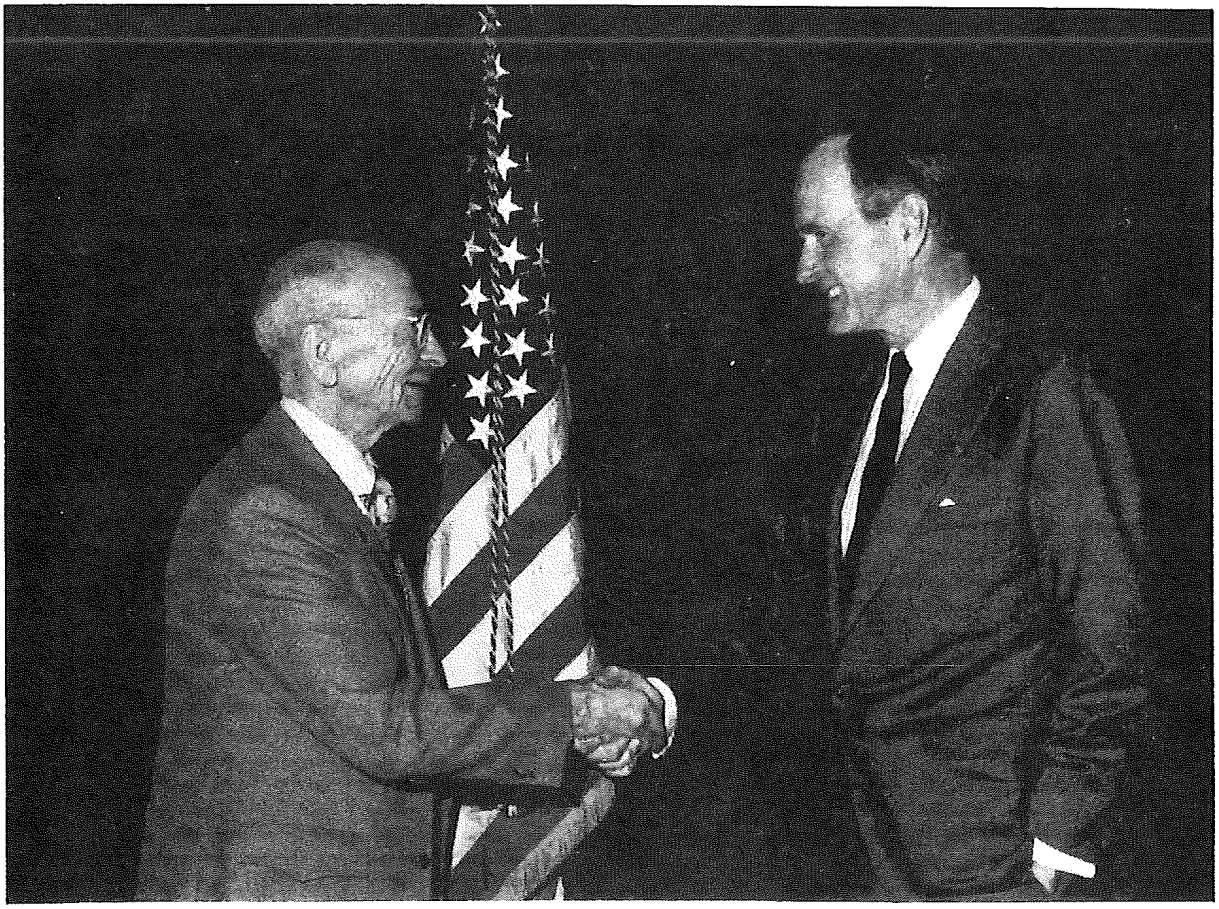
Wiesendanger, Harald (1991): Wiedergeburt. Herausforderung für das westliche Denken. Frankfurt/M.: Fischer Taschenbuch Verlag

Zeiler, Joachim (1990): Schizophrenie und Alkohol. Zur Psychopathologie schizophrener Bewältigungsstile. Heidelberg/Berlin: Springer-Verlag

Zielke, M./Sturm, J./Mark, N. (Hrsg.) (1988): Die Entzauberung des Zauberbergs. Therapeutische Strategie und soziale Wirklichkeit. Dortmund: Verlag Modernes Lernen.

Nachrichten / News

Edward J. Dehné 80 Jahre alt



To Edward Dehne
With best wishes,
G Bush

Die Redaktion der Zeitschrift Dynamische Psychiatrie/Dynamic Psychiatry veröffentlicht zu Ehren von Dr. Edward J. Dehné, der in diesem Jahr achtzig Jahre alt wurde, das Glückwunschphoto mit dem amerikanischen Präsidenten George Bush, den Gratulationsbrief Dr. Günter Ammons, des Präsidenten der World Association for Dynamic Psychiatry (WADP), der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) und der Deutschen Gesellschaft für Dynamische Psychiatrie (DGDP) sowie Herausgebers der Zeitschrift Dynamische Psychiatrie/Dynamic Psychiatry, und ein redaktionell gekürztes Schreiben anläßlich der Aufnahme Dr. Dehnés in die »Wisdom Hall of Fame«.

Edward J. Dehné ist einer der ältesten Freunde und Förderer der World Association for Dynamic Psychiatry (WADP). Er ist deren Vizepräsident, Gründungsmitglied und Chairman des amerikanischen Zweiges, Träger der Goldmedaille der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) sowie Ehrenpräsident der DGDP. Weltweit bekannt ist Dr. Dehné durch seine führende Funktion als ständiger Chairman der International Health Society und als Vertreter der WADP bei den Non-Governmental Institutions der UNO sowie bei der WHO im Department for Water and Food Supply.

Berlin, 24 June 1991

Edward J. Dehné, M.D., M.P.H., Dr.P.H.
250 Tahoe Drive
Carson City
Nevada/USA

Dear Ed,

all our very good wishes to your 80th birthday.
We are very grateful for all your great contributions for mankind, medical health and education and last not least for our World Association for Dynamic Psychiatry and our common work at the UNO.
We congratulate you also for your great award to be admitted to the Hall of Fame and your cordial reception with President Bush.
We have the honour to add to your list of honours the honorary presidency of the German Society for Dynamic Psychiatry Inc.
I myself honour with you a very good-hearted human being with a deep humanitarian and religious attitude.
With all my love, respect and gratefulness,

Günter Ammon
for the World Association for
Dynamic Psychiatry WADP
the German Association for
Dynamic Psychiatry
and the German Academy of Psychoanalysis

April 17, 1991

Edward J. Dehné, M.D., M.P.H., Dr.P.H.
250 Tahoe Drive
Carson City, Nevada

Dear Edward:

Winston Churchill once remarked to me, »Great men of wisdom are the perfect workmanship of God, the true glory of angels, the rare miracle of earth, and the sole wonders of the world.«
Edward, as I have so often told you, I consider you one of America's national treasures. You are a medical and spiritual genius who has made significant contributions in the fields of American medicine, public and international health, industrial, occupational and preventive medicine and environmental health.

In addition, as a medical educator, author and lecturer, you have had a remarkable career.

That is why in 1979, I bestowed upon you the Wisdom Award Of Honor and named you to the renowned Wisdam Hall Of Fame; in 1988 you were honored with the *coveted Winston Churchill Medal Of Wisdom;* in 1990 you were awarded the prestigious Dwight D. Eisenhower Admirable American Of Achievement And Wisdom Award Of Honor. And, in 1991, you were presented with The Eternal Jesus Christ Award! What magnificent honors we have showered upon you! An how richly you deserve them all! The everlasting Wisdom Honors are testimony to your brilliant mind, and to your astonishing lifetime of medical versatility, virtuosity, individuality and ingenuity.

As a physician and medical educator, you have scaled the heights of greatness so high that no one in the field of medicine in America today can compare with you! Your extraordinary accomplishments as a pioneer in public industrial, environmental and international health have no peer. You are a modern genius of great medical wisdom!

Therefore, Edward, I would very much like, with your gracious approval and blessing, to create and establish a permanent Wisdom Hall Of Fame Award in your name — and in your honor to be called

The Edward James Dehné
Brilliant Physician Award
For Extraordinary Medical Achievement.

This incomparable Award will be given by the Wisdom Hall Of Fame annually to a selected physician, or medical educator, or medical researcher, or medical humanitarian. The Dehné Award will honor you in perpetuity, forever enrich your life, and immortalize your name.

The Edward James Dehné Award will, as I mentioned, be awarded annually to a brilliant physician for outstanding achievement in medicine, in recognition of work already done, and as an encouragement for further accomplishments on the part of the recipient. The Wisdom Society For The Advancement Of Knowledge, Learning And Research In Education and the Wisdom Hall Of Fame will be very proud to sponsor the Dehné Awards. And it will be my very great pleasure to arrange for you to personally present the prestigious Dehné Awards to the chosen recipients on behalf of the Wisdom Society and the Wisdom Hall Of Fame.

As Founder, President and Publisher of Wisdom, I should like to authorize the creation and establishment of The Edward James Dehné Award. However, Edward, I cannot proceed until I have your gracious approval and wholehearted cooperation. Upon giving this magnificent Dehné Award your blessing, I will give you more information, in order that you might understand perfectly how the Wisdom Hall Of Fame will present your name and medical and humanitarian achievements to the American public. Also, how the Wisdom Hall Of Fame will coordinate the national nomination and selection process, and the presentation of the Dehné Award.

You will approve all nominations and selections, and have the final say. Wisdom and I shall respect your judgment at all times.

Edward, I pray my plan for The Edward James Dehné Award will meet with your enthusiastic approval. This is virtually an incomparable event in your life. You have had a glorious past. With the establishment of The Edward James Dehné Award will meet with your enthusiastic approval. This is virtually an incomparable event in your life. You have had a glorious past. With the establishment of The Edward James Dehné Award, you are assured of an even more glorious future! I am eagerly looking forward to hearing from you as soon as possible.

May God bless you abundantly with good health, good fortune and much happiness in the glorious years that lie ahead for you, that you may continue to be an inspiration to others, and live on in great thoughts and noble deeds that bless other lives.

Please be assured, Edward, that you have won my highest esteem, admiration and deepest affection, for I truly feel a spiritual kinship with you.

Very sincerely yours in the fellowship of Wisdom,

Dr. Leon Gutterman
Founder, President & Publisher
Wisdom Hall Of Fame

Extramurale Stationäre Milieutherapie einer Patientengruppe aus der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige in Paestum/Süditalien vom 15.—29.10.1991

Zum ersten Mal seit über fünf Jahren fuhr wieder eine Gruppe von Patienten der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige aus München nach Paestum (bei Neapel) zur Extramuralen Stationären Milieutherapie. Die Gruppe von elf Patienten wurde von Dr. med. (Univ.Tel Aviv/Israel) *Egon Fabian* und den Mileutherapeutinnen *Birgit Schattner* und Dipl. Psych. *Hannelore Mann-Rasch* geleitet.

Paestum, das altgriechische Poseidonia, wurde als Teil Großgriechenlands um 600 vor Chr. gegründet. Aus dem Reichtum seiner gut erhaltenen Bauwerke legen besonders die drei schönsten und besterhaltenen Tempel der griechischen Antike, das unterirdische Sacellum, das heilige Bad und die Grabmalereien Zeugnis ab vom gesellschaftlichen und religiösen Leben der Griechen.

Im Mittelpunkt der Milieutherapie in der auf archäologischem Gebiet gelegenen Anlage der Deutschen Akademie für Psychoanalyse, der »Casa Ammon«, stand die Projektarbeit. Die Gruppe wählte als Hauptprojekt die Trockenlegung eines kleinen Bauernhäuschens (Casa piccola) auf dem Gelände. Planung, Materialbeschaffung und Durchführung der Arbeit wurden selbständig von den Patienten über die Barriere der fremden Sprache hinweg über-

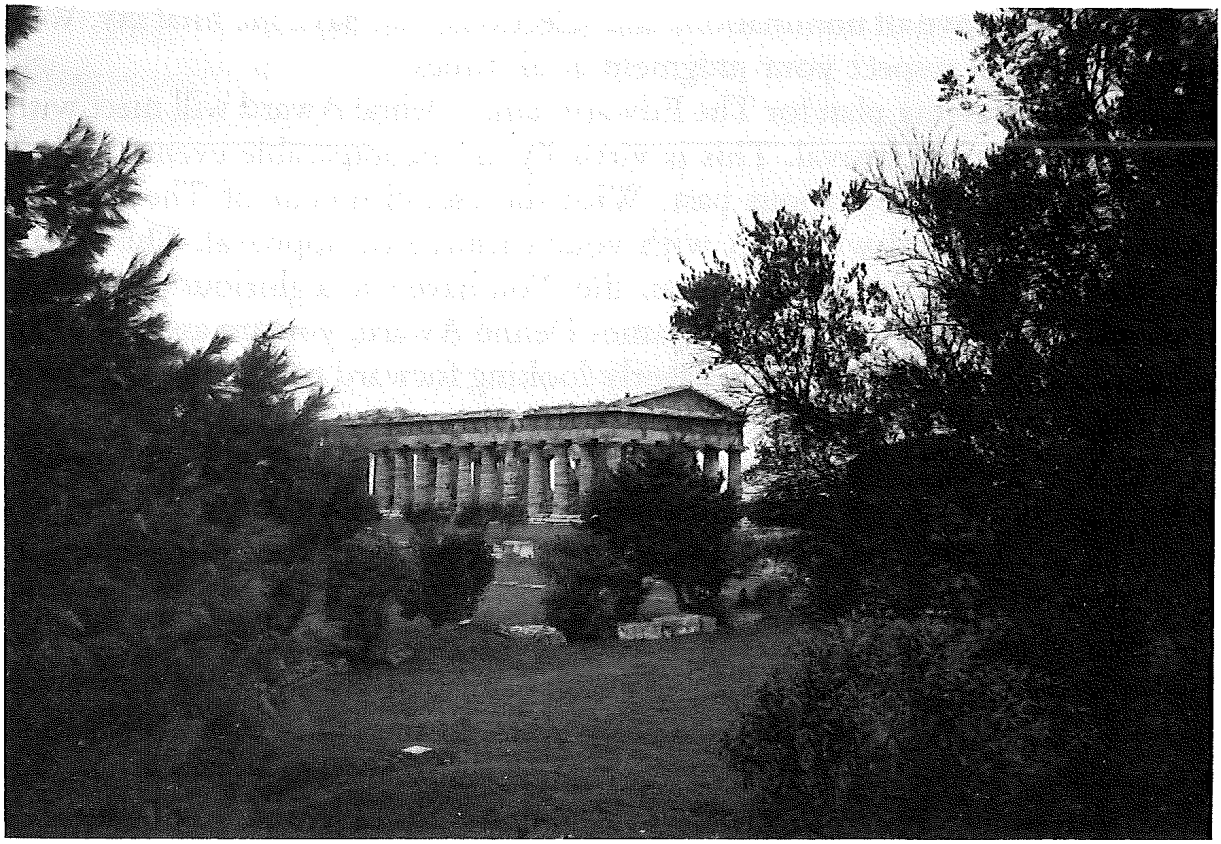


Abb. 1—3: Bilder aus der stationären extramuralen Milieutherapie einer Patientengruppe aus der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige in Paestum/Süditalien





nommen. In ihren Händen lag auch die Strukturierung des gemeinsamen Alltags wie Einkauf, Kochen, Vorbereitung der Ausflüge, der sportlichen Aktivitäten und die gesamte Photodokumentation des milieutherapeutischen Aufenthalts. Die Übernahme von Verantwortung, nämlich der eigenständigen Gestaltung der Realität, förderte erheblich das Selbstvertrauen, das Selbstwertgefühl und das Vertrauen der Patienten in andere Menschen. Allabendliche gruppendynamische Sitzungen integrierten das Tagesgeschehen und waren Ort der Auseinandersetzung und der Beziehungsklärung. Allmählich konnte sich auch der freie Raum geistigen Interesses eröffnen.

Der Besuch des Tempelgeländes und des Museums von Paestum wurde von einem Referat zweier Patienten über den geschichtlichen Hintergrund der Stadt seit ihrer Gründung eingeleitet. Referate und Diskussionen gingen auch den Tagesausflügen nach Pompeji und Capri voraus. Besonders die Insel Capri mit ihrer Farbenpracht, ihrer vielfältigen natürlichen Schönheit und ihrer Geschichte (besucht wurden u.a. Kaiser Tiberius' Palast — die Villa Jovis — sowie die Villa San Michele von Axel Munthe) begeisterte die Teilnehmer.

Insgesamt war die Atmosphäre während der gesamten Zeit — einschließlich der anderthalbtägigen Bahnfahrt — von Freundlichkeit, Offenheit und Neugier geprägt. Bei den Projektarbeiten und bei den gemeinsamen Abendessen fehlte es nicht an Heiterkeit, Humor und Ausgelassenheit.

Nach der Rückkehr aus Paestum fanden in der Klinik Menterschwaige mehrere abschließende Sitzungen mit der Patientengruppe statt, um das Erlebte, besonders in seinen ungewohnten und neuen Aspekten, um zu integrieren und für den weiteren therapeutischen Prozeß zu bewahren.

Egon Fabian (München)

Erster gesamtdeutscher Psychologentag des bdp in Dresden vom 19. bis 22. September 1991

Vier Tage lang trafen sich 1 500 Interessenten hauptsächlich aus dem deutschsprachigen Raum und dem europäischen Ausland in der Universität in Dresden zum 1. Deutschen Psychologentag des bdp unter der Schirmherrschaft von Dr. *Hans Geisler,* dem sächsischen Staatsminister für Soziales, Gesundheit und Familie und der wissenschaftlichen Chairmanship von Prof. Dr. *Hacker* von der Universität Dresden.

Das Anliegen des Kongresses, zwischen den Psychologen aus Ost und West eine Brücke herzustellen, betonte *Lothar H. Hellfritsch,* der Präsident des bdp im Geleitwort des Kongreßprogrammes: »Gegenseitiges Verständnis und Aufarbeitung der Unterschiede sind unabdingbare Voraussetzung, wollen wir die Chancen eines »gemeinsamen Europas« für die Psychologie aus Ost und West nutzen.« Die historische Bedeutung dieser Tagung als dem ersten Kongreß von Psychologen aus den alten und neuen Bundesländern wurde auch in den Eröffnungsansprachen deutlich: Prof. *Hacker* brachte einen hochinteressanten Überblick über die Entwicklung der Psychologie in der ehemaligen DDR und deren Wurzeln. Er hob bedeutsame historische Gelehrte, wie Prof. *Wundt, Gustav Kafka, Karl* und *Charlotte Bühler, Phillip Lersch* u.a. hervor, die in Dresden wirkten. Er betonte, daß die wissenschaftlichen Ergebnisse, die lange Zeit besonders durch die russische Psychologie beeinflußt wurden, ihren Wert auch für die Diskussion heute behalten werden und appellierte an die gemeinsame Zusammenarbeit. Herr Dipl. Psych. *Hellfritsch* gab einen historischen Überblick über die Entwicklung des Berufsbildes des Diplom-Psychologen seit der Einführung des Diploms vor 50 Jahren und die Entwicklung des bdp. Heute besitzt der Berufsverband 16 000 Mitglieder.

In Anerkennung seiner Verdienste auf dem Gebiet der Angewandten Psychologie erhielt Prof. *Tausch* die *Hugo Münsterberg*-Medaille. Prof. *Tausch* rief in seiner Dankesansprache dazu auf, Rivalitäten und Schulstreitigkeiten aufzugeben, zugunsten einer gemeinsamen Arbeit zum Wohl des Menschen. Durch die Eröffnungsveranstaltung führte Dr. *Wetter,* der Leiter der Deutschen Psychologenakademie.

Das Leitthema »50 Jahre Diplom-Psychologen in Deutschland — Perspektiven in Europa« bestimmte auch inhaltlich die mehr als 200 Beiträge des Kongresses. Die Beiträge aus den Bereichen der Verkehrspsychologie, politischen Psychologie, der klinischen, forensischen, Schul- Arbeits- und Organisationspsychologie gaben einen Überblick über das vielgestaltige Tätigkeitsfeld des Psychologen. Ein vieldiskutiertes Thema in verschiedenen Gremien und Arbeitsgruppen war der Stand der Vorbereitungen und Forderungen von Seiten des bdp zum kommenden Psychotherapeutengesetz.

Eine DAP-Delegation unter Leitung von Frau Dr. *Burbiel* war mit einer Posterpräsentation über die »Wirksamkeit stationärer Psychosenpsychotherapie in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige. Ein Vorher-Nach-

her-Vergleich testpsychologischer Untersuchungsergebnisse« auf der Tagung vertreten.

Das Rahmenprogramm mit Dampferfahrt, Opernbesuch und gemeinsamem Abschlußessen im Ratskeller trug zum Gelingen der Tagung bei.

Petra Hieber (München)

Pressespiegel zur Rehabilitierung von Pjotr Grigorenko durch eine sowjetische Psychiaterkommission unter Leitung von Prof. Dr. Modest M. Kabanov

Prof. *Modest M. Kabanov,* Direktor des Psychoneurologischen Forschungsinstitutes *V.M. Bechterew* in St. Petersburg informierte am 19. Juli 1991 auf einer Pressekonferenz in München die Presse erstmalig über die Ergebnisse einer unter seiner Leitung arbeitenden sowjetischen Psychiaterkommission, die im Auftrag der Militärstaatsanwaltschaft mit der erneuten Untersuchung des Falles des Generalmajors *Pjotr Grigorenko* beauftragt wurde. *Grigorenko* (1907—1983), der mehrfach wegen seiner Kritik am alten sowjetischen Regime (z.B. Einsatz für die Krimtataren, die *Stalin* 1944 nach Zentralasien deportieren ließ, Kritik am Einmarsch sowjetischer Truppen in die CSSR 1968) in verschiedene psychiatrische Anstalten zwangshospitalisiert wurde, wurde jetzt postum durch die Ergebnisse der Unterschungskommission, die ihm die völlige geistige Gesundheit attestierte, voll rehabilitiert. Die Presse berichtete darüber:

Grigorenko wird postum rehabilitiert
Einer der schwersten Mißbrauchsfälle in der sowjetischen Psychiatrie

Lgn. NÜRNBERG, 18. Juli. Der am 21. Februar 1983 im Alter von 79 Jahren in New York gestorbene sowjetische General und Bürgerrechtler *Grigorenko* ist jetzt von offizieller sowjetischer Seite rehabilitiert worden. Damit ist unter einen der schwerwiegendsten Mißbrauchsfälle in der sowjetischen Psychiatrie ein Schlußstrich gezogen worden. Wegen seiner politischen Aktivitäten, vor allem wegen seines Einsatzes für die Krimtataren, die *Stalin* im Jahre 1944 nach Zentralasien deportieren ließ, war *Grigorenko* insgesamt 57 Monate lang als angeblich Geisteskranker in den psychiatrischen Sonderkliniken in Leningrad, Tschernjachowsk und in einer Nervenklinik bei Moskau festgehalten worden.

Eine 13 Mitglieder zählende Kommission, die auf einen Antrag des Sohnes von *Grigorenko* hin auf Veranlassung der sowjetischen Militärstaatsanwaltschaft gebildet wurde, hat die Überprüfung des Falles jetzt abgeschlossen. Der Leiter des Leningrader Bechterev-Institutes, *Kabanow,* der der Kommission

vorstand, sagte in einem Gespräch mit dieser Zeitung, *Grigorenko* sei »zu jeder Zeit gesund« gewesen. *Kabanow* nimmt einen Kur- und Ferienaufenthalt in Bayern zum Anlaß, dies an diesem Freitag in München bekanntzugeben.

Die Kommission hat etwa 30 Ordner mit Dokumenten geprüft. Es lagen ihr auch psychiatrische Gutachten und eine Video-Kassette aus den Vereinigten Staaten vor. Von der Kommission wurde die Richtigkeit eines ambulanten Gutachtens in Taschkent, der amerikanischen Untersuchungsberichte und der Expertise des Kiewer Psychiaters und Bürgerrechtlers *Glusman* bestätigt, in denen *Grigorenko* geistige Gesundheit attestiert worden war. *Glusman* wurde wegen seines Gutachtens zu zehn Jahren Arbeitslager verurteilt.

Als »völlig falsch« bewertete nach *Kabanows* Worten die Kommission die Gutachten des Gerichtspsychiatrischen Serbskij-Instituts in Moskau, die für die Zwangshospitalisierung *Grigorenkos* entscheidend waren. *Kabanow* erwähnte die Professoren *Sneschnewskij* und *Gergij Morsosw,* die wegen ihrer Hauptverantwortung für den Mißbrauch der Heilkunde zu politischen Zwecken der westlichen Kritik ausgesetzt waren. *Georgij Morosow* war als früherer Leiter des Serbskij-Instituts einer der Gutachter *Grigorenkos*. Der inzwischen gestorbene *Sneschnewskij* bestimmte die Leitlinien der psychiatrischen Moskauer Schule. Mit der Diagnose »schleichende Schizophrenie« — nach *Sneschnewskijs* Theorie eine Geisteskrankheit ohne Symptome — wurden viele Bürgerrechtler zwangshospitalisiert und von der Gesellschaft ausgeschlossen.

Der in Taschkent vom KGB veranlaßten psychiatrischen Begutachtung zufolge war Professor *Detengow,* der sich vom Geheimdienst nicht unter Druck setzen ließ, der Meinung, Zweifel an *Grigorenkos* geistiger Gesundheit seien im Verlaufe der ambulanten Untersuchung nicht aufgekommen. Nur drei Monate später — im November 1969 — behauptete die von *Georgij Morosow* geleitete Kommission des Serbskij-Instituts, *Grigorenko* leide an einer Geisteskrankheit in Form einer pathologischen, paranoiden Persönlichkeitsentwicklung, gepaart mit Reformideen und psychopathischen Charakterzügen. Die Reformideen hätten sich zu einer Art Zwangsvorstellung ausgewachsen. Die erwähnte krankhafte Geistesverfassung schließe die Möglichkeit, daß er für sein Tun verantwortlich gewesen sei, aus. »In Anbetracht seines Geisteszustandes bedarf *Grigorenko* der Zwangsbehandlung in einer psychiatrischen Spezialklinik.« *Glusman* schrieb seinerzeit, *Grigorenko* habe rational und zielstrebig gehandelt, er könne nicht als psychotisch und unzurechnungsfähig betrachtet werden. . .

Kabanows Erklärung in München (zur Rehabilitierung *Grigorenkos, Anm. d. Red.)* fügt sich zeitlich auch ein in die Reise der Kommission des Weltverbands für Psychiatrie nach Moskau, Kiew und Dnjeprpetrowsk, die dort unlängst den Spuren des Mißbrauchs der wissenschaftlichen Disziplin zu politischen Zwecken gefolgt war.

(Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 19.7.1991)

Gutachten über Ex-Sowjetgeneral
»Pjotr Grigorenko war geistig völlig gesund«

München (KNA) — Der ehemalige sowjetische Generalmajor *Pjotr Grigorenko,* dessen Einweisung in verschiedene Sonderpsychiatrien in den 70er Jahren weltweites Aufsehen erregt und 1983 den Ausschluß der sowjetischen Psychiater aus dem Weltverband für Psychiatrie mitbewirkt hatte, war geistig völlig gesund. Dieses Untersuchungsergebnis einer sowjetischen Psychiaterkommission gab der Direktor ders Psychoneurologischen Bechterew-Instituts in Leningrad, Professor *Modest M. Kabanow,* am Samstag erstmals auf einer Pressekonferenz in München bekannt. Die Untersuchung, die von sowjetischen Militärs veranlaßt worden war, wurde Anfang Juli abgeschlossen. »*Grigorenko* hat seine moralische Kraft unter grausamsten Bedingungen bewahrt«, sagte *Kabanow.*

Das Gutachten erlaubt laut *Kabanow* nicht nur die posthume Rehabilitierung des Offiziers, der 1983 in den USA verstarb, sondern soll auch die Fortschritte der sowjetischen Psychiatrie demonstrieren. Der sowjetische Landesverband ist 1989 vom Weltverband erneut aufgenommen worden, unterliegt aber gewissen Auflagen, die unter anderem die Offenlegung des Mißbrauchs der Psychiatrie zu politischen Zwecken umfaßt. Der »Fall *Grigorenko*« war dabei laut *Kabanow* einer der markantesten. Der Generalmajor war 1961 nach Kritik an der Partei und entsprechenden Reformvorschlägen erstmals psychiatrisch untersucht worden mit der Feststellung, daß er unter einer »paranoiden Persönlichkeitsstörung« leide. *Grigorenko* verbrachte, wie Hunderte anderer Dissidenten, zahlreiche Jahre in psychiatrischen Sonderanstalten, ehe er 1978 ausgewiesen wurde.

(*Süddeutsche Zeitung* vom 22.7.1991)

Modest M. Kabanow, Direktor des Psychoneurologischen Bechterew-Instituts, hat das Untersuchungsergebnis einer sowjetischen Psychiaterkommission über den »Fall *Grigorenko*« in Leningrad erstmals in einer Pressekonferenz in München bekanntgeben. Die Einweisung des sowjetischen Generalmajors *Pjotr G. Grigorenko* in verschieden Sonderpsychiatrien hatte in den siebziger Jahren weltweites Aufsehen erregt und 1983 den Ausschluß der sowjetischen Psychiater aus dem Weltverband für Psychiatrie mitbestimmt. Die Anfang Juli abgeschlossene Untersuchung, die von sowjetischen Militärs veranlaßt worden war, ergab nach *Kabanows* Aussagen die völlige Gesundheit des Generalmajors. (kna)

(*Münchner Merkur* vom 22.7.1991)

Professor Kabanow: »General Grigorenko war geistig gesund«
Leningrader Psychiater gibt Ergebnis sowjetischer Untersuchung bekannt

München, 21.7.91 (KNA) Das Untersuchungsergebnis einer sowjetischen Psychiaterkommission über den »Fall *Grigorenko*« hat der Direktor des Psychoneurologischen Bechterew-Instituts in Leningrad, Professor *Modest M. Kabanow,* am Samstag erstmals in einer Pressekonferenz in München bekanntgegeben. Die Einweisung des sowjetischen Generalmajors *Pjotr G. Grigorenko* in verschiedene Sonderpsychiatrien hatte in den siebziger Jahren weltweites Aufsehen erregt und 1983 den Ausschluß der sowjetischen Psychiater aus dem Weltverband für Pychiatrie mitbestimmt. Die Anfang Juli abgeschlossene Untersuchung, die von sowjetischen Militärs veranlaßt worden war, ergab nach *Kabanows* Aussagen die völlige geistige Gesundheit des Generalmajors. *Kabanow: »Grigorenko* hat seine moralische Kraft unter grausamsten Bedingungen bewahrt.«

Der Leningrader Wissenschaftler rechnet jedoch nach Veröffentlichung des Untersuchungsergebnisses in der Sowjetunion mit Widerspruch gegen das Gutachten. Seine Erstellung erlaubt indes nicht nur die posthume Rehabilitierung des Offiziers, der 1983 in den USA verstarb, sondern soll auch die Fortschritte der sowjetischen Psychiatrie demonstrieren. Der sowjetische Landesverband ist 1989 vom Weltverband erneut aufgenommen worden, unterliegt aber gewissen Auflagen, die unter anderem auch die Offenlegung des Mißbrauchs der Psychiatrie zu politischen Zwecken umfaßt. Der »Fall *Grigorenko*« war laut *Kabanow* einer der markantesten. Der Generalmajor war 1961 nach Kritik an der Partei und entsprechenden Reformvorschlägen erstmals psychiatrisch untersucht worden mit der Feststellung, daß er unter einer »paranoiden Persönlichkeitsstörung« leide. Spätere Gutachten in anderen Instituten bescheinigten ihm jedoch geistige Gesundheit, andere bestätigten die erste Diagnose. *Grigorenko* verbrachte, wie Hunderte anderer Dissidenten, zahlreiche Jahre in psychiatrischen Sonderanstalten, die dem Innenministerium unterstanden und damit in unmittelbarer Nähe des Geheimdienstes KGB gerückt waren. Nach seiner Ausweisung 1978 stellte sich der Offizier in den USA freiwillig den dortigen Ärzten zu Untersuchungen zur Verfügung.

Das Gutachten der 13köpfigen Kommission aus allen Teilen der Sowjetunion, der *Kabanow* leitend angehört, werde bei dem für August in Budapest anberaumten Symposium des Weltverbandes eine Rolle spielen, deutete *Kabanow* an. Dort sollen die Entwicklungen der Psychiatrie in der Sowjetunion erneut überprüft werden. Inspektionsreisen von internationalen Ärztedelegationen in die Sowjetunion haben bisher noch zu keinem befriedigenden Ergebnis geführt, obwohl Verbesserungen vorgenommen worden sind. So wurden die meisten Psychiatrien dem Gesundheitsministerium unterstellt, aber die Ärzte, die seinerzeit die falschen Expertisen zu verantworten hatten, sind fast alle noch auf ihrem Posten, gab der Leningrader Wissenschaftler zu. Ebenso sind auch die Wärter, die großenteils aus dem Kriminellenmilieu stammen, zu-

meist noch dieselben. In einzelnen Anstalten, wie in seiner eigenen, sind allerdings Verbesserungen in der Versorgung der Patienten vorgenommen worden. So ist dort wie in der Fünften Psychiatrie in Moskau eine Kapelle eingerichtet und ein orthodoxer Priester zur Betreuung der Kranken engagiert worden.

Ein neues Gesetz über die Psychiatrie ist nach Angaben von *Kabanow* von Juristen und Psychiatern gemeinsam erarbeitet worden. Es wird derzeit im Obersten Sowjet diskutiert. Mit seiner Verabschiedung ist noch in diesem Jahr zu rechnen. Das erste diesbezügliche Gesetz aus dem Jahr 1988 erkläre zwar die Ärzte für den Mißbrauch der Psychiatrie als verantwortlich, habe aber mehr »dekorativen Charakter«. Weitere Fortschritte in der sowjetischen Psychiatrie erhofft sich *Kabanow* von der steigenden Zahl sowjetischer Psychiater, die in Deutschland eine dreimonatige Ausbildung durchlaufen. Allein in Bayern werden in Kürze 15 von ihnen erwartet.

(*Katholische Nachrichtenagentur* vom 22.7.1991)

Russische Delegation aus dem Bechterew-Institut als Gäste der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V. in der Klinik Menterschwaige

Im Rahmen des Vertrags zur wissenschaftlichen Zusammenarbeit der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) und dem Internationalen Ausbildungszentrum der World Association for Dynamic Psychiatry, der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige, mit dem Psychoneurologischen Institut W.M. Bechterew in St. Petersburg war vom 23. bis zum 31. Juni 1991 Prof. Dr. med. *J.J. Tupizin* Gast in der Klinik Menterschwaige in München. Professor *Tupizin* ist Leiter der Abteilung für Epidemiologie und Organisation des Psychoneurologischen Dienstes und leitender Psychotherapeut des Bechterew-Instituts und leitender Psychotherapeut der Zentralen Gesundheitsbehörde St. Petersburg.

Am 26. Juni hielt er zum Thema »Extramurale Psychiatrie in der UdSSR« einen Gastvortrag im Münchener Lehr- und Forschungsinstitut der DAP, in dem er ausführlich und anschaulich nach einem Abriß der Geschichte der Entwicklung insbesondere psychiatrischer Ambulatorien in der UdSSR die jetzige ambulante psychiatische Versorgungssituation beschrieb. Sie ist gekennzeichnet durch einen Psychiatermangel, durch Mangel an psychotherapeutisch ausgebildeten Ärzten und Psychologen, dem Bemühen um ein vielfältigeres therapeutisches Behandlungsangebot besonders in den Tageskliniken gegenübersteht. Professor *Tupizin* legte eindringlich die gesundheitspolitische Position des Bechterew-Instituts dar, das dezidiert für eine Erweiterung und Intensivierung der psychotherapeutischen, gruppenpsychotherapeutischen und psychoanalytischen Ausbildung in der UdSSR eintritt.

In dieser Woche hatte Professor *Tupizin* teil am therapeutischen Programm der Klinik Menterschwaige und hatte Gelegenheit, insbesondere das milieu-

therapeutische Behandlungskonzept *Günter Ammons* in Theorie und Praxis kennenzulernen.

Begleitet wurde Professor *Tupizin* von zwei Psychologinnen des Bechterew-Instituts, die einen Monat lang, vom 23. Juni bis zum 21. Juli 1991, in der Klinik Menterschwaige hospitierten. *Tatjana Kamorina* und *Tatjana Alchazowa* lernten insbesondere die alltägliche milieutherapeutische Arbeit kennen, indem sie direkt in die Arbeit des Milieutherapeutenteams einbezogen waren. Als Teilnehmer eines gruppendynamischen Wochenendes unter der Leitung von Dr. med. *Günter Ammon* machten sie Selbsterfahrung im Humanstrukturellen Tanz und in der gruppendynamischen Theaterarbeit am Münchener Lehr- und Forschungsinstitut der DAP. Im Psychosenseminar, das von Dr. *Günter Ammon* in der Klinik Menterschwaige geleitet wird, und im Grundlagenseminar der Dynamischen Psychiatrie des Münchner LFI unter der Leitung von Dr. phil. *Ilse Burbiel* und Dr. med. (Univ. Tel Aviv) *Egon Fabian* erhielten sie ausführliche Einführungen in die theoretische Grundkonzepiton der Milieutherapie unter den Gesichtspunkten von Gruppendynamik, humanstruktueller Veränderung und Sozialenergie. In psychologischen Testbesprechungen mit Patienten und Case-Konferenzen konnten sie ebenfalls Einblick in die psychologisch-diagnostische Arbeit der Klinik nehmen.

Astrid Thome (München)

Prof. Dr. med. Boris S. Polozhy vom Institut für Seelische Gesundheit der Akademie der medizinischen Wissenschaften in Tomsk in der Klinik Menterschwaige

Vom 7. Juli bis zum 19. August 1991 war ebenfalls Professor Dr. med. *Boris S. Polozhy* aus dem sibirischen Tomsk zu Gast in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige. Er ist Vizedirektor des Tomsker Instituts für Seelische Gesundheit, dem die gesamte psychiatrische Versorgung Sibiriens untersteht. In einem Seminar des Münchner Lehr- und Forschungsinstituts der DAP gab er den Mitarbeitern der Klinik und des Instituts einen umfassenden Einblick in die epidemiologische Arbeit und das psychiatrische Behandlungskonzept des Tomsker Instituts. Unter seiner Leitung ist ein Atlas zur epidemiologischen Prävalenz psychischer Erkrankungen für Sibirien erstellt worden, danach ist insgesamt 19% der sibirischen Bevölkerung auf dem Spektrum neurotischer bis schweren psychiatrischen Störungen manifest psychisch krank. Nur 20% aller Kinder können als psychisch gesund angesehen werden, 20% der Kinder sind krank und 60% stellen eine Risikogruppe dar.

Das Behandlungskonzept des Tomsker Instituts für Seelische Gesundheit lehnt sich an das Rehabilitationskonzept des St. Petersburger Bechterew-Instituts an; es bietet ein komplexes System medizinischer und sozialer Maßnahmen. Für die psychiatrischen Kliniken und Tageskliniken sieht es die enge Zusammenarbeit von Psychiatern, Sozialarbeitern und Psychologen vor.

Neben der Behandlung mit Psychopharmaka sind psychotherapeutische Methoden wie die Transaktionsanalyse und Gesprächspsychotherapie eingeführt; es werden ebenfalls Heilpflanzen und autogenes Training angewandt.

Besonders verheerende Ausmaße, so berichtete Professor *Polozhy,* nehmen in Sibirien ökologische Probleme an und zwar auch in ihrer direkten und akuten Auswirkung auf die körperliche Gesundheit der Bevölkerung. Professor *Polozhy* nahm als Gastpsychiater vollständig am klinischen Programm der Klinik Menterschwaige teil und hatte in intensivem fachlichem Austausch Gelegenheit, das Behandlungskonzept in mannigfaltigen Aspekten kennenzulernen.

Astrid Thome (München)

Vortrag von Dr. Marius Erdreich im LFI München

Dr. med. *Marius Erdreich,* Direktor der Regional Psychiatric Serices an der Technion Medizinischen Fakultät in Haifa, Israel, hielt am 10.9.1991 im Münchner Lehr- und Forschungsinstitut einen Vortrag zum Thema »Der sektorielle Automatismus«.

Anhand einer ausführlichen Kasuistik erklärte Dr. *Erdreich* sein psychodynamisches Konzept des sektoriellen Automatismus, nach welchem im frühen Lebensalter erlittene psychische Traumen später unter der Kontrolle des Ichs latent bleiben, um unter betimmten Streßbedingungen unerwartet akut oder wiederholt aktiv zu werden. Unter den derart reaktivierten Frühtraumen befinden sich auch solche, die zu selbstzerstörerischen Handlungen oder zu schweren psychosomatischen Erkrankungen wie z.B. Herzinfarkt führen können.

Therapeutisch verfolgt Dr. *Erdreich* diese Auffassung durch die traumaorientierte psychoanalytische Aufdeckungsarbeit, die gleichzeitig dem Patienten empathisch Schutz gewährt und ihm ermöglicht, Vertrauen zu entwickeln und den ausagierten Widerholungszwang durch Einsicht aufzulösen.

Im Konzept des sektoriellen Automatismus sieht Dr. *Erdreich* einen neuen Weg zum Verständnis und zur Behandlung eines breiten Spektrums psychischer und psychosomatischer Krankheiten.

Dem Vortrag folgte eine lebhafte Diskussion, die besonders die in der *Erdreich*'schen Auffassung des sektoriellen Automatismus implizierte therapeutische Relevanz hervorhob, aber auch ihre juristische Bedeutung für das Verständnis krimineller Handlungen würdigte.

Egon Fabian (München)

The Society for Medicine and Law in Israel

The Society for Medicine and Law in Israel was established in 1972, and it consists today of 2 300 members: One thousand physicians, one thousand lawyers and judges, and 300 paramedical professionals.

The Society holds annually dozens of conferences: International, national and local meetings. Each monthy 150 members take part in a long weekend seminar on medicolegal issues. These were the main International Congresses held by the Society in Israel:

a) Pedestrian Safety, 1976; b) The Dying Human, 1978; c) Disability, 1981; d) Drugs & alcohol, 1981; e) Nursing Law & Ethics, 1982; f) Psychiatry Law & Ethics, 1983; g) Drugs & Alcohol, 1983; h) Psychiatry Law & Ethics, 1985; i) Nursing Law & Ethics, 1985; j) Hospital Law & Ethics, 1985; k) Drugs & Alcohol, 1985; l) Rape, 1986; m) Graphology, 1986; n) Drugs & Alcohol, 1988

The Society initiated the studies of medical law at all Israeli universities as well as the establishment of a department for medicolegal studies in the School of continuing education at the University of Tel-Aviv.

The Research committee of the Society deals with ten research projects on main medicolegal issues, and the Publication department promotes medicolegal writings. The psycholegal group which has been recently established consists of more than hundred members.

Last but not least: The Society initiated the publication of the International Journal on Medicine and law (English, six issues per year, since 1981). The society wishes to tighten the contacts with individuals and societies, who may write to: The Society for Medicine and Law in Israel, P.O.B. 6451, Haifa 31063, Israel.

Judge *Amnon Carmi,* President

Aus dem Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim
Altersdepression oder Alzheimersche Erkrankung?

Wie epidemiologische Studien in der Altersforschung ergeben, leidet jeder zwanzigste Mensch über 65 Jahren an einer Demenz, das heißt: an einem beschleunigten Abbau bestimmter Nervenzellen im Gehirn. Dieser Anteil steigt mit zunehmendem Alter noch an: bei den über 85jährigen ist jeder fünfte davon betroffen. Dabei ist über die Hälfte dieser Demenzerkrankungen auf die sogenannte Alzheimersche Krankheit zurückzuführen. Das klinische Bild dieser schweren psychiatrischen Krankheit ist gekennzeichnet durch Störungen der Konzentration und Merkfähigkeit, wobei hauptsächlich die Erinnerung an Ereignisse der letzten Tage und Wochen beeinträchtigt ist. Die Ursachen für diesen Zellabbau sind noch weitgehend unerforscht und machen breit angelegte Studien, auch zur Verbesserung der therapeutischen Maßnahmen notwendig.

Anders sieht es bei der Altersdepression aus, wovon nach Schätzungen etwa 4% der über 65jährigen betroffen sind. Hier steht eine bedrückte Stimmungslage im Vordergrund. Gefühle des Versagens, ein gestörtes Schlafverhalten, Appetitstörungen oder weitere körperliche Symptome können hinzutreten, darüber hinaus auch Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen. Die Erkrankung ist heutzutage gut behandelbar und nimmt deshalb überwiegend einen günstigen Verlauf. Ausgesprochen schwierig allerdings kann die Unterscheidung sein, ob es sich bei einer Erkrankung um die Alzheimersche Krankheit oder um eine Altersdepression handelt, da bei beiden Krankheiten eine verminderte geistige Leistungsfähigkeit und eine gedrückte Stimmungslage oftmals das Bild beherrschen. Es liegt auf der Hand, daß dadurch behandelbare und teilweise auch heilbare Depression als Fälle der Alzheimerschen Erkrankung verkannt werden und deshalb auch nicht von einer gezielten antidepressiven Therapie profitieren können.

In einem großangelegten, vom Bundesministerium für Forschung und Technologie finanzierten Forschungsprojekt soll nunmehr der Unterscheidung zwischen Alzheimer-Demenz und Altersdepression nachgegangen werden. Die auf drei Jahre angelegte Langzeitstudie, die am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim unter der Leitung von Professor Dr. *Wagner Farid Gattaz* durchgeführt wird, hat unter anderem zum Ziel, die Ursachen und das Verständnis der biologischen und psychologischen Prozesse, die die Alzheimersche Krankheit auslösen, zu vertiefen und damit Aussichten auf verbesserte Behandlungsmöglichkeiten zu gewinnen.

Dafür werden vierzig Patienten, die entweder an einer Altersdepression leiden oder bei denen eine Alzheimersche Erkrankung bekannt ist oder vermutet wird, zwei Wochen lang gründlich untersucht. Weiterhin werden die Gehirnströme während des Schlafs aufgezeichnet, die insbesondere für Depressionspatienten charakteristische Merkmale aufweisen. Wesentliches Hilfsmittel für die Diagnose der Alzheimerschen Krankheit ist die Kernspintomographie, ein Verfahren, das mit Hilfe eines Magnetfelds die bildliche Darstellung des Gehirns erlaubt, ohne daß es dabei zu einer Belastung durch Röntgenstrahlen kommt.

Wird ein Alzheimersche Erkrankung diagnostiziert, eröffnet sich für die betroffenen Patienten die Möglichkeit, an einer Therapiestudie über ein neues Medikament teilzunehmen, das in anderen Ländern bereits mit Erfolg angewandt wird. Um die Wirkung der Therapie zu dokumentieren, werden den Patienten zweimal jährlich Nachuntersuchungen angeboten. Wie Prof. *Gattaz* betont, soll das Projekt dazu beitragen, neue Erkenntnisse zu gewinnen und damit neue Chancen für die Diagnose und Therapie dieser häufigen psychiatrischen Erkrankung der alten Menschen zu eröffnen.

(ZI, Juni 1991)

Prof. Destounis von seinen Funktionen in der WADP zurückgetreten

Nachden Prof. *Destounis* uns bereits vor kurzem mitgeteilt hat, daß er seinen Wohnsitz in seine Heimatstadt Athen zurückverlegt hat, erhalten wir eine weitere Zuschrift, wo er aus gesundheitlichen Gründen von seinen Funktionen innerhalb der WADP zurücktritt. Nachfolgend der Brief von Prof. *Destounis:*

Hellenic Society of Psychosomatic Medicine
President Prof. Dr. Destounis
12, Lykavittou
10673 Athens
Greece

Dr. Günter Ammon
President WADP
Editor Dynamic Psychiatry
Wielandstraße 27/28
1000 Berlin 15

July 20, 1991

Dear Dr. *Ammon,*

this is to inform you that due to health reasons I resign from the WADP as a Founding Fellow and President of the Greek-American Branch. I am certain that the WADP will continue to contribute to humanity. Please publish this letter to the Dynamic Psychiatry Journal and convey my wishes to the members of the Executive Council, Board of Directors and Members of the WADP.

Sincerly
Prof. *Nicholas Destounis,* M.D.,
Ph.D.
President HSPM

Ankündigungen / Announcements

9. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP/ XXII. Internationales Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) Regensburg 1992

Neurose und Schizophrenie
Theoretische und klinische Erfahrungen und Konsequenzen

Der Kongreß steht in dem Bemühen unserer Schule, Psychoanalyse, Psychologie und Psychiatrie und damit auch die von diesen Wissenschaften vertretenen Hauptkrankheitskategorien der Neurose und der Schizophrenie, miteinander in Beziehung zu bringen.

Die Dynamische Psychiatrie vertritt die Auffassung vom gleitenden Spektrum der Genese, Struktur und Dynamik psychischer Erkrankungen. Neurose und Schizophrenie können hier in einem funktionalen und strukturellen Beziehungsgeflecht ganzheitlich verstanden und als zwei dynamisch zueinander gehörende Pole auf dem gleitenden Spektrum zwischen Integration und Desintegration begriffen werden.

Daraus ergeben sich wichtige behandlungsmethodische Konsequenzen, insbesondere für die therapeutische Bewältigung der schizophrenen Erkrankung. Wir glauben postulieren zu können, daß eine Schizophrenietherapie erst dann erfolgreich abgeschlossen sein kann, wenn auch der Ödipuskomplex mit dem Patienten und dessen Familie durchgearbeitet ist.

Die Thematik des diesjährigen Kongresses hat sich folgerichtig aus der therapeutischen und wissenschaftlichen Arbeit der vorangegangenen Jahre entwickelt, in denen das Studium des gesunden und kranken Entwicklungsgeschehens im Kontext von gruppendynamischen und sozialenergetischen Beziehungsfeldern mehr und mehr zu einer mehrdimensionalen und prozeßhaften Auffassung der Gesundheits-Krankheitsdiagnostik führte, in der die diagnostische Kategorie weitgehend ihre Bedeutung verliert. An ihre Stelle tritt die größere Bedeutung der Mehrdimensionalität von Behandlungsmethodik und Heilungsprozessen. Das Denken in Beziehungen, Geflechten, Prozessen und Veränderungen und das damit verbundene Ringen um Verstehen, Kreativieren, Fördern von Gesundem, statt nur Krankes zu sehen, steht im Mittelpunkt der von uns vertretenen Wissenschaft vom Menschen und ist gleichzeitig ein wesentliches integrierendes Moment für die aus den verschiedenen Ländern zusammenströmenden Wissenschaftler und Fachleute der World Association for Dynamic Psychiatry, die gemeinsam mit der Deutschen Akademie für Psychoanalyse den Kongreß veranstaltet.

Der Kongreß möchte einen über verschiedene Kulturen, Gesellschaften und Fachdisziplinen hinausgehenden, sich gegenseitig bereichernden Diskurs über das Thema in Gang setzen mit der Hoffnung, aus einem mehr ganzheitlichen

Krankheitsverständnis heraus dem schizophren reagierenden und leidenden Menschen zu einer größeren sozialen Akzeptanz zu verhelfen, wie dies für den neurotisch und psychosomatisch erkrankten Patienten mittlerweile der Fall ist. Dabei ist es unser Anliegen, die Vertreter möglichst vieler verschiedener Fachdisziplinen und psychotherapeutischer Schulen zusammenzuführen, da u.E. gerade in der Vielfalt die Chancen für die Weiterentwicklung einer Wissenschaft liegen. Der Kongreß wird damit dazu beitragen, die notwendige Integration von Psychotherapie und Psychiatrie weiterzuführen und zu verstärken.

Wichtige Erkenntnisse erwarten wir von den Beiträgen der Deutschen Akademie für Psychoanalyse, von Vertretern deutscher Universitäten, der World Association for Dynamic Psychiatry und der World Association of Social Psychiatry, von unseren Freunden aus den USA, aus den mit uns befreundeten Zentren der Sowjetunion, aus Israel, Ungarn, Polen, Japan, Indien und den Beiträgen aus Italien, der Schweiz, Österreich u.a.

Wir würden uns sehr freuen, wenn auch diesmal wieder viele Referenten und Teilnehmer aus den neuen Bundesländern das Bild des Kongresses mitbestimmten, ebenso wie viele Kollegen aus befreundeten und benachbarten Schulen, Psychotherapierichtungen und Fachdisziplinen.

Günter Ammon (Berlin/München)

Thematische Schwerpunkte des Kongresses sind u.a.:

Die gesunde und kranke Entwicklung unter besonderer Berücksichtigung des Symbiose- und Ödipuskomplexes aus der Sicht der Humanstrukturologie (Dynamische Psychiatrie) und anderer psychoanalytischer und psychologischer Schulen und Richtungen. Entwicklungspsychologisch bedingte intrapsychische Prozesse.
Neurose und Schizophrenie auf dem gleitenden Spektrum psychischer und psychosomatischer Erkrankungen: Strukturell-funktionale Gemeinsamkeiten und Unterschiede.
Das Borderline-Syndrome auf dem gleitenden Spektrum von Neurose und Schizophrenie.
Die Bedeutung spezifischer psychischer Funktionen (Angst, Aggression, Sexualität u.a.) für die Neurose und für die Schizophrenie.
Eifersucht und Rivalität bei Neurose und Schizophrenie.
Behandlungsmethodische Konsequenzen aus dem prozessual-strukturellen Krankheitsverständnis von Neurose und Schizophrenie.
Die Anwendung zentraler psychoanalytischer Konzepte (Übertragung, Gegenübertragung, Widerstand u.a.) auf die Behandlung von Neurose und Schizophrenie.
Der therapeutische Prozeß unter besonderer Berücksichtigung symbiotischer und ödiplater Problematiken: Kasuistische Beiträge.

Das diagnostische Verständnis von Neurose und Schizophrenie aus der gruppendynamischen, sozialenergetischen und strukturell-funktionalen Sicht der Humanstrukturologie.
Mehrdimensionale Weiterentwicklung in der Diagnostik.
Die Überprüfung der Effizienz psychotherapeutischer Bemühungen bei Neurose und Schizophrenie, Analyse von Mißerfolgen als Weg zur Weiterentwicklung der Behandlungstheorie, Probleme der Therapieprozeßforschung.
Nerose und Schizophrenie: Konsequenzen für die Ausbildung zum Psychotherapeuten.
Kindliche Neurosen und Psychosen.
Die Bedeutung der Prävention und Pädagogik für die Bewältigung symbiotischer und ödipaler Entwicklungsprozesse.
Integration neuerer Ergebnisse anderer Fachdisziplinen (wie z.B. Kulturanthropologie, Soziologie, Pädagogik etc.) in die Theoriebildung.
Psychoanalytische Abwehrmechanismen und gesellschaftliche Strukturen: »Verdrängungsgesellschaft« — »Borderline-Gesellschaft«?
Vergleichende transkulturelle Untersuchungen zu Neurose und Schizophrenie.
Historische und aktuelle politologische Beziehungen zum Kongreßthema.

Veranstalter: World Association for Dynamic Psychiatry WADP Inc. Bern und die Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V.
Ort: Universität Regensburg
Zeit: 29. April bis 3. Mai 1992;
4. Mai Klinischer Nachkongreß in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige München
Information/Anmeldung: Lehr- und Forschungsinstitute der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V., LFI Berlin, Wielandstraße 27/28, D-W-1000 Berlin 15, Tel. (030) 8 81 80 59 / 8 81 80 50, LFI München, Goethestraße. 54, D-W-8000 München 80, Tel. (089) 53 96 74 / 75

9th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry WADP/ XXIInd International Symposium of the German Academy for Psychoanalysis (DAP) Regensburg 1992

Neurosis and Schizophrenia
Theoretical and Clinical Experiences and Consequences

This congress is another step in the endeavours of our school to relate the sciences of psychoanalysis, psychology and psychiatry with each other and to neurosis and schizophrenia as the main categories of disorders dealt with by these sciences. Intrapsychical processes defined by developmental psycholgy.

For many years Dynamic Psychiatry has assumend the theory of the gliding spectrum in the orign, structure and dynamics of psychic diseases. Neurosis and schizophrenia can be understood as two dynamically interrelated poles on a gliding spectrum between integrated and disintegrated human functions within a functional and structural network of relationships.

There are important consequences in the methods of treatment, especially for the therapeutic approach to schizophrenia. In our opinion, it is only possible to successfully complete a therapy of schizophrenia when the Oedipus complex has been worked on with the patient and his family.

The theme of this year's congress has been consistently developed from the preceding years of therapeutic and scientific work. The study of development in health and sickness in the context of group dynamics and social energetic fields led us more and more to a multidimensional and progressive understanding of health/disease diagnosis, in which however, the diagnostic category largely loses its importance. It is replaced by the far more important multidimensional view of treatment methods and healing processes. The central feature of our science is to think in terms of relationships, networks, processes and changes and thereby to strive for understanding, liberation and creativity, and to support healthy aspects rather than focusing on the sick sides of the personality. This is an essential and integrating factor for the scientists and professionals of the World Association for Dynamic Psychiatry (WADP) who are meeting from different countries together with the German Academy of Psychoanalysis (DAP) to arrange this congress. The congress intends to initiate discussion on this topic which reaches beyond the various cultures, societies, schools and disciplines. A special concern of this congress is, through our holistic approach, to improve the acceptance of people suffering from schizophrenia in society, which is already the case with people suffering from neurosis and psychosomatic dieseases. Since we think that variety offers a better chance of further scientific development, we wish to bring together the representatives of many disciplines and psychotherapeutic schools. This congress will contribute to the continuation and intensification of the necessary integration of psychotherapy and psychiatry.

We expect important findings and insights from the lectures delivered by the German Academy of Psychoanalysis, by representatives of German universities, of the World Association for Dynamic Psychiatry, of the World Association of Social Psychiatry, from our friends of the USSR, from Israel, Switzerland, Austria and others. We would appreciate very much if once more many lecturers and participants from the new federal states of Germany, as well as many colleagues from like-minded and friendly schools, psychotherapeutic institutions and disciplines, would contribute to shape our congress.

Main themes of the congress are among others:

Healthy and unhealthy development under the particular consideration of the symbiosis and Oedipus complex from the viewpoint of human structurology

(Dynamic Psychiatry) and other psychoanalytical and psychological schools and institutions.
Neurosis and schizophrenia on the gliding spectrum of psychic and psychosomatic diseases: Common and distinguishing aspects with regard to structure and functions.
The borderline syndrom on the gliding spectrum of neurosis and schizophrenia.
The importance of specific psychic functions (anxiety, aggression, sexuality and others) with regard to neurosis and schizophrenia.
Jealousy and rivalry in neurosis and in schizophrenia.
Consequences for treatment methods using a progressive structural understanding of neurosis and schizophrenia.
The use of central psychoanalytic concepts (transference, countertransference, resistance, etc.) for the treatment of neurosis and schizophrenia.
The therapeutic process under special consideration of symbiotic and oedipal problems: casuistic lectures.
The diagnostic understanding of neurosis and schizophrenia from the group dynamic, social energetic and structural-functional view of human structurology.
Multidimensional development of diagnostics.
Testing the efficiency of psychotherapy for neurosis and schizophrenia; analysis of failures as a mean for the further development of treatment theories; research problems of therapeutic processes.
Neurosis and schizophrenia; consequences for the training of therapists.
Child neurosis and psychosis.
The importance of prevention and pedagogics for mastering symbiotic and oedipal processes of development.
Integrating the latest results of other disciplines (e.g. cultural anthropology, sociology, pedagogics etc.) into the development of theory.
Psychoanalytic defence mechanisms and social structures: »Society of Repression« — »Borderline Society«?.
Comparative transcultural investigations regarding neurosis and schizophrenia.
Historical and current politological relations to the topic of the congress.

Organization: World Association for Dynamic Psychiatry WADP Inc. Bern and the German Academy for Psychoanalysis (DAP) e.V.
Place: University of Regensburg
Time: April 29 — Mai 3, 1992;
Mai 4 Clinical Post-Congress in the Dynamic Psychiatric Hospital Menterschwaige, Munich
Information/Registration: Lehr- und Forschungsinstitut of the German Academy for Psychoanalysis (DAP) e.V., LFI Berlin, Wielandstraße 27/28, D-W-1000 Berlin 15, Tel. (030) 8 81 80 59 / 8 81 80 50, LFI München, Goethestraße 54, D-W-8000 München 80, Tel. (089) 53 96 74 / 75

83. Gruppendynamische Klausurtagung der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) in Paestum 1991
Veranstalter: Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V.
Gesamtleitung: Dr. med. Rolf Schmidts
Ort: Tagungszentrum der DAP in Paestum (bei Salerno/Süditalien)
Zeit: 27. Dezember 1991 — 6. Januar 1992
Information/Anmeldung: Lehr- und Forschungsinstitute der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V., LFI Berlin, Wielandstraße 27/28, D-W-1000 Berlin 15, Tel. (030) 8 81 80 59 / 8 81 80 50, LFI München, Goethestraße 54, D-W-8000 München 80, Tel. (089) 53 96 74 / 75

13. Symposion »Arzt und Krankengymnastik« des Vereins für Medizinische Früh-Rehabilitation Osnabrück-Bad Iburg e.V.
Veranstalter: Verein für Medizinische Früh-Rehabilitation Osnabrück-Bad Iburg e.V.
Leitung: Priv. Doz. Dr. med. J. Hassenpflug, Prof. Dr. med. W. Blauth
Ort: Bad Iburg
Zeit: 25.—26. Januar 1992
Information/Anmeldung: Tagungsbüro, Hr. Köhne, Rathaus, 4505 Bad Iburg, Tel. 4 04 21 oder Hr. Korbel, Tel. 0 54 03 / 40 16 10

Kongreß für Klinische Psychologie und Psychotherapie Berlin 1992
Veranstalter: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherpie e.V. in Zusammenarbeit mit: Arbeitsgemeinschaft Verhaltensmodifikation Österreich (AVM) und Schweizerische Gesellschaft für Verhaltenstherapie
Thema: Psychotherapie unter der Lupe
Ort: Berlin
Zeit: 16.—21. Februar 1992
Information: DGVT-Geschäftsstelle, Postfach 13 43, 7400 Tübingen, Tel. (0 70 71) 41 32 11

25. Internationales Trainingsseminar für Gruppendynamik Alpbach 1992
Veranstalter: Österreichischer Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik (ÖAGG)
Leitung: Dr. Ingrid Bartosch-Krafft-Ebing und Dr. Enrico Riccabona
Ort: Alpbach
Zeit: 5.—10. Juni 1992
Information/Anmeldung: ÖAGG Alpbach Sekretariat, Alfred Frank, Heiligenstädter Str. 7/8, A-1190 Wien, Tel. (02 22) 3 10 26 94

International Conference on the Use of Stories and Metaphors as Tools in Communication Budapest 1992
Ort: Budapest
Zeit: 16.—19. Juli 1992
Information: Bela Buda, 1515 Budapest 114, PF 39, Hungary

XIII World Congress of Social Psychiatry New Delhi 1992
Veranstalter: Indian Association for Social Psychoatry (IASP)
Thema: The Developing World and the Third Millenium
Ort: New Delhi
Zeit: 9.—13. November 1992
Information/Anmeldung: Prof. Vijoy K. Varma, Department of Psychiatry, Postgraduate Institute of Medical Education & Research, Chandigarh-160012 (India)

Im nächsten Heft erscheint. . .

Günter Ammon/Helmut Volger (Berlin)
Der paradigmatische Beitrag der Gruppendynamik zu den Wandlungsprozessen der Weltpolitik in den letzten Jahren

Ilse Burbiel/Renate Bez/Monika Dworschak/Henrike Oetzmann (München/Berlin)
Zur Stabilität des Autokinetischen Lichttests

Bernhard Richarz (München)
Kritik der psychiatrischen Rehabilitation aus dynamisch-psychiatrischer Sicht

Oskar Sahlberg (Berlin)
»Psychosentherapie« in Balzacs »Buch der Mystik«

Leonid R. Zenkov/A.M. Molla-Zade (Moskau/Baku)
Neurophysiologische Mechanismen einer psychogenen Hemiparese und die Interhemisphären-Verhältnisse

George B. Palermo/Edward J. Gumz (Milwaukee)
Transference and the Idea of God

August Shereshewsky (St. Petersburg)
Die Entwicklung der transkulturellen Aspekte in der russischen Psychiatrie

Heinrich Huebschmann (Heidelberg)
Politisch-soziale Wahrnehmung einer Leidensgeschichte

Maria Orwid (Krakau)
Therapy of Adolescent Schizophrenics

Hanna Jaklewicz/Krystyna Kierkowska (Gdansk)
Changes in the Biological Paradigm in Child Psychiatry

Sigmar Scheerer (Heinersdorf)
Der psychotische Patient und sein Hausarzt

A.B. Vedeniapin (Moskau)
Creativity, Thinking in Images and Hemispheric Interaction in Healthy and Emotionally Disordered Conditions (Psychophysiological Findings)

Karl Peltzer (Frankfurt)
On the Relevance of the Oedipus Complex for Psychotherapy in Nigeria

György Kóczán/Sandor Fekete/Károly Ozsváth (Pécs)
The Adaptation of Ego-Structure-Test developed by Ammon in Hungary — The Process of Validation and First Results

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.
Verlagsleitung und Hauptgeschäftsstelle/Head Office
Wielandstraße 27/28, D-1000 Berlin 15, Telefon (030) 8 81 80 59
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: Dipl. Ing. Werner Schütz, Wielandstr. 27/28, 1000 Berlin 15.
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. med. (Univ. Tel Aviv) Egon Fabian, Asamstraße 18, 8000 München 90
Nachrichtenteil/News: Verantwortlich Dr. phil. Ilse Burbiel, Presse- und Informationsreferentin im Executive Council der World Association for Dynamic Psychiatry WADP, Schwindstraße 1, 8000 München 40; Rechtsanwalt 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, Schwindstraße 1, 8000 München 40 (verantwortlich).
Abonnentenabteilung/Subscription management: Dipl. Ing. Werner Schütz, Wielandstraße 27/28, 1000 Berlin 15.
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, Dr. phil. Ilse Burbiel, Dipl. Psych. Gabriele von Bülow, Dipl. Psych. Daniel Hermelink, Dipl. Psych. Gerhard Menzel, Dr. med. Bernhard Richarz, Dr. med. Ulrike Schanné, Dr. med. Rolf Schmidts, Dipl. Psych. Margit Schmolke, Dr. med. Egon Fabian (Univ. Tel Aviv), Dipl. Psych. Astrid Thome, 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 5 Belegheftе.

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: Bank für Sozialwirtschaft Berlin (BLZ 100 205 00), Kto.-Nr. 31 273 00.

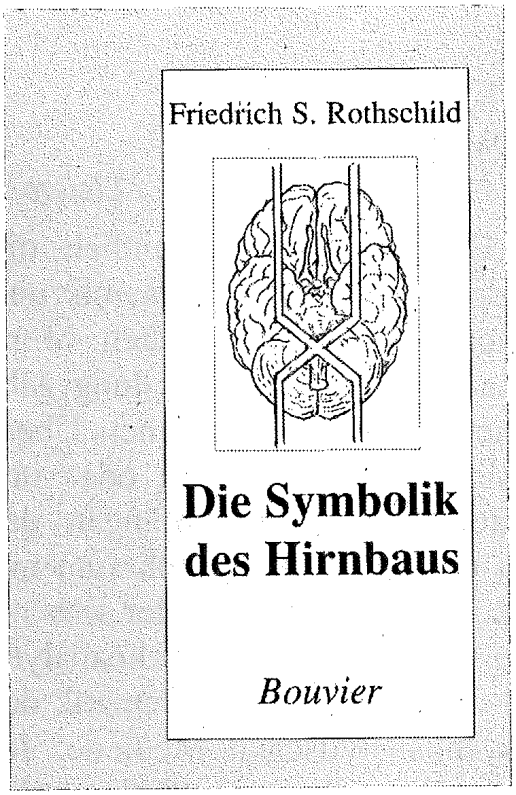
The author's opinion does not necessarily reflect the opinions of the editorial staff. Manuscripts (three copies), each limited to 20 double-spaced typed pages, will be accepted in all languages. All manuscripts must have a summary in either German or English (minimum two double-spaced typed pages). 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 5 voucher copies ot the journal.

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. We do not undertake any liability for manuscripts, photos etc. which were not asked for by us.

Dynamic Psychiatry is published bi-monthly. Annual subscription rate $ 12,— per individual copy $ 70,— (including postage charge $ 78,—). 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 Bank für Sozialwirtschaft Berlin (BLZ 100 205 00), Kto.-Nr. 31 273 00.

FRIEDRICH S. ROTHSCHILD



Friedrich S. Rothschild
Die Symbolik des Hirnbaus
Erscheinungswissenschaftliche Untersuchung über den Bau und die Funktion des Zentralnervensystems der Wirbeltiere und des Menschen. Unveränderter Nachdruck der Ausgabe von 1935
357 S., fester Einband, DM 98,–

In der „Symbolik des Hirnbaus" werden Struktur und Funktionen des zentralen Nervensystems als symbolischer Ausdruck der seelischen und geistigen Prozesse begriffen, die durch dieses Organ vermittelt werden. Ausgehend von der Ausdrucks- und Erscheinungswissenschaft Ludwig Klages', der die Seele als Sinn des Leibes und den Leib als Erscheinung der Seele verstand, stellt dieses Buch einen eigenständigen Beitrag zum Leib-Seele-Problem dar. Durch die Anwendung einer geisteswissenschaftlichen Methodik – der Sinnforschung – auf einen naturwissenschaftlichen Gegenstandsbereich werden der Dualismus von Natur- und Geisteswissenschaften aufgehoben und die eng abgesteckten Grenzen von wissenschaftlichen Einzeldisziplinen wie Psychologie, Neurologie und Philosophie überwunden.

1986 ist erschienen:
Die Evolution als innere Anpassung an Gott
455 S., fester Einband, DM 98,–

BOUVIER VERLAG · BONN

Urte Finger-Trescher

Wirkfaktoren der Einzel- und Gruppenanalyse

Mit einem Geleitwort von DIETER OHLMEIER
problemata 125. 1991. 328 S. Ln DM 118,-. Br DM 98,-.

Lieferbar

Wie wirkt Psychoanalyse? Welche Faktoren sind es eigentlich, die zu psychischen Veränderungen in der Persönlichkeitsdynamik und Persönlichkeitsstruktur von psychoanalytisch behandelten Menschen führen? Dieser weithin vernachlässigten Fragestellung geht das vorliegende Buch nach und bietet einen ausführlichen Überblick, Vergleich und die Diskussion der - expliziten oder impliziten - Theorien der Wirkfaktoren von den Anfängen der Psychoanalyse bis heute. Dabei ist der englische Sprachraum mit einbezogen. - Kernpunkt der Studie ist der Vergleich aller wesentlichen Konzepte der Einzelanalyse mit denen der psychoanalytischen Kleingruppe. Ein erster Teil untersucht die Problematik der verändernden Faktoren in der psychoanalytischen Methode. Im zweiten Teil folgt die systematische Darstellung sämtlicher relevanter Ansätze zur Kleingruppentheorie. Aus der Diskussion beider Teile entwickelt die Autorin neue Einsichten für die Wirkfaktoren der psychoanalytischen Gruppe. Die Wirkung des Gruppensettings wird als »milde Traumatisierung« erfaßt, die Gruppe als »Übergangsbereich« im Sinne Winnicotts verstanden. Dieser Ansatz ist neu und denkbar geeignet, die in letzter Zeit stagnierende Diskussion über Ziele und Methoden der Gruppenpsychotherapie wiederzubeleben. - Das Buch verschafft einen schnellen und präzisen Überblick über die Thematik. Aufgrund der systematischen Darstellung der wesentlichen Konzepte ist es auch als Arbeits- und Lehrbuch sehr gut geeignet. Chronologische Tabellen der theoretischen Positionen sowie ausführliche Sach- und Personenregister erlauben gezieltes Nachschlagen.

frommann-holzboog
Friedrich Fromann Verlag · Günther Holzboog
Postfach 50 04 60 · D-7000 Stuttgart 50 (Bad Cannstatt)