ISSN 0012-740 X

Dynamische Psychiatrie

Herausgegeben von Günter Ammon

Dynamic Psychiatry

Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse

Günter Ammon
Psychotherapie der Schizophrenie — Paradigmenwechsel in Psychiatrie und Psychoanalyse

Modest M. Kabanov
Social Structure of a Society and Some Problems of Psychiatry

Bernhard Richarz
Kritik der psychiatrischen Rehabilitation aus dynamisch-psychiatrischer Sicht

György Koczan / Sandor Fekete / P. Ozsvath / Karoly Ozsvath
The Adaptation of Ego-Structure-Test developed by Ammon in Hungary — The Process of Validation and First Results

Ilse Burbiel / Renate Bez / Monika Dworschak / Henrike Oetzmann
Zur Stabilität des autokinetischen Lichttests

Hanna Jaklewicz / Krystyna Kierkowska
Changes in the Biological Paradigm in Polish Child Psychiatry

Gerald Mackenthun
Paßt Psychotherapie an »die Gesellschaft« an?

Oskar Sahlberg
»Psychosentherapie« in Balzacs »Buch der Mystik«

Karl Peltzer
On the Relevance of the Oedipus Complex for Psychotherapy in Africa

Rolf Schmidts
Betrachtungen zu Handlbauer: Die Adler-Freud-Kontroverse

Buchbesprechungen

Nachrichten

24. Jahrgang
5./6. Heft 1991

130/131

»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, 5./6. Heft 1991, Nr. 130/131

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 † — . Tokuda, Tokio — E. Weigert, Chevy Chase — Wu Zheng-Yi, Peking.

Inhalt / Contents

Günter Ammon (Berlin/München)
Psychotherapie der Schizophrenie — Paradigmenwechsel in Psychiatrie und Psychoanalyse 263
Psychotherapy of Schizophrenia — A Change of Paradigm in Psychotherapy and Psychoanalysis 274

Modest M. Kabanov (St. Petersburg)
Social Structure of a Society and Some Problems of Psychiatry 277
Soziale Struktur der Gesellschaft und einige Probleme der Psychiatrie 283

Bernhard Richarz (München)
Kritik der psychiatrischen Rehabilitation aus dynamisch-psychiatrischer Sicht 286
Some Critical Remarks on Psychiatric Rehabilitation from a Dynamic Psychiatric Point of View 294

György Koczan / Sandor Fekete / P. Oszvath / Karoly Oszvath (Pecs)
The Adaptation of Ego-Structure-Test developed by Ammon in Hungary — The Process of Validation and First Results 298
Die Adaptation des Ich-Struktur-Tests nach Ammon in Ungarn — Validierungsprozeß und erste Ergebnisse 305

Ilse Burbiel / Renate Rez / Monika Dworschak / Henrike Oetzmann (München)
Zur Stabilität des Autokinetischen Lichttests 308
The Stability of Autokinetic Light Test 319

Hanna Jaklewicz / Krystyna Kierkowska (Danzig)
Changes in the Biological Paradigm in Polish Child Psychiatry 322
Veränderung des biologischen Paradigmas in der polnischen Kinderpsychiatrie 324

Gerald Mackenthun (Berlin)
Paßt Psychotherapie an »die Gesellschaft« an? 326
Does Psychotherapy mean Adjustment to Society? 331

Oskar Sahlberg (Berlin)
»Psychosentherapie« in Balzacs »Buch der Mystik« 334
»Psychotherapy of Psychoses« in Balzacs »Book of Mystics« 342

Karl Peltzer (Frankfurt/Main)
On the Relevance of the Oedipus Complex for Psychotherapy in Africa 345
Über die Bedeutung des Oedipus-Komplexes für die Psychotherapie in Afrika 349

Rolf Schmidts (München)
Betrachtungen zu Handlbauer: Die Adler-Freud-Kontroverse 351

Buchbesprechungen / Book Revies 355
Nachrichten / News 365
Ankündigungen / Announcements 372

Psychotherapie der Schizophrenie — Paradigmenwechsel in Psychiatrie und Psychoanalyse*

Günter Ammon (Berlin/München)

Der Autor geht in dieser Arbeit auf den notwendigen Paradigmenwechsel in Psychiatrie und Psychoanalyse ein als eine Voraussetzung für das Verständnis und die Behandlung der Schizophrenie. Er stellt den in der Dynamischen Psychiatrie bereits vollzogenen Paradigmenwechsel im einzelnen dar wie z.B. sein bereits 1968 entwickeltes Aggressionsverständnis — Aggression ist kein Triebgeschehen sondern ein ich-funktionales Geschehen. Paradigmatisch setzt er anstelle der Libidoenergie die neue Theorie der Sozialenergie. Ein weiteres wichtiges Paradigma der Dynamischen Psychiatrie ist deren spektraltheoretisches Verständnis — nicht Krankheitskategorien sind wesentlich, sondern gleitende Übergänge von Gesundheit und Krankheit. Nach Ansicht des Autors würde ein Paradigmenwechsel in Psychiatrie und Psychoanalyse sich im folgenden ausdrücken: in einem ganzheitlichen Verständnis vom Menschen, in einem dynamischen Denken, in einem dynamischen Verständnis von Krankheit, in einem Entwicklungsverständnis von Krankheit und Gesundheit, in einem gruppendynamisch sozialenergetischen Feldverständnis, in einem ich-funktionalen Verständnis der Aggression, in einer Strukturbehandlung der ganzen Persönlichkeit und in einer optimistischen Einstellung zum Heilen.
Schizophrenie kann psychogenetisch, humanstrukturell und phänomenologisch verstanden und beschrieben werden. Der akute Ausbruch erfolgt von life-event und vom emotionalen Streß abhängig innerhalb des sozialenergetisch-gruppendynamischen Feldes. Bei der Behandlung selbst hält Ammon die alleinige Einzeltherapie für kontraindiziert, eine qualifizierte Therapeutengruppe in einem integrierten verbalen und nonverbalen milieutherapeutischen sozialenergetischen Feld sei die Methode der Wahl. Zwei Punkte sieht er für die Behandlung als grundlegend an: dem Patienten eine Krankheitseinsicht zu ermöglichen und statt psychotischem Agieren ihm eine kreative verbale und nonverbale Ausdrucksmöglichkeit zur Verfügung zu stellen. Begleitende Videoaufnahmen und Hirnstromuntersuchungen sollen für die Überprüfung der Effizienz herangezogen werden. Der Autor postuliert folgende Grundessentials der Psychosen- und Schizophreniepsychotherapie: ein ganzheitliches Menschenbild, ein Entwicklungsmodell, ein integriertes nonverbales und verbales gruppendynamisches mehrdimensionales Behandlungsspektrum, eine Gruppe von Therapeuten mit ständiger Supervisionsarbeit, die Einbeziehung von anderen Wissenschaftsdisziplinen und, last not least, den Menschen als Mittelpunkt, aber auch als Diener der Gruppe.

Unter Paradigmenwechsel verstehen wir einen Wechsel in der Einstellung zur Wissenschaft, zum Menschen, einen Wechsel in der Einstellung zu dem, was man bisher als Krankheit bezeichnet hat, und zu ihren Kategorien; einen Wechsel in der Einstellung, der auch die Einstellung zu sich selber und zu gesellschaftlichen Organisationsformen beinhaltet. Bei einem Paradigmenwechsel in der Psychiatrie geht es deshalb darum, die Einstellung zum Menschen schlechthin und die Vorstellung von Gesundheit und Krankheit wie z.B. von Schizophrenie, Endogenität oder Organizität zu verändern. Dies beinhaltet auch einen Wechsel in der Vorstellung von Körper, Geist und Seele und deren Strukturen und Funktionen. Wir meinen, daß auch eine Einstellungsveränderung zu Fragen des Alters, der Kindheit, zur Zeit, Geschlechtlichkeit, Sexualität, Religion und zu anderen geistigen Dingen notwendig ist.

Ganz wesentlich ist unsere Einstellung, daß Mensch und Leben in Entwicklung und im Prozeß sind, wobei die einzelnen Entwicklungsphasen in denen

* 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.

der Mensch sich befindet — seien sie biologischer, geistiger oder psychischer Art — immer zu sehen sind in Beziehung zu den anderen Menschen. Deshalb heißen wir auch Dynamische Psychiatrie. Ich halte es für ein altes und einengendes Denken, wenn man nun die einzelnen Altersphasen in Form von biologischen Entwicklungsphasen betrachtet, die nicht auf jeden Menschen zutreffen.

Das große Befreiende im Paradigmenwechsel ist die Befreiung von den einengenden Vorstellungen, wie ein Mensch zu sein hat, wenn er krank ist, wie ein Mensch zu sein hat, wenn er alt oder wenn er ein Kind ist; wie ein Mensch zu sein hat, wenn er Mann ist oder Frau — also von den gesellschaftlich vorgeschriebenen Rollenerwartungen, die am Menschen und Leben vorbeigehen. Wir wissen ja, wenn man solche Vorstellungen übernimmt, verhält man sich auch unbewußt entsprechend diesen Vorstellungen. Dazu gibt es zahlreiche psychologische Untersuchungen.

Hier wird der Einstellungswechsel deutlich: statt statischem Denken Prozeß- und Entwicklungsdenken. Wenn ich von Entwicklung spreche, meine ich immer das ganz individuelle Entwicklungsgeschehen im Sinne der Entwicklung der Identität des Menschen von der Geburt bis zum Tod. Damit verbinde ich auch die Aufhebung des statischen Kategoriendenkens. Das Entwicklungsdenken ist der Dynamischen Psychiatrie, wie ich und meine Mitarbeiter sie seit meiner Rückkehr aus den USA weiterentwickelt haben, inhärent.

In meiner therapeutischen Arbeit mit schwer archaisch gestörten Menschen — wozu auch die an Schizophrenie Leidenden gehören — konnte ich immer wieder erfahren, daß das Aggressionsgeschehen nicht mit einer statisch und genetisch vorgegebenen Triebenergie zu tun hat, sondern mit einer Aggressionsentwicklung, die meist über den Umweg einer destruktiven, d.h. zerstörerischen Aggression, zu einer konstruktiven Aggression erfolgt. Diese therapeutischen Erfahrungen in Verbindung mit der Beobachtung der Aggressionsentwicklung beim Kind führten zu der von mir im Jahre 1968 konzipierten Aggressionslehre (*Ammon* 1968). Die Aggressionsdynamik ist Dreh- und Angelpunkt gesunder wie auch defizitärer und destruktiver Humanstrukturentwicklung. Konstruktive Aggression bedeutet, daß der Säugling ein primäres Bedürfnis nach Eindrücken, nach Kontakt und Beziehungen von Beginn seiner Geburt an hat. Die regulatorische Bedeutung der konstruktiven Aggression besteht darin, daß sie andere Humanfunktionen dynamisiert und Handlungen kohärenter und zielgerichteter macht. Die konstruktive Aggression des kreativen »ad gredi« bedeutet auch, sich von der frühkindlichen Symbiose der Primärgruppe schuld- und angstfrei abzugrenzen mit dem Bestreben, eine eigene Identität zu realisieren; m.E. eine der ersten großen Kreativitätsleistungen des sich entwickelnden Kindes. Die klinisch beobachtete destruktive Aggression verstehe ich im Rahmen meines Humanstruktur-Konzeptes als Ausdruck einer reaktiven Verformung der zentralen Humanfunktion der konstruktiven Aggression. Destruktive Aggression ist ursprünglich konstruktive Aggression, welche keine menschliche Beziehung fand, in der sie sich betäti-

gen konnte und in der sie verständnisvoll angenommen wurde. Diese ursprünglich konstruktive Aggression richtet sich reaktiv gegen die eigene Humanstruktur oder gegen die Umwelt als destruktiv bzw. als defizitär gewordene Aggression. Destruktiv-defizitäre Aggression bedingt eine umfassende Erfahrungs- und Entwicklungsunfähigkeit des Menschen.

Humanstruktur ist nach unserem Sprachgebrauch die lebensgeschichtlich gewachsene und ständig sich im Prozeß befindliche Persönlichkeit des Menschen mit einer großen Varietät von Human- oder Persönlichkeitsfunktionen in Abhängigkeit von den sozialenergetischen Einflüssen umgebender und begleitender Gruppendynamiken. Umfassende Grundstrukturen des Menschen sind nach unserer Lehrmeinung: die nichtbewußte psychologische Basis der Persönlichkeit, das Bewußte mit seinen Erlebens- und Verhaltensweisen und das Organisch-Biologische der Persönlichkeit. Unsere sozialenergetische, gruppendynamische Feldvorstellung hat das frühere Interaktionsmodell nicht nur im Hinblick auf Gruppendynamik erweitert, sondern es bezogen auf Leben und Entwicklung des Menschen in Gesundheit und Krankheit.

Habe ich vor 15 Jahren noch von einem unspezifischen Energiereservoir gesprochen, das die Entwicklung des Menschen vorantreibt, so ist es aufgrund gezielter Beobachtungen in der klinischen Erfahrung immer deutlicher geworden, daß diese psychische Energie, die den Humanstrukturaufbau bewirkt und damit das Persönlichkeitswachstum bestimmt

a) keine physikalische Größe sein kann, sondern eine psychische Realität darstellt, die über Erleben und Verhalten beschrieben und gemessen werden kann und

b) immer gruppen- bzw. personabhängig ist.

Habe ich im ersten Band des Handbuches der Dynamischen Psychiatrie (*Ammon* 1979) vom narzißtisch-energetischen Prinzip der Sozialenergie gesprochen, so habe ich diese Sichtweise in den letzten Jahren aufgrund weiterer klinischer Studien differenziert. Wir konnten herausfinden, daß es immer beide Elemente sind, nämlich sowohl eine narzistische Bestätigung der Persönlichkeit in ihrem Sein und Handeln, wie auch ein sozialenergetischer Austausch, d.h. Auseinandersetzung, Interesse, Kritik und Infragestellen, was in einem ausgewogenen regulierten Verhältnis zu einem Humanstrukturwachstum führt, und zwar sowohl in der nachholenden Humanentwicklung psychisch Kranker, wie auch im Sinner von Identitätserweiterung bei weitgehend gesunden Menschen.

Der in der frühen Lebensgruppe erfahrene sozialenergetische Austausch, der bestimmt wird durch die diese Gruppe kennzeichnende Gruppendynamik, ist verantwortlich für die spezifische humanstrukturelle Entwicklung des Kindes und damit für seine weitere Entwicklung. Sozialenergie hat damit Transmitterfunktion zwischen der Gruppendynamik einer Gruppe und den humanstrukturellen Konsequenzen für die Gruppenmitglieder. Sozialenergie als psychische Energie ist damit als motivationaler Faktor im Entwicklungsprozeß von Individuen zu verstehen, wobei die Motivation sich sowohl auf das Sein

wie auch auf das Verhalten des Menschen bezieht. Angewendet auf das Humanstrukturmodell bedeutet das, daß Sozialenergie die Energie ist, die den Strukturaufbau veranlaßt, daß Humanstruktur sozusagen als geronnene Sozialenergie zu verstehen ist.

Identität ist die Summe sozialenergetischer Felderfahrungen des Lebens in quantitativer und qualitativer Hinsicht, wobei Identifizierungsprozesse und transitorische Identifikationen eine Rolle spielen. Identität ist eine zentrale Koordinierungs- und Regulierungsfunktion des nichtbewußten Ich. Sie macht gleichzeitig auch die augenblickliche Ganzheit der Persönlichkeit aus und ist kontinuierlich in Entwicklung begriffen. Die Kraft der Identität hat konstruktive, destruktive und defizitäre Tendenzen.

Einen grundlegenden Paradigmenwechsel stellt auch die von mir entwickelte Spektraltheorie dar mit dem Konzept von gleitenden Übergängen von Gesundheit und Krankheit, von Körper, Geist und Seele. So ist es auch ein Paradigmenwechsel, daß uns bei unseren Kranken nicht nur ihre Störungen, sondern der ganze Mensch interessiert. Dabei nehmen auch die Geschichte seiner Gesundheit, seine Liebes- und Leistungsfähigkeit, seine Träume, seine Wünsche und Bedürfnisse, seine besondere Sexualstruktur und Körperlichkeit einen wichtigen Platz in unserer diagnostischen und behandlungsmethodischen Planung ein.

Durch meine Auseinandersetzung mit der Borderline-Erkrankung, die in meiner langjährigen Tätigkeit in der Menninger-Klinik und Foundation begann, wurde mir das Denken in Krankheitskategorien fraglich und an dessen Stelle trat das Denken in Prozessen und Veränderungen der strukturellen Störungen. Auch die traditionelle Psychoanalyse sah sich gezwungen, Modifikationen sowohl in ihrer Theoriebildung, wie auch in ihrer Behandlungsmethodik vorzunehmen, als sie ihre Selbstbeschränkung auf die reine Neurosentherapie aufgab und begann, sich mit psychosomatischen Erkrankungen zu beschäftigen und sich für Grenzfallerkrankungen und Psychosen zu interessieren. Desgleichen wurde und wird es für die Schulpsychiatrie und die damit verbundene Anstaltspsychiatrie immer schwieriger, sich den Forderungen der jüngeren Psychiatergeneration nach Reformen auf allen Gebieten der Psychiatrie zu entziehen, wie z.B. der Forderung nach Einführung von Psychotherapie und weiterführenden sozialpsychologischen Maßnahmen, nach weit mehr qualifiziertem Personal mit Fort- und Weiterbildung, nach Reduzierung unnötiger Bürokratie o.a. Bei der Psychiatriereform zeigt sich die Notwendigkeit eines Paradigmenwechsels am radikalsten und deutlichsten. Er hat hier eine über die Wissenschaft hinausgehende gesamtmenschliche und gesellschaftliche Bedeutung, weswegen auch an diesem Punkte die Abwehr der verbündeten Vertreter erstarrter Lehrmeinungen am erbittertsten ist, welche leider auch starke Unterstützung durch Industrie und staatliche Apparate findet. Es sei nur erwähnt, daß die Erfüllung der Basis-Reformforderung nach Abbau der Großkliniken und Errichtung von kleineren 100-Betten-Kliniken, nach Einstellung von bedeutend mehr qualifiziertem Personal und Reduzierung der

Mengen von sinnlos verschriebenen Psychopharmaka enorme Kosten verursachen und gleichzeitig der Psychopharmaka-Industrie Milliarden Mark entziehen würde.

Eine häufig an mich gerichtete Frage ist: Was ist denn bei Ihnen anders als in der herkömmlichen Psychiatrie oder Psychoanalyse? Ich kann darauf antworten, daß rein äußerlich gesehen bei unserer Psychosentherapie nichts Besonderes oder Spektakuläres abläuft. Daher sind immer wieder Besucher unserer Klinik, die etwas Spektakuläres z.B. Urschrei, Körperbehandlung oder Encounter-Techniken erwarten, bitter enttäuscht. Wesentliche Unterschiede zur herkömmlichen Psychiatrie und Psychoanalyse sind jedoch vorhanden. Diese betreffen hauptsächlich den Charakter des Einstellungs- und Beziehungsaspektes und die Vorstellung von

1. dem Menschenbild;
2. dem Krankheits- und Gesundheitsverständnis;
3. der Theorie und Methodik einer integrierten multidimensionalen verbalen und nonverbalen Psychotherapie mit einem Team verschiedener Therapeuten mit jeweils individuell verschiedenen Schwerpunkten wie ich das im folgenden noch ausführen werde;
4. der Theorie und Praxis der Fort- und Weiterbildung, die weit über die üblichen Forderungen hinausgehen;
5. der psychologischen Diagnostik der Effizienzuntersuchung und der Forschung, die dazu dienen von Beginn der Behandlung an basierend auf einem in der ersten Case-Konferenz erarbeiteten Verständnis des Patienten ein Behandlungsprogramm zu entwerfen, das auch die Vorstellung miteinschließt, wie sich das Leben des Patienten in die Zukunft hinein gestalten könnte.

Ich hoffe, daß aus meinen bisherigen Ausführungen deutlich wird, worin wir den grundlegenden Denk- und Einstellungswandel, d.h. den Paradigmenwechsel, in Psychiatrie und Psychoanalyse sehen. Er bedeutet ein Denken weg vom statischen hin zum dynamischen Denken, weg von Krankheitskategorien hin zum spektraltheoretischen Krankheitsgeschehen, weg von dualer Triebenergie hin zur gruppendynamischen sozialenergetischen Feldenergie, weg vom Destruktionstrieb hin zur Aggression als Persönlichkeitsfunktion, weg vom reduktionistischen hin zum ganzheitlichen Verstehen des Menschen, weg von der Symptombehandlung hin zur Strukturbehandlung, weg vom Mythos der Unheilbarkeit hin zum Optimismus des Heilens, wobei der Weg das Ziel ist.

Die Schizophrenie ist eine psychiatrische Krankheit mit schwer beeinflußbaren Einengungen aller Lebensfunktionen des Menschen, ganz besonders der Wahrnehmung, des Denkens, der Affekte und Emotionen, des Narzißmus, der Aggression und der Angst, des Kontaktes und der sozialenergetischen Beziehungen, der Tätigkeit und des Arbeitens, sowie der Sexualität. Psychogenetisch betrachtet hat eine Entwicklungshemmung und destruktiv-defizitäre Störung in der frühen symbiotischen Zeit noch vor Entwicklung der Sprache stattgefunden. Der akute Ausbruch der schizophrenen Reaktion ist Umwelt-

und life-event-abhängig, bedingt durch starken emotionalen Streß innerhalb des umgebenden sozialenergetisch-gruppendynamischen Feldes und oft verbunden mit dem Verlust von wichtigen Symbiosepartnern. Humanstrukturell gesehen verstehe ich unter Schizophrenie die Desintegration und Spaltung der wichtigsten Humanfunktionen, wobei bei den psychischen Strukturen die Störung der Identität und das stark defizitäre Handlungs- und Verhaltens-Ich des Bewußtseins die Krankheit beherrschen. Die zur Struktur gewordene, geronnene Sozialenergie der frühen Primärgruppendynamik äußert sich phänomenologisch in den von *Eugen Bleuler* beschriebenen Grundstörungen wie der Ambivalenz, der assoziativen Störung, der affektiven Inkongruenz und den zusammengesetzten Störungen, wozu insbesondere als übergreifendes Symptom der Autismus gehört. Das humanstrukturelle und funktionelle Verständnis dieser Störungen habe ich im Handbuch der Dynamischen Psychiatrie Band I (*Ammon* 1979) ausführlich dargestellt.

Die Diskussion über die Heredität, Konstitutionalität und Dispositionalität der Schizophrenie hat für meine Konzeption und mein Anliegen einer Schizophrenie-Psychotherapie eigentlich keine Bedeutung. In der Einstellung der Therapeuten ist das Hereditätsdenken für die Heilung des Patitenten schädlich.

Die Kernfrage, die sich aus dem Paradigmenwechsel für die Psychosen- und Schizophreniepsychotherapie ergibt, lautet: Ist es möglich, durch psychotherapeutische Methodik die der Schizophrenie zugrunde liegende psychotische Humanstruktur zu erkennen, psychologisch zu verstehen und zu verändern? Unsere klinische Erfahrung führte uns hier weg von der Einzeltherapie zu der Therapie durch eine Gruppe verschiedener qualifizierter Therapeuten in einem multidimensionalen verbalen und nonverbalen, gruppendynamischen und milieutherapeutischen energetischen Netz, in dem auch die Patienten untereinander eine sozialenergetische und co-therapeutische Funktion haben. Nach einem grundsätzlichen und ausgedehnten Studium der vorwiegend psychoanalytischen Pioniere der Psychosentherapie wie *Paul Federn, Jan Rosen, Gertrude Schwing,* Madame *Sechehaye, Harry Stack Sullivan, Frieda Fromm-Reichmann, Arieti, Benedetti, Searles* u.a. müssen wir besonders aus den Fehlschlägen lernen, zu denen u.a. die Behandlungen der Patienten von *Rosen* oder der Renée von Madame *Sechehaye* gehören, daß es nach unserer Ansicht eine Überforderung des Therapeuten ist, alleine die gesamte sozialenergetische Last und symbiotische Forderung dieser Patienten zu tragen. Bekanntermaßen kannten die oben aufgeführten Pioniere nur die Einzeltherapie oder höchstens die Einzeltherapie im Medium der Klinik, wobei die Berücksichtigung gruppendynamischer Aspekte fehlte. Mit anderen Worten: Es lag der therapeutische Prozeß völlig beim einzelnen Therapeuten und seinem einzelnen Patienten und dies bestimmte allein Erfolg oder Mißerfolg der Therapie. Aufgrund meiner nunmehr 35-jährigen Erfahrung in der Schizophrenietherapie kam ich zu der Überzeugung, daß man unmöglich den Behandlungsprozeß an eine einzige Person binden kann; zumal diese einzige Person dann immer erreichbar

sein muß und bei Urlaub, Krankheit oder Dienstreisen des Therapeuten der Patient oft starke Verlassenheitsängste mit Rückfällen und psychotischen Reaktionen oder suizidaler Gefährdung erfährt. Ich erinnere eine Patientin, deren hoch qualifizierter Therapeut einen unvorhergesehenen Urlaub antrat. Sie erlebte daraufhin eine so große Verlassenheit, daß sie von einer hohen Eisenbahnbrücke heruntersprang.

Aus meiner heutigen Sicht würde ich die ausschließliche Einzeltherapie als grundsätzlich kontraindiziert bei Schizophrenie- und Psychosentherapie ansehen. Bei der von mir eingeführten multidimensionalen Konzeption der Behandlung, bei der eine sozusagen unsichtbare Gruppe von Therapeuten die verbalen und nonverbalen Therapien auf einen Patienten konzentriert, wird der Patient besonders, was die nonverbalen Therapien angeht, vorwiegend in Gruppen behandelt. Dabei wird der Behandlungsprozeß durch die Kontrollgruppe der Therapeuten koordiniert, integriert und kontinuierlich kontrolliert. Besonders intensiv habe ich mich selbst mit nonverbalen Therapieformen wie Maltherapie und Tanztherapie beschäftigt und darüber veröffentlicht (*Ammon* 1957, 1972, 1986). Zusätzlich bietet eine Dynamisch-Psychiatrische Klinik Musik-, Theater-, Reit- und Sporttherapie an.

Die nonverbalen und verbalen Therapieformen werden nach Beendigung einer mehrwöchentlichen und in eine Case-Konferenz einmündenden diagnostischen Untersuchung individuell verordnet. Die verbale Therapie besteht in der Regel aus einem oder zwei Einzeltherapeuten, einem oder mehreren Ansprechpartnern aus dem Team für Fragen und Probleme des täglichen Krankenhauslebens und aus der Teilnahme an einer Gruppentherapiegruppe, die von einem Seniortherapeuten und einem oder mehreren Junior-Cotherapeuten (Ärzte und Psychologen) geleitet wird. Wiederum in anderer Gruppenzusammensetzung und -struktur ist jeder Patient Mitgleid einer Milieugruppe, d.h. einer kleinen therapeutischen Lebensgemeinschaft auf Zeit, in der er an Arbeitsprojekten des Milieus mitarbeitet und die ihn den ganzen Tag hindurch begleitet: diese Gruppen essen gemeinsam, haben ihre Tische im Speisesaal gemeinsam und wählen sich ihre Arbeitsprojekte selbst aus, wie z.B. den Bau eines Brunnens, die Errichtung einer Biotop-Anlage oder eines Gartenpavillons. Jede Milieugruppe wählt sich einen Mitpatienten zum Projektleiter. Die Gruppen werden von Milieutherapeuten, in der Regel Diplompsychologen, geleitet. Zusätzlich zu den Mileugruppen gibt es die Interessengruppen, die an Abenden, Sonn- und Feiertagen aktiv sind, wie die Literaturgruppen, die Sprachstudiengruppen, eine Druckerei-Gruppe, die z.B. die Patientenzeitschrift druckt; eine Video-, eine Filmgruppe, die von den Patienten ausgewählte Filme zeigt. Auch diese Interessengruppen werden von Mitarbeitern, die die therapeutische Seite der Projekte vertreten, geleitet. Hinzu kommt die Teilnahme an der zweimal wöchentlich stattfindenden Großgruppe aller Patienten und Teammitglieder, die vom Chefarzt und vom Oberarzt geleitet wird. Die Großgruppe repräsentiert das gesamte therapeutische Geflecht der Klinik und funktioniert gleichzeitig als eine Art Patientenparlament, eine Ein-

richtung, die uns seit langem aus der uns nahestehenden Sozialpsychiatrie her bekannt ist.

Die Leiter der verschiedensten verbalen und nonverbalen Gruppen konzentrieren sich wiederum auf einzelne Patienten und bilden so eine Gruppe von Therapeuten, die einen einzelnen Patienten behandelt, während sonst ein Therapeut eine ganze Gruppe von Patienten behandelt. Ein Milieu- oder ein Gruppentherapeut behandelt also gleichzeitig verschiedene Einzelpatienten, die er in verschiedenen Gruppen sieht mit ihrer jeweils spezifischen Dynamik bei jeweils unterschiedlicher therapeutischer Zielsetzung. Bei der formalen und in sich geschlossenen Gruppentherapiegruppe wird sich der Therapeut im wesentlichen mit der Psychopathologie und ihren humanstrukturellen und analytischen Aspekten auseinanderzusetzen haben, während in den milieutherapeutischen Gruppen der Therapeut sich vorwiegend mit den Aspekten von Arbeit und Tätigsein und mit den den Patienten zur Verfügung stehenden Fähigkeiten und Begabungen bzw. deren Defiziten und destruktiven Verformungen zu beschäftigen hat. Weiterhin wird er mit der Frage der Identität der Patienten, mit der Angst sowie mit der Gruppendynamik wie z.B. der Zusammenarbeit in der Gruppe, mit Untergruppenbildungen, Zersplitterungen, Destruktionen und Leitersturzdynamiken, mit Angstbündnissen und Isolierungen zu arbeiten haben.

Manch erfahrener Psychoanalytiker und Psychiater hat gelegentlich festgestellt, daß eine einzelanalytische Sitzung nach der Standardmethode geradezu eine Erholung ist im Vergleich zu den großen Anforderungen, die die Milieugruppe an ihn stellt. Bei überstarken narzißtischen und destruktiven Tendenzen der Patienten ist die Standardmethode nicht geeignet, und es kann zum Abbruch der Therapie kommen, zumindest aber zu massivem Agieren bis hin zum Suizid. Das von mir so bezeichnete milieutherapeutische, sozialenergetische, gruppendynamische Feld tritt bei der Psychosentherapie an die Stelle der freien Assoziation innerhalb der Standardmethode auf der Couch. Die oben beschriebene gesamttherapeutische, milieutherapeutische Einzel- und Gruppenarbeit in der Klinik ist die Therapie der Wahl für die heute immer zahlreicher werdenden Patienten des schweren narzißtischen Borderline- und Schizophrenie-Syndroms mit den jeweils verschiedenen Facetten des Agierens innerhalb der verschiedenen Human-Funktionen und -Strukturen, wobei Zerstörungswut, Psychosomatik, Depression, Sucht, destruktive Sexualität und gelegentliche psychotische Ausbrüche das Krankheitsbild bestimmen.

Die Grundtendenz der Behandlungsmethodik ist dabei, dem Patienten die Möglichkeit zu geben, in ein kontrolliertes und überschaubares Feld hineinzuagieren. Durch die Einbettung in die verschiedensten Gruppen und therapeutischen Beziehungen kann eine Aufsplitterung und damit Abschwächung von feindseligen und lähmenden angstmachenden Übertragungen und besonders Projektionen erzielt werden, um damit den therapeutischen Kontakt zu erhalten und die Schwierigkeiten des Patienten einer Bearbeitung zuzuführen. Wichtig ist dabei:

1. dem Patienten zur Krankheitseinsicht zu verhelfen, nämlich daß er die egosynton erlebten Verhaltens- und Erlebnisweisen seiner Charakter- und Persönlichkeitspathologie als krank, d.h. als ich-fremd bzw. ego-alien, erkennen kann;
2. dem Patienten durch die im therapeutischen, sozialenergetischen Milieu gebotenen Möglichkeiten von kreativem, verbalen und nonverbalen Ausdruck entsprechend seinen Potentialen im Zuge der Identitätstherapie etwas Wertvolleres anzubieten als z.B. die Droge oder das psychotische Wutagieren.

Bei der Schizophrenie sollte unsere Behandlung vorwiegend eingesetzt werden, und zwar möglichst im beginnenden Stadium und im jugendlichen Alter. Hierbei ist es ganz besonders wichtig, die Anwendung der Standardmethode zu vermeiden, weil beginnende psychotische Prozesse durch eine Öffnung des Unbewußten verstärkt würden, so daß dann schließlich der offene Ausbruch der Psychose nicht mehr zu verhindern wäre. Denn bei diesen Patienten ist gerade die Regulation der Abgrenzung zum Unbewußten wie aber auch zur gruppendynamischen Umwelt gestört. Wie wir wissen, konzentriert sich die Neurosenbehandlung auf die Aufhebung von Verdrängung, d.h. der Öffnung der Grenzen zum Unbewußten, während bei der Behandlung psychotischer, d.h. weit geöffneter Abgrenzungsstrukturen (bei sog. Verdrängungsschwäche) dem Patienten geholfen werden muß, sein Interesse abzuziehen von seiner als bedrohlich erlebten inneren Welt und sich Schritt um Schritt mehr der äußeren Welt zuzuwenden.

Dies geschieht über die Brücke seiner Arbeitsbeziehung zum Therapeuten und der therapeutischen Bearbeitung der dabei entstehenden Ängste. Die oben aufgeführte Vielfalt der therapeutischen Beziehungsmöglichkeiten kommt hierbei voll zum Tragen wie z.B. bei der Bearbeitung von Angst und Identität innerhalb der Maltherapie und der Theatertherapie, wo der Patient sich in der Regel selber malt oder spielt, sozusagen innerhalb der Therapie agiert. Verbal gehemmte Patienten können sich in der humanstrukturellen Tanztherapie ausdrücken mit der dort möglichen Körper- und Bewegungssprache wie Mimik und Haltung, mit der Möglichkeit des sich Raum-nehmens in der Bewegung, mit der Bewegung an sich wie Drehung und Sprüngen, mit der Auswahl des Tanzkostüms und mit der Auswahl der Musik einschließlich des Tanzens auf Trommeln oder des Tanzens ohne Musik. Unsere Erfahrung dabei ist, daß die sog. Schweiger unter den Patienten, die vorwiegend im schizophrenen Formenkreis anzutreffen sind, ihre Sprache wiederfinden oder überhaupt erst entdecken können. In der Theatertherapie spielen die Patienten oft ihre eigene Pathologie, wie z.B. einen Säufer oder sie spielen entfremdende Rollen wie z.B. Tiere, Pflanzen oder verzauberte Wesen. Sie spielen diese Rollen so oft, bis sie sie als krank und fremd empfinden, womit auch ein Wendepunkt in ihrem gesamten therapeutischen Prozeß eintreten kann. Sie übernehmen dann eine andere Rolle in dem Theaterstück, die ihrem therapeutischen Fortschritt entspricht. In den begleitenden verbalen Therapieformen, besonders in der Einzel- oder Gruppentherapie berichten sie dann Schritt um Schritt über ihr Erleben dabei.

Unterstützend bei der gesamten Arbeit sind die kontinuierlichen Video-Aufnahmen, die den therapeutischen Prozeß begleitenden Testuntersuchungen mit dem von uns entwickelten Ich-Struktur-Test und die Hirnstromuntersuchungen. Ziel ist dabei, die Effizienz unserer therapeutischen Arbeit zu überprüfen und das gesamte therapeutische Prozeßgeschehen des jeweiligen Patienten zu untersuchen, um feststellen zu können, wo der Patient zur Zeit in der Behandlung steht. Bei den Hirnstromuntersuchungen interessiert uns z.B., ob der Patient die tieferen Schlafphasen mit ihren Deltawellen erreicht bzw. nicht erreicht hat; es interessiert die Struktur des Schlafprofils, die Gestaltung der REM-Phasen und des Traumverhaltens in den Intervallen zwischen den REM-Phasen und vieles mehr, worüber von unserem diagnostischen Forschungsteam mehrfach berichtet wurde.

Bei den nonverbalen Methoden gleich welcher Art sollte immer im Auge behalten werden, daß sie eine Brücke zur später möglichen verbalen Äußerungsform des Patienten darstellen. Eine große Rolle spielt dabei das Feedback durch den Therapeuten und die Gruppe sowie das eigene Sprechen des Patienten über sein Erleben während des nonverbalen Ausdrucks. Von großer Bedeutung ist dabei: 1. die sog. Bildersprache, 2. die Konzentration auf die positiven Aspekte, d.h. auf das gezeigte kreative Potential des Patienten. Ähnlich wie bei der verbalen Interpretation ist auch bei der nonverbalen Arbeit gerade die Bildersprache therapeutisch besonders wirksam und ersetzt hier die kontraindizierte freie Assoziation. Von Zeit zu Zeit ist es nötig, mit der Methode der paradoxen Intervention zu arbeiten, besonders dann, wenn man möglichst schnell den therapeutischen Prozeß hemmende Symptome beseitigen will, wie ich dies z.B. manchmal bei schwersten Lern- und Arbeitsstörungen mache. Bei besonders hartnäckig verleugneter Krankheitseinsicht sind fundierte, manchmal auch die Bildersprache benutzende Konfrontationen nötig, auch besonders beim Arbeiten mit dem Symbiosekomplex und dem symbiotischen Übertragungswiderstand.

Bei der Bearbeitung der Gegenübertragung, manchmal auch der Übertragung oder der Projektion oder bei narzißtischen Widerständen der Mitarbeiter des therapeutischen Teams wird es nötig sein, im Hier und Jetzt die Widerstände direkt in Form der »direct analysis« (*Rosen*) anzugehen wie bei einer Interpretation in einem milieutherapeutischen Feld. Das Gleiche gilt auch für die Ausbildungskandidaten in unseren psychoanalytischen Ausbildungsinstitutionen. Dies ist ganz besonders deswegen indiziert, da einer der häufigsten Lernwiderstände von werdenden Therapeuten die Intellektualisierung ist. Intellektuelle Interpretation und auch ihre Annahme führt oft zu einem Zirkelschluß und einer Art Kumpanei zwischen Analytiker und Analysanden, bleibt aber effektlos für die Entwicklung des Analysanden.

Alle Therapie ist ein vorwiegend emotionaler Lernprozeß mit kognitiven Elementen. Dabei ist der wichtigste Grundsatz, daß der Patient von Konkretismus und konkreter Denkbefangenheit befreit und hingeführt wird zur Relativierung seiner Grübel- und Angstgedanken, seiner Schuldgefühle, seiner

depressiven Hemmung hin zu einem Erleben seiner Persönlichkeit und Identität auf einer höheren konzeptionellen Ebene seines Erlebens und Verhaltens.

Was die Psychosentherapie angeht, so braucht nicht jeder Patient eine psychotherapeutische psychiatrische Behandlung im Schutze einer therapeutischen Klinik zu erhalten. Wir haben von unseren gemeinnützigen Gesellschaften, nämlich der Deutschen Akademie für Psychoanalyse in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Dynamische Psychiatrie und der Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft eine Behandlungskette aufgebaut mit privaten Praxen, Ausbildungsinstituten, therapeutischen und freien Wohngemeinschaften und ambulanter Milieutherapie auf Zeit in Milieutherapeutischen Zentren, die vielen Patienten einen Klinikaufenthalt ersparte und besonders effektiv bei der Schizophrenie- und Borderline-Psychotherapie war und ist. Hierbei ist noch die Wirksamkeit einer zeitweiligen Verlagerung von Patientengruppen zu einer extramuralen stationären Milieupsychotherapie in unsere Zentren Paestum/Neapel und Stelzerreut/Passau zu erwähnen — Einrichtungen von höchster Effektivität.

Abschließend möchte ich die grundlegenden Elemente, die die Dynamische Psychiatrie zu einem integrativen Modell für die Psychosen- und Schizophreniepsychotherapie machen, noch einmal kurz zusammenfassen:

1. Voran steht das Menschenbild. Es ist ein ganzheitliches Menschenbild, das den Menschen als primär gruppendynamisch bestimmtes, individuelles Wesen mit einem Bedürfnis nach Identität, Selbstverwirklichung und einem Sinn im Leben auffaßt.
2. Auf der Ebene der Theoriebildung ist das Entwicklungsmodell eines der zentralen integrativen Konzepte innerhalb der Humanstrukturologie. Hierzu gehören: das Identitätsprinzip, das Humanstrukturmodell, der Symbiosekomplex, die Lehre von der Sozialenergie, die Spektraltheorie sowie das dynamische Denken verbunden mit dem gruppendynamischen Prinzip.
3. Hinsichtlich einer Therapietheorie ist das oben dargestellte gruppendynamische und mehrdimensionale Behandlungspektrum als integrativ anzusehen.
4. Auf der Ebene der direkten therapeutischen Intervention sehe ich das Netz des behandelnden therapeutischen Teams und der Großgruppe, ebenso wie das gruppendynamische Prinzip in der Supervisionsarbeit als integrativ. Hierzu gehört auch das Therapieziel der Identität, auf dem das therapeutische Bündnis zwischen dem Leidenden und dem Therapeuten beruht und das die Haltung des Therapeuten gegenüber dem Patienten bestimmt.
5. Dynamische Psychiatrie wird auch immer Erkenntnisse anderer Wissenschaftsdisziplinen mit einbeziehen wie Psychiatrie, Psychoanalyse, akademische Psychologie, Neurophysiologie, Gruppendynamik und Psychosomatik, Philosophie, Pädagogik, Soziologie, Anthropologie und Rechtswissenschaften. Diese Wissenschaftsdisziplinen werden sich ihrerseits durch unsere Arbeit bereichern können.
6. Das hauptsächliche integrative Prinzip unserer Wissenschaft liegt darin, daß im Mittelpunkt der Menscht steht, der wesensgemäß ebenso Teil wie auch Diener der Gruppe ist, den die Gruppe auch fördert und heilt.

Lassen Sie mich nun zum Schluß kommen: Heilen kann nur der, der an Heilung glaubt, selbst wenn sich die Vorstellung darüber, wie geheilt werden kann, prozeßhaft immer wieder ändert im Laufe der Wissenschaftsentwicklung. Die Vorstellung, z.B. die Schizophrenie sei unheilbar bzw. ein Patient sei unheilbar, verunmöglicht an sich schon Heilung. Nur ein zum Menschen hin offenes Wissenschafts- und Behandlungssystem, das selbst immer wieder von neuem Veränderungen durchschreitet, ist eine Wissenschaft, die dem Menschen dient.

Psychotherapy of Schizophrenia — A Change of Paradigm in Psychotherapy and Psychoanalysis

Günter Ammon (Berlin/München)

A change of paradigm as regarded by *Ammon* is a change in the approach to science, to the image of man, to an understanding of mental illness, which also includes a change in the approach to oneself and social forms of organisation. A change of paradigm in psychiatry requires an alteration in the attitude towards man, in the conception of illness and health, of body, spirit and mind with their structures and functions. In the Dynamic Psychiatry as it has been further developed by *Ammon* and his collaborators, such a change of attitude has taken place. It is marked by thinking in terms of development. With regard to health and illness, man is seen in his entirety, being constantly in a process of development.

In the following text individual areas are described, in which a paradigmatic change in psychiatry and psychoanalysis has already taken place. In his therapeutic work with archaically ego-disordered patients, especially with schizophrenic patients, *Ammon* has developed an idea of aggression, which is no longer based on the conception of a statically and genetically given drive-energy. In his concept, aggression is a human function which is predominantly constructive, but which has been deformed into a reactive-destructive way.

A further step in the sense of a change of paradigm has been made by developing a conception of a social energy. As a consequence, the ideas of an unspecific reservoir of energy and of interaction have been given up. Instead, the idea of psychic energy has been formulated. It is no physical dimension but a psychic reality, which can be described and measured in terms of behaviour and experience. The personality of man with its different human functions, described as human structure, is in continous development under the influence of group dynamic and social energy.

A further change of paradigm concerns the spectrum theory developed by *Ammon,* according to which there is a gradual transition between health and illness. Not only a patient's disorder, but the entire human being is considered. The diagnosis and treatment of a patient also takes into account the con-

structive elements of his personality as well as his desires and needs, his ability to love, his capacities and his physical condition. Because of the treatment of psychosomatic diseases, borderline-syndrome and psychosis the theory and therapy of traditional psychoanalysis had also to be altered.

Nevertheless, substantial differences between Dynamic Psychiatry and conventional psychiatry and psychoanlysis exist in the following areas: the approach and relation to the view of man; to the concept of health and illness; the theory and methods of an integrated multidimensional verbal and nonverbal psychotherapy; studies in the field of diagnostics and efficiency research. In summary, the change of paradigm comprises a dynamic rather than a static way of thinking; of spectrum theory rather than in terms of categories of disease; groupdynamic social energetic field theory rather than dual drive energy; aggression as a function of personality rather than reduced thinking; treatment of structure rather than treatment of symptoms; optimism towards curability rather than an approach on the basis of incurability.

The second part of this paper deals with schizophrenia and its treatment. Schizophrenia according to *Ammon* is a disorder in all life-functions. In a psychogenetic sense this is based on arrested development and destruktive-deficient disorder within the symbiotic phase of development before the ability of speech is developed. Eruption of an acute psychosis is dependent on life events, accompanied by emotional stress within the social-energetic group dynamic field, and frequent loss of a symbiotic partner. From the viewpoint of human structure there is desintegration and splitting of the essential human functions together with a disorder in identity and ego-demarcation and with severe ego-deficiency.

According to *Ammon,* individual therapy is contraindicated within the psychotherapy of schizophrenia. There should be a social-energetic network of milieutherapy and verbal and nonverbal therapeutic methods, in which patients support each other in a cotherapeutic way. Only a qualified group of therapists is able to meet the symbiotic demands and social energetic burden of such patients. We have to learn from the failures of the pioneers of schizophrenia therapy, especially from *Sechehaye* and *Rosen.* Nonverbal forms of therapy are of particular importance in the treatment of schizophrenia. For example, verbally inhibited patients have the possibility to communicate via the language of body and movement in dance-therapy. In painting- and theatre-therapy patients can paint and play themselves. They can act out their pathology within the therapy and are finally able to experience it as ego-alien. The accompanying verbal forms of therapy, particularly individual- and group-therapy offer the patients an opportunity to report in detail what they have experienced. Within milieutherapy the patients live together in a close-knit group for a limited period of time. They share work and leisuretime. There are numerous activities in which patients can participate, according to their inclinations. Twice a week all patients and staff-members of the clinic meet as a comprehensive group under the direction of the head physician.

This represents the entire network of the clinic, so that a whole group of therapists is available for the treatment of a single patient.

Ammon has worked particularly successful with patients who are narcissistic-paranoic in the core of their personality. In this respect, the method of free association is replaced by the standard method of the groupdynamic and social-energetic network of the milieutherapy. The patient can act out his pathology within a controlled and accessable environment, whereby hostile and anxiety producing transferences and projections are dispersed. The patients are enabled to gain insight into their diseases so that they perceive the pathological part of their personality as ego-alien. Thereby, they learn to express themselves in a creative verbal and nonverbal way in the sense of an identity therapy. They gain something more valuable than drugs or psychotic acting-out of rage. In view of the wide open demarcation structures of these patients, it is necessary to withdraw their interest from the inner life, which they experience as threatening, to the outer world of reality. In this connection, extramural milieutherapy in milieutherapeutic centres may be very helpful. A therapy of psychosis may also be carried out with out-patients. For this purpose privat practices, as well as therapeutic and free communes are suitable, but also half-way houses, day and night clinics and milieu-therapy-centers.

In summary, the following elements are important for a therapy of psychosis and schizophrenia in the sense of the Dynamic Psychiatry:

1. The holistic view of man, which is related to groups.
2. The model of development comprising the principle of identity, the model of human structure, the symbiosis complex, the social energy concept, the spectrum theory and the dynamic way of thinking, together with the groupdynamic principles.
3. The group-dynamic and multidimensional spectrum of treatment, which integrates the nonverbal and verbal methods of treatment.
4. The network of therapists and the whole group whose alliance is based on the therapeutic goal of identity.
5. The incorporation of other scientific approaches.
6. The predominant idea of human nature as an integrative principle is in the centre of interest.

Ammon concludes with the comment that only those are able to cure who believe in curing. A science aimed at serving humanity must be open-minded and continuously develop itself.

Literatur beim Verfasser

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

Social Structure of a Society and Some Problems of Psychiatry**

Modest M. Kabanov (Saint Petersburg)*

Der Autor diskutiert den Einfluß psychosozialer Faktoren auf die Struktur der Psychiatrie und die Behandlung psychisch Kranker am Beispiel der politischen Manipulation und des Mißbrauchs der Psychiatrie in der Sowjetunion. Die offizielle Einstellung in den verschiedenen Perioden des totalitären Machtsystems seit Stalin führte vom Ignorieren und Vertuschen der Existenz psychischer Erkrankungen, einschließlich des Suchtproblems, bis zum offenen Mißbrauch psychiatrischer Diagnosen in der Etikettierung und Verfolgung politischer Dissidenten. Die Unterwerfung der Psychiatrie im Interesse politischer Macht und Menschenfeindlichkeit spiegelt sich nach der Meinung des Autors in der katastrophalen Lage der psychiatrischen Krankenhäuser und in der Mißachtung ihrer Patienten wider. Pseudowissenschaftliche Deutung von Krankheitskategorien wie »Schizophrenie« oder »paranoide Persönlichkeitsentwicklung« führten zu tendenziöser Interpretation politisch abweichenden Verhaltens und zur psychiatrischen Zwangsbehandlung vieler Andersdenkender. Als Beispiel wird die Verfolgung zweier im Westen bekannt gewordenen Regimekritiker geschildert: des polnisch-lettischen Philologen Ivan Yakhimowits und des Moskauer Generals Peter Grigorenko, die von einer Expertenkommission unter Leitung des Autors nachträglich als psychisch gesund erklärt wurden. Die Arbeit schließt mit der Aufzeichnung der ethischen und legislativen Wende, deren zu langsame Konkretisierung vom Autor kritisiert wird.

It is obvious that the problems of mental health and mental morbidity are closely connected to social factors. One has, however, sometimes to prove this evidence to the adherents of an exclusively biological model of the majority of mental disorders. In the triad: personality, milieu, disease, many psychiatrists accentuate the organism-centered conditionality of the latter, while formally accepting a certain importance of the »influence of personality and milieu factors« in the development of mental disorders. At the same time, a systemic perception of a patient (or a person at risk to become ill) requires an evolutional-populational (ecological) approach to the problem of mental health and mental disease. For many years in our country, in conditions of the most severe ideological predetermination of all or almost all sciences, the possibility of essentially influencing the onset and course of diseases by psychosocial factors was practically denied. Mental disorders stood as if by themselves in the shadow of these discussions. It was stressed that many of them, e.g. alcoholism, are a »left-over of the bourgeois past«, a »mole of capitalism«. The existence of drug addicts in our country was basically denied only some years ago — they were sometimes mentioned in the papers under the heading »their morals«, meaning the »rotting« morals abroad. For social situation conductive to a spread of drug addiction existed presumably only there, in capitalist countries, as distinct from the socialist ones (as there were no such »conditions« in the USSR), only some solitary cases of this disease could possibly take place; it is worth mentioning that the number

* Prof., M.D., Director of the Psychoneurological Research Institute V.M. Bekhterev, Saint Petersburg, Russia, Vice President of the World Association for Dynamic Psychiatry WADP

** Vortrag gehalten auf dem Kongreß der Italienischen Gesellschaft für Sozialpsychiatrie vom 18.—19. November 1991 in Rom

of drug addicts in our country drastically increased after the introduction of insufficiently thought-over anti-alcohol governmental decisions in 1985). Even the endogenous psychoses (schizophrenia, manic-depressive illness) were generally never mentioned in the press. Mental disorders were touched upon only in scientific publications meant for professionals, specifically, up to the latest time, in only one: »S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry«. All the other psychiatric journals (and there were nearly twenty of them at the beginning of this century) were closed during the thirties, which in itself is rather remarkable.

During the *Stalin-Brezhnev* decades it was argued in full earnest that our country is approaching in »seven-mile steps« the luminous future fo mankind, the communism, that every Soviet subject »breathes freely« (the words from a song »Wide is my native country«, well-known in 1937—1938), which was principally incompatible with any apprehensions concerning the population's mental health. One conceded that we, certainly, had some mental patients, which were better not to take notice of. For some time it »turned out« that genetics itself proved to be a pseudoscience, so mental disorders began to be interpreted mainly as having an »organic« origin, that is, as a consequence of previous infections, brain injuries or somatic diseases. This methodological directive seemed to less compromise our »socialist« society than any other one. Only neuroses were held to be psychogenetically determined, and that not by all authors. They sought after the »least possible enlargement« of a number of patients suffering from these disorders, while trying everywhere to reveal an »organic ground«. During different periods of development of our society through all 70 years of its existence a social order for human pathology was fulfilled, which suffered whimsical metamorphoses (e.g. in connection with the above mentioned »teaching« of an agronomist, *Lysenko,* which only profaned science). Morbidity statistics was monstrously distorted in all fields of medical knowledge and health services (not only in psychiatry).

The circumstances evincing these metamorphoses changed depending on a given period of society's development, on given nuances of the totalitarism. But utter disregarding of mental health care — as concerns deeds, not words — runs through all the history. Disdainful attitude towards psychiatry (it always was and still is a stepchild of medicine), meager, one may say beggarly, budgetary allocations have led to appalling conditions in mental hospitals, referred to as »nuthouses« by the population. There certainly were and still are some psychiatric institutions, primarily in the capitals, where relatively satisfactory conditions are upheld (the outfit and qualification of a staff, interior outfit, better supply with drugs etc.), but with desolation and mismanagement as a general background; it led to only illusory impressions on the situation in Soviet psychiatry as a whole, especially with foreign visitors. One must admit that many drawbacks of our psychiatry are also inherent to the Western society, but there they are not covered with such a curtain of lie and hypocrisy, so intrinsic for all sides of our life up to the latest time. What has been said above is not intended to belittle the indubitable merits of a significant number of

devotees in science — Soviet psychiatrists, practicians and scholars and even single institutions, achieved during severe totalitarian times. During the last decades, Soviet psychiatry began to draw ever more attention due to its punitive function. This function did not appear suddenly or upon somebody's command. It appeared gradually, revealing itself specifically in an enlarged interpretation of schizophrenia diagnosis (its notorious slowflow form) by a group around the well-known Moscow psychiatrist *A. V. Snezhnevsky.* The late *A. V. Snezhnevsky* did not, of course, »invent« the enlarged concept of schizophrenia to please KGB or other governmental bodies, but it is our opinion, that the interpretation of this illness by him and his school did contribute to its erroneous diagnostic. And that, in its turn, has led incompetent or unscrupulous physicians in some cases to the use of psychiatric diagnosis for non-medical reasons. Abuse in psychiatry takes place throughout the world, as also abuse in trade, commerce etc. We believe that the notion »abuse in psychiatry« corresponds primarily to the situation in this field of medicine typical for totalitarian societies — Nazi Germany and the *Stalin-Breshnev* period in USSR.

Disdain to human personality, its humiliation, total fear (»state fear«) accompanied by a thunder of victorious kettledrums, alternating with »having one's head turned with success« (an expression by *J. Stalin)* lad to a suffocating atmosphere of utter hopelessness, loss of confidence, apathy; it had a sort of debilitating effect on society. Now we are earning the fruits of the bygone nightmarish lethargy which naturally could not but affect the mental health of peoples — inhabitants of what is still called the Soviet Union testify a drastic increase in various forms of self-destructive behavior, sharpening of intereth-nic conflicts and aggressiveness etc.

Descriptions of a »state fear« are aptly presented in the well-known anti-utopias by *E. Zamyatin* and *J. Orwell,* in *A. Solzhenitsyn's* book »Gulag archipelago«, etc. But, having a personal experience of being acquainted with a *Stalin* camp from inside, I must say that the scope and depth of this fear and martyr-like long-suffering looked not always so spectaculary, especially when being observed from outside, which in itself is very dangerous. Not only *Stalin* and *Hitler,* but also *Pol Pot* had arid have now their devotees (let me remind that all mentioned tyrants proclaimed so called socialist ideas). The study of mass fanaticism requires, as it seems to me, a more steady attention on the part of psychiatrists, whereas a literature on the subject during the last several decades has not been translated into Russian.

The totalitarian structure of society in the USSR has undergone during 74 years certain stages of development. Each stage was marked by a specific attitude of its own of the society and power towards psychiatry. During the *Stalin* period one did not insist upon ceremony with the mentally ill who committed certain political transgressions of the law (these were for many years labeled as »anti-soviet activities«). Sometimes patients with non-manifest (erased) psychotic symptoms were declared to be of sound mind and consequently responsible and were either shot or sent to camps. Cases with evidently

absurd psychotic manifestations of political hue (counter-revolutionary delusions in the slang of the time) were kept in the most severe regimen conditions of psychiatric hospitals. I can remember an event from my college days, when a patient, while being presented to medical students during a lecture, suddenly began to express delusionary ideas, having included some party and government bosses of the time therein. At first nobody has attached to that any political meaning. But then, after somebody had reported about that to where it belonged, an old and experienced lecturer was suspended from teaching and nearly fired. This case is typical for the *Stalin* period, when even obvious delusions of a mentally ill patient seemed to be dangerous for the ruling regime.

Later, during *Khrushtshev's* »thaw«, new political winds began to blow. The attitude towards psychiatry and the mentally ill did not change intrinsically (they seem to exist somehow, but it behoves not to mention their existence), but some outer attributes of this attitude aquired a different tinge. One began to see people with different ways of thinking as probably suffering from mental disorders. I don't deny direct abuses in psychiatry, when mentally sane persons were labeled with psychiatric diagnoses. But I think such cases did happen relatively seldom. Much more often a false assessment of certain personality traits, nonpsychotic manifestations of borderline states, took place, influenced by predominating tendencies towards hyperdiagnostics with predominating peculiar understanding of standards of social behavior.

This can be illustrated by two cases of typically erroneous assessment of mental state in dissidents during the *Khrushtshev-Brezhnev* period of our modern history. These are the »case histories« of *Ivan Yakhimovich* from Latvia, a philologist by education, and of general *Peter Grigorenko* from Moscow. Both these persons who have suffered from »psychiatry« were examined (in their absence) in the in V.M. Bekhterev Research Institute for psychiatry and neurology, St.-Petersburg, which I head for more than 25 years already and where I have founded in 1966 the first psychiatric rehabilitation clinic in our country.

Ivan Yakhimovich was voluntarily admitted for examination in this clinic in 1989 on initiative of the newspaper »Literaturnaya gazeta«, which secured on official permission for an examination from the Health Ministry, *Peter Griggorenko* was examined posthumously upon an application of the Main Office of the Military Prosecutor of the USSR in 1991. I chaired both expert commissions. Both cases had previously been diagnosed as paranoic personality development — a diagnosis competing succsessfully with schizophrenia in our country. In both cases the diagnosis was discarded, compulsory treatment was declared to be unfounded and preceding expert examinations to be fallacious. These cases have much in common, which is typical for contemporary state of mind of our society, its power structures and the overall situation in our psychiatry.

Ivan Yakhimovich, a Pole grown up in Latvia, after graduating from Riga University worked for some time as a teacher in a highschool, then on his free will left the pedagogical profession to head one of the most backward collective

farms in Eastern Latvia. Exerting intense efforts, he achieved a relative prosperity for his farm. Hereby he met with resistance on the part of local authorities who found some deviations from bureaucratic regulations in his activities. A long-lasting conflict began with ever more party and governmental bodies taking part. *Yakhimovich* stood his own ground and was banned from the communist party, which then was tantamount to become politically suspect. He was suspended from his job and began to complain to higher authorities in Moscow. There he met (it was during the mid-sixties) some renowned human rights activists, got their support and began to share and promulgate their views of the overall situation in the country. Soon he was arrested and charged with »anti-soviet activities« — a standard accusation in such cases. He underwent a forensic examination and was declared to be mentally ill, of diminished responsibility and in need of compulsory treatment in a mental hospital. He was »successfully treated« in a psychiatric hospital in Riga (because of paranoic personality disorder, which is notoriously highly therapy resistent). After several months' stay in hospital he »got well« and was forced to suspend his vocation, however having his human rights activities stopped. Many years later, having decided to rid himself of the psychiatric label, he submitted various applications and addressed the press. His and his friends' efforts were crowned with Success after the aforementioned expert examination at the Bekhterev Research Institute. The »case history« of *Ivan Yakhimovich* became known in due time in Western mass media.

The »case history« of general *Peter Grigorenko* had much wider publicity both in our country and abroad because of his prominent social position and the tragic finale of his life. We shall dwell upon it in more detail. During several months (April—October 1991) a commission membering 13 psychiatrists and psychologists of St. Petersburg, Moscow, Kiev, Riga and Vilnius upon suggestion of the Main Office of the Military Prosecutor of the USSR carried out a forensic psychological and psychiatric examination of general *P.G. Grigorenko* in his absence (he died in New York in 1983). At the commission's disposal there were 29 binders of criminal prosecution documents, medical documentation concerning all preceding expert examinations and also audio and videotapes, books published by the general in the USA in Russian. The commission disposed of documents of the American expert examination which was carried out in 1978. After a thorough analysis of the available material we came to the unanimous conclusion that general *Grigorenko* never suffered from mental disorder and consequently was in no need of a compulsory treatment in a mental hospital. The results of the two forensic examinations which were carried out in the V.P. Serbsky Forensic Research Institute (Moscow) in 1964 and 1969 we have found to be fallacious. A report on the work of the commission was sent to the Main Office of the Military Prosecutor which has to refer this case to a court to take coordinate decisions. What the court's decision will be, I do not know. According to the law, it can agree, but also disagree with the conclusions of our expert commission. In the latter case the

court will have to mppoint another examination. A participation of foreign specialists to this examination is probable (the Americans, by the way, have already offered us their assistance).

As I have already mentioned, the general *Grigorenko* case got a wide international publicity. While being this summer in Munich, I led a pressconference in the Dynamic Psychiatric Hospital Menterschwaige. Publications to the topic of the »general's case« followed in several German newspapers (»Süddeutsche Zeitung«, »Münchener Merkur« etc.). However, publications to this topic have appeared in the Soviet press only later, in October 1991, which can be explained with unexpected difficulties, arisen in the finale of signing the commission's report. Insignificant disagreement between the members of our expert commission took place on the formulation of the commission's statement, which, however, was overcome on October the 16—18. Already on the 19th of October the newspaper »Sankt Peterburgskiye vedomosti« gave an unbiased account on the results of the commission's work. I would like to stress that it was the first official acknowledgement based on a particular example of a psychiatric abuse in USSR. An interest of the press for the general *Grigorenko* case can be explained by many reasons. First, he was not an »ordinary dissident«, but a general with combat experience, a head of a chair at a military Academy, a righteous communist in the past, who tried in the early sixties to improve with his public activities the »leninist norms of party life«. His troubles began since he critically addressed the country's leadership at the party conference in 1961 in Moscow. He later gradually came to the conclusion that the communist party has led the country to an impasse (which was officially acknowledged in the USSR only after the August 1991 coup). *Grigorenko* was deprived of the Soviet citizenhsip just after he visited his son in the USA in 1977, which attracted still more attention not only on the part of specialists, but also of broader society circles. The general's books: »One can meet only rats in a cellar«, »The thoughts of a crazy person«, published in the USA, could but amplify his publicity. In our country the St. Petersburg magazine »Zvezda« (subject to repressions by *A. Zhdanov* in 1946 in connection with the »case« of the famous authors *A. Akhmatova* and *M. Zoshtshenko)* published throughout 1991 the »Memoirs« of *Grigorenko* — an unprecedented event in the history of Soviet press. Why is it that I gave such a detailed account of the *Grigorenko* case? This typical example of abuse in psychiatry illustrates how totalitarian power structures could influence psychiatry, a specialized expertise in particular, using official moral (if it can be called moral at all) standards as a cover. I could quote also some names of other Soviet dissidents who dealt with Soviet psychiatry, apart from *Yakhimovich* and *Grigorenko.* These are *A. Sakharov, A. Solzhenitsyn, I. Brodsky, M. Shemyakin, J. Medvedev, A. Bukovsky.* Some of them (*Sakharov* and *Solzhenitsyn*) it was impossible to get psychiatrically labeled, while others *(Medvedev, Shemyakin, Bukovsky)* served long-term stays in mental hospitals. A special position has the Nobel Prize winner *Josif Brodsky,* who was registered at a Leningrad psychiatric dispensaire, but in

spite of having a psychiatric diagnosis (too »mild« one) he was deported, after an infamous trial, to northern parts of the country, on a charge of being a scrounger (of living a parasitic way of life).

Only recently we got a turning-point in the assessment of ethical and legal aspects of psychiatry. A new law of psychiatry has appeared in 1988, which, however, turned out to be deficient. A new legislation is on the way now. The Committee of the Supreme Soviet of Russia on mental heath and social security began to develop a draft law on Mental Health in which greater guarantees of human rights protection for the population are provided for. I think it to be only part of the program of the Russian government's actions, which has been outlined on the 8th Congress of the World Psychiatric Association in Athens in October 1989. It must be said that the USSR Psychiatric Association, which is currently reforming itself into a Federation of Republican Associations and was made a WPA member in Athens on specific conditions, is extremly slow in fulfilling them. To this testifies a report of the WPA Inspectoral Commission, headed by Prof. *Birley* from Britain, which visited the USSR last summer.

I don not, however, lose my optimism and still hope that in our country, among numerous psychiatrists, who already begin to form independent Associations, there will and already do emerge healthy powers, capable to successfully oppose the remnants of the influence of retreating totalitarian power structures. I would like to stress that the role of social psychiatry throughout the world is growing ever more important in connection with global ecological problems, the hazard of nuclear disaster, increase in inter-ethnic conflicts, the problem of refugees and emigrants, the influence of emotionally instable leaders on people masses and other problems common to all mankind.

Soziale Struktur der Gesellschaft und einige Probleme der Psychiatrie

Modest M. Kabanow (Sankt Petersburg)

In seiner Einleitung betont der Autor den Stellenwert psychosozialer Faktoren bei der Entstehung psychischer Krankheiten in einer Zeit, in der der Einfluß solcher Faktoren noch immer von vielen biologisch orientierten Psychiatern nicht im Rahmen einer systemischen, globalen Betrachtungsweise gesehen wird. Diese Tatsache ist von besonderer Bedeutung gerade angesichts der lange Zeit in der UdSSR bestehenden, politisch-ideologisch bestimmten Auffassung von psychischer Krankheit. Die Existenz psychischer Krankheiten, einschließlich Alkoholismus und Drogenabhängigkeit, wurde in der Sowjetunion entweder verneint oder als »Überbleibsel der bürgerlichen Vergangenheit« bzw. »Wildwuchs des Kapitalismus« etikettiert; damit sollte z.B. die dramatische Zunahme des Drogenmißbrauchs als Folge inadäquater Entscheidungen der Regierung in der Alkoholismus-Frage 1985 vertuscht werden.

Auch die Existenz von Psychosen wurde generell verschwiegen, abgesehen von wissenschaftlichen Publikationen in einer einzigen offiziellen Zeitschrift.

Im Schatten der euphorisierenden Staatsprogaganda der *Stalin-Brezhnew*-Ära versuchte man zunächst die Existenz psychischer Krankheiten zu übersehen, dann diese genetisch und schließlich als organisch (entzündlich oder traumatisch) zu begründen; Krankheitsstatistiken wurden grob verfälscht, um mit der Auffassung der sozialistischen Gesellschaft kompatibel zu bleiben. Diese politische Manipulation der totalitären Staatsordnung spiegelt sich auch im Verhältnis zur Psychiatrie insgesamt (»ein Stiefkind der Medizin«) und in der Behandlung und Unterbringung psychisch Kranker unter schrecklichen Bedingungen in den sog. »Irrenhäusern«. Ausnahmen bildeten solche Institutionen, die für fremde Besucher gemeint waren.

Im folgenden geht der Autor auf die Frage des Mißbrauchs der sowjetischen Psychiatrie für politische Zwecke ein — ein Phänomen, das, wie er betont, keineswegs auf die UdSSR beschränkt, sondern typisch für diktatorische Systeme sei — ironischerweise »im Dienste (national-)sozialistischer Ideen«, wie bei *Hitler, Stalin* oder *Pol Pot.* Die lähmende, hoffnungslose Angst der *Stalin-Brezhnew*-Zeit, die in den literarischen »Anti-Utopien« von *Orwell, Solzhenitsin* u.a. geschildert war, hat der Autor selber in einem Arbeitslager unter *Stalin* erleben müssen. Jede Entwicklungsphase in der Geschichte der UdSSR implizierte auch eine spezifische Einstellung der Gesellschaft und der Macht zur Psychiatrie. Das erweiterte Konzept der Schizophrenie-Diagnose mit der sog. langsamen oder schleichenden Form, vom Moskauer Psychiater *Snezhnewski* und seiner Schule entwickelt, wurde, wenn auch nicht primär politisch motiviert, zum Strafinstrument in der Hand gewissenloser Ärzte. Andererseits wurden unter und nach *Stalin* oft psychotische Äußerungen von Patienten, in denen z.B. politische Inhalte oder Personen eingebaut waren, als konkreter Beweis für Staatsfeindlichkeit interpretiert — mit verheerenden Folgen. *Kabanow* erwähnt den Fall eines angesehenen Universitätsdozenten aus seiner Studienzeit, der vom Unterricht suspendiert wurde, nachdem ein von ihm den Studenten vorgestellter Patient in seiner psychotischen Rede einige politische Persönlichkeiten erwähnt hatte. Unter *Khruschtschow* setzte sich allmählich die Einstellung durch, daß Andersdenkende psychisch krank seien; von der festgelegten sozialen Verhaltensnorm Abweichende wurden als kranke Persönlichkeiten i.S. eines erweiterten »Borderline-Zustandes« gesehen. Der Autor zitiert in diesem Zusammenhang den Fall zweier Dissidenten, nämlich des polnisch-lettischen Philologen *Ivan Yakhimowits* und des Moskauer Generals *Peter Grigorenko.* Beide waren als »paranoide Persönlichkeitsentwicklung« diagnostiziert worden; eine psychiatrische Expertenkommission unter der Leitung des Autors hob diese Diagnose in beiden Fällen (1989, resp. 1991 postum für *Grigorenko)* als unbegründet und tendenziös auf. *Kabanow* schildert, wie aus dem Gymnasiallehrer *Yakhimowits* ein Kämpfer für die Menschenrechte wurde, wie er der »antisowjetischen Tätigkeit« beschuldigt, für psychisch krank erklärt und schließlich einer psychiatrischen Zwangsbehandlung

unterzogen wurde. Ähnlich wurde aus *Grigorenko,* einem prominenten General, ehemaligem Kommunisten und Lehrer an der Militärakademie, nach 1961 ein aktiver Regimekritiker, der in den USA mehrere Bücher publizierte und dort 1983 starb. Seine Verfolgung gilt nach *Kabanow* als Beispiel für den Umgang der totalitären Macht mit Dissidenten. Beide Fälle sind in der westlichen Presse bekannt geworden; die Entscheidung über ihre Rehabilitierung durch das zuständige Gericht stand zum Zeitpunkt der Abfassung des Artikels noch nicht fest.

Der Autor schließt seine Arbeit mit einer Kritik der neuen Psychiatriegesetze von 1988, die zwar die persönliche Sicherheit vor Mißbrauch der Psychiatrie durch eine Zentralmacht in einem höheren Maße als früher garantieren, die aber den Normen der World Psychiatric Association noch nicht entsprechen; auch werden sie erheblich verzögert in Kraft gesetzt. *Kabanow* äußert die Hoffnung, daß es den in letzter Zeit immer deutlicher werdenden konstruktiven Kräften gelingen werde, die Reste totalitären Machtmißbrauchs in der Psychiatrie zu beseitigen. In diesem Prozeß mißt er der sozialen Psychiatrie eine bedeutende Rolle zu.

Address of the author:

Prof. Dr. med. Modest M. Kabanov
Director of the Psychoneurological
Research Institute V.M. Bekhterev
Bekhtereva 3
193019 Saint Petersburg
Russia

Kritik der psychiatrischen Rehabilitation aus dynamisch-psychiatrischer Sicht**

Bernhard Richarz (München)*

Anliegen dieser Arbeit ist eine inhaltliche Auseinandersetzung mit dem Konzept der psychiatrischen Rehabilitation. Ausgehend von seinen eigenen Erfahrungen als Psychiater sowohl in der Sozialpsychiatrie als auch in der Dynamischen Psychiatrie beschäftigt sich der Autor insbesondere mit Menschenbild, Behandlungszielen und wesentlichen Therapieverfahren der herkömmlichen psychiatrischen Rehabilitation und stellt diesem Ansatz das Konzept der Dynamischen Psychiatrie der Berliner Schule Günter Ammons gegenüber, wobei er sich auf das Krankheitsbild der Schizophrenie und die stationäre Behandlung beschränkt. Er kritisiert insbesondere das an der klassischen Psychiatrie Kraepelins orientierte Krankheitsverständnis, das ein tieferes Verständnis des Patienten verhindert, sowie die Einengung auf das Ziel der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit. Demgegenüber stellt der Autor anhand der Grundkonzeptionen von Menschenbild, Gruppe, Sozialenergie, Identität, Arbeit und der psychoanalytischen Milieutherapie die Identitätstherapie Günter Ammons vor, die zu einer umfassenden Persönlichkeitsentwicklung führen und damit einen kreativen Lebensstil und eine Rehabilitation im eigentlichen Sinne ermöglichen kann.

Die heutige Medizin kennt als Vorgehensweise, die einem schwer erkrankten Menschen dazu verhelfen soll, von seiner Krankheit zu genesen und sein Leben neu auszurichten, vor allem das Verfahren der Rehabilitation. Nach der Definition im Sozialgesetzbuch umfaßt sie die Vermittlung all jener Hilfen, die notwendig sind, »um eine Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu bessern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu vermeiden«. Sie soll dem Behinderten »einen seinen Neigungen und Fähigkeiten entsprechenden Platz in der Gemeinschaft, insbesondere im Arbeitsleben, . . . sichern«. Damit ist als wertvollstes Ziel der Nachbehandlung die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit festgelegt.

Auch in der Psychiatrie hat sich dieses Konzep der Behandlung nach einer akuten Erkrankung durchgesetzt; die im Begriff der Rehabilitation enthaltene Wertsetzung wurde übernommen. *Rey* (1980) nennt als erstes Kriterium für einen erfolgreichen Abschluß einer Rehabilitation, daß »ein Individuum in der Lage ist, unabhängig und eigenverantwortlich einen Arbeitsplatz auszufüllen«; an zweiter und dritter Stelle führt er die Erfüllung häuslicher und familiärer Verpflichtungen sowie die Gestaltung der Freizeit nach eigenen Wünschen und Bedürfnissen an. *Häfner* (1976) nennt als wesentliches Ziel der psychiatrischen Rehabilitation die Verminderung der Zahl der Krankheitsrückfälle und der stationären Wiederaufnahmen; es komme darauf an, »die verbliebenen oder hinzugewonnenen Fähigkeiten so einzusetzen, daß die psychischen oder ökonomischen Belastungen für den Betroffenen selbst, seine Angehörigen und die Gesellschaft möglichst gering bleiben« *Häfner* 1976).

* Dr. med., Assistenzarzt 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. Oktober 1990 in der Hochschule der Künste Berlin

Meine Kritik der psychiatrischen Rehabilitation richtet sich nicht gegen ihre in verschiedenen Statistiken und Darstellungen belegten Ergebnisse, sondern gegen das dahinterstehende Menschenbild. Es ist unbestritten, daß das Konzept der psychiatrischen Rehabilitation, das in der BR Deutschland seit den siebziger Jahren unter dem Eindruck der Psychiatrie-Enquete des Deutschen Bundestages weite Verbreitung fand, vielen Menschen geholfen hat. Aus einer Zusammenschau mehrerer Untersuchungen errechnet *Ciompi* (1987), daß Rehabilitationsmaßnahmen bei 55—57% der Patienten einen wie auch immer gearteten Erfolg aufzuweisen hätten. *Wöhrl* (1990) belegt, daß sich die Eingliederungschancen von psychisch erkrankten Menschen durch eine qualifizierte Berufsausbildung erhöhen, und er sieht den Wert der Rehabilitation darin, daß psychisch Erkrankte ohne Rehabilitationsmaßnahme innerhalb weniger Jahre aus dem Erwerbsleben ausscheiden würden. Selbstverständlich halte auch ich es für besser, einen Psychiatriepatienten einer Rehabilitation zu unterziehen als ihn für längere Zeit in einer Anstalt zu verwahren oder ihn ausschließlich mit Neuroleptika zu behandeln, wie es nach wie vor leider viel zu oft geschieht.

Es geht mir in meiner vorliegenden Arbeit um eine inhaltliche Auseinandersetzung mit dem Konzept der psychiatrischen Rehabilitation. Meine Kritik erfolgt aus Sicht der Dynamischen Psychiatrie der Berliner Schule *Günter Ammons*. In einigen Aspekten, nämlich dem des Krankheitsbildes, des Behandlungszieles und des wesentlichen Therapieverfahrens, werde ich dem Konzept der psychiatrischen Rehabilitation, wie es z.B. von *Häfner* (1976) und *Lorenzen* (1989) beschrieben wurde, das Konzept der dynamisch-psychiatrischen Identitätstherapie gegenüberstellen. Ich beschränke mich dabei im wesentlichen auf das Krankheitsbild der Schizophrenie und auf die Phase der stationären Behandlung; d.h. die ambulante Nachbehandlung bleibt weitgehend ausgespart. Meine Ausführungen beruhen auf meinen eigenen Erfahrungen, wie ich sie während meiner ärztlichen Tätigkeit in der Sozialpsychiatrie und in der Anstaltspsychiatrie einerseits und in der Dynamischen Psychiatrie und in der Deutschen Akademie für Psychoanalyse andererseits gesammelt habe.

Etwa zu der Zeit, als in den psychiatrischen Anstalten eigene Rehabilitationsabteilungen aufgebaut wurden, veröffentlichte *Ammon* seine Arbeit »Auf dem Wege zu einer Psychotherapie der Schizophrenie«: *Ammon* (1971a) beschreibt die schizophrene Reaktion als eine Erkrankung des Ichs, die in ihrer Genese durch Betrachtung der Primärgruppendynamik und der aktuellen Gruppendynamik verstehbar und behandelbar ist. Paradigmatisch wurde diese Auffassung am Fall »Juanita« dargestellt. *Ammon* bezieht sich dabei auf Erkenntnisse der Psychoanalyse von *Freud, Jung* und *Federn,* sowie auf verschiedene amerikanische Wissenschaftler, die die schizophrene Reaktion als Ausdruck einer gestörten Interaktion vor allem der Mutter-Kind-Beziehung erklärten. Als den wesentlichen krank machenden Faktor faßt *Ammon* (1971a) den Symbiosekomplex, der in einer nicht zustande gekommenen oder nicht gelösten Symbiose zwischen Mutter und Kind besteht. Indem der Therapeut

die symbiotische Übertragung des Patienten annimmt, die zugehörigen Gefühle zuläßt und schließlich eine Trennung ermöglicht, kann eine Gesundung erfolgen.

Mit dieser frühen Arbeit zu Genese und Therapie der schizophrenen Reaktion, die durch die weitere Theorieentwicklung der Dynamischen Psychiatrie (*Ammon* 1980, 1987) differenziert und ergänzt wurde, schuf *Ammon* die Voraussetzungen, um schizophren reagierenden Menschen neu und tiefer als zuvor begegnen zu können. In dem Maße, wie ein Therapeut lernt, die Angst, das Mißtrauen und die Aggression seiner Patienten zu verstehen und damit auch auszuhalten, kann auch dessen Leiden aus dem mystischen Dunkel der Endogenität geholt und auf reale Beziehungen und Erlebnisse in der Primärgruppe bezogen werden.

Schon in seiner frühen Formulierung (*Ammon* 1971a) beinhaltet das dynamisch-psychiatrische Krankheitsverständnis der schizophrenen Reaktion die Vorstellung, daß der gegenwärtige Zustand der Erkrankung durch eine gezielte Therapie überwunden werden kann. Es ist m.E. ein wesentlicher Verdienst der Dynamischen Psychiatrie, daß sie den ansonsten aufgegebenen Patienten die Hoffnung auf Veränderung und Entwicklung wiedergibt.

Die psychiatrische Rehabilitation beruht auf dem Krankheitsverständnis der Schizophrenie, wie es von *Kraepelin* (1883) und *E. Bleuler* (1911) dargelegt wurde, auch wenn es durch verschiedene moderne Konzepte ergänzt wurde. Eine ursächliche Behandlung der als multifaktoriell bedingt angesehenen Erkrankung wird nach wie vor für unmöglich gehalten. Das Krankheitsverständnis geht davon aus, daß der schizophren reagierende Patient durch seine Erkrankung zu einem seelisch Behinderten wird bzw. daß er von einer solchen bleibenden Beeinträchtigung bedroht ist. Ein schizophren reagierender Patient wird damit gleich zweifach von sich entfremdet: Die Enstehung seiner Erkrankung wird aus dem Zusammenhang seiner Lebensgeschichte herausgenommen und ihm als etwas Fremdes gegenübergestellt, und er wird mit der Bezeichnung eines Behinderten belegt, welche aus dem Sozialgesetzbuch, nicht aber aus dem eigenen Identitätsgefühl entstammt. *Hogarty* (1988) schreibt, daß sich viele Patienten gegen Rehabilitationsmaßnahmen resistent zeigen. Da das zugrunde liegende Krankheitsverständnis eine Entwertung schizophren reagierender Menschen beinhaltet, sehe ich darin einen verständlichen Widerstand gegen die verlangte Anpassung und Selbstaufgabe. Der eigentliche Widerstand gegen Entwicklung und Veränderung, der zu jedem therapeutischen Prozeß dazugehört, bleibt aber verdeckt, so daß es also gerade das Krankheitsverständnis ist, das eine weitere Persönlichkeitsentwicklung verhindert und damit die seelische Behinderung erst schafft, deren Folgen in der Rehabilitation behoben werden sollen.

Darüberhinaus vermittelt ein Krankheitsverständnis, das eine heilende Behandlung der Erkrankung für unmöglich erklärt, dem Patienten eine vollkommene Hilflosigkeit. Von seinem unbewußten Erleben her muß er sich einmal mehr finsteren Mächten ausgeliefert fühlen, die ihr böses Spiel mit ihm

treiben und seine Krankheit verursachen. Sie heißen zwar nun Vererbung, Transmitter, Vulnerabilität oder Streß, sind aber nicht grundsätzlich verschieden von seinem Wahn, durch den er sich sowieso schon fremdbestimmt fühlt. Letztendlich muß ihm der Arzt, dem er sich anvertrauen wollte und der ihm mit seiner eigenen Ratlosigkeit gegenübertritt, unglaubwürdig erscheinen. Die Voraussetzungen für eine tragfähige Arzt-Patient-Beziehung, die die Rehabilitation begleiten sollte, sind damit gestört, sobald ein Patient die Frage nach dem Entstehen seiner Krankheit und seines Leidens stellt.

Wenn eine tragende menschliche Beziehung zwischen Patient und Therapeut fehlt, kann die Abgrenzung gegenüber dem Wahnerleben nur medikamentös erfolgen. Bei vielen psychisch kranken Menschen wird eine Langzeitmedikamentation mit Neuroleptika für erforderlich erklärt, um überhaupt eine Rehabilitation durchführen zu können. Die Medikamentennebenwirkungen in Form von pharmakogener Depression oder tardiver Dyskinesie werden in Kauf genommen, obwohl sie sich letztendlich genauso lebens- und entwicklungsschädigend auswirken, wie es eine langjährige Hospitalisierung tut, die die psychiatrische Rehabilitation ja gerade vermeiden will.

Statt um Rehabilitation und Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit geht es in der Dynamischen Psychiatrie der Berliner Schule um die Entwicklung der Persönlichkeit. Allgemeines Menschenbild und therapeutischer Prozeß sind gleichermaßen eng mit der Vorstellung von Entwicklung verbunden. »Ich gehe aus von einem Verständnis des Menschen, der lebt mit dem wesentlichen und bedeutsamen Anliegen, nach eigener Identität zu ringen, sich selbst zu erleben mit und durch andere, sich auszudrücken in Gruppen, sich entwickeln in Kontakt und in Auseinandersetzung mit den anderen in der Gruppe.« (*Ammon* 1982b) Unter dem Einfluß von lebendigen Gruppen kann sich ein Mensch lebenslang entwickeln. Entwicklung ist also nicht ausschließlich an biologische Reifungsprozesse gebunden, sondern entscheidend von zwischenmenschlichen Bedingungen abhängig. Eine prinzipielle Begrenztheit menschlicher Entwicklungsmöglichkeiten wird grundsätzlich in Frage gestellt. Durch diese theoretische Konzeption wird ein engagierter Therapeut dazu aufgefordert, über die von einem Patienten angebotene Symptomatik hinauszugehen und Vorstellungen über dessen Zukunft und Entwicklungsmöglichkeiten zu finden.

Wiederholt stellt *Ammon* dar, daß ein Mensch in Gruppen lebt und sich entwickelt. Er bewertet Gruppen immer in Hinblick auf Entwicklungs- und Veränderungsmöglichkeiten menschlicher Identität, die er untrennbar an ein Beziehungsgeflecht zu anderen Menschen gebunden sieht. »Die Beziehungen in der Gruppe bilden sich direkt im Psychischen ab, wie umgekehrt Gefühle, Einstellungen und psychische Strukturen sich konkret in sozialen Beziehungen niederschlagen. Die Beziehung ist somit das dynamische Prinzip psychischer Entwicklung.« (*Ammon* 1979). Die Trennung von Individuum und Gruppe wird damit aufgehoben und die Unteilbarkeit von Mensch und Beziehung betont. Dementsprechend kann sich ein Mensch in Gruppen entfalten

und gesund entwickeln, aber auch krank werden, d.h. in seiner Entwicklung arretiert sein, weil er z.B. überwiegend Zurückweisung erfahren hat oder kaum Anregungen und Beziehungsangebote erhielt. Die Erkrankung wird damit zu einem Bestandteil seiner Lebens- und Gruppengeschichte, und sie verliert ihre Schicksalhaftigkeit, da sie in einem menschlichen und gruppendynamischen Sinnzusammenhang gesehen wird. Es kann dann zu einer Erkrankung wie einer schizophrenen Reaktion kommen, wenn das in der Primärgruppe entstandene Defizit in der Persönlichkeitsstruktur nicht mehr von stützenden Gruppen- oder Einzelbeziehungen getragen werden kann.

Auf der Grundlage eines solchen beziehung- und gruppenbezogenen Gesundheits- und Krankheitsverständnisses kann psychische Erkrankung durch eine nachholende Entwicklung in einer entsprechenden Gruppe überwunden werden. In der Dynamischen Psychiatrie wird versucht, jedem Kranken Gruppen zur Verfügung zu stellen, in denen er sich weiterentwickeln kann. Sie hebt damit in ihrem Krankheitsverständnis und in ihrer therapeutischen Methodik die Aussonderung auf, die ansonsten mit der Diagnose einer schizophrenen Reaktion verbunden ist. Die Gesundung ist nicht grundsätzlich verschieden von anderen Prozessen menschlicher Entwicklung, in denen es um eine Identitätserweiterung geht: Sie wird getragen von der Begegnung mit anderen Menschen. Nach *Ammon* ist es ein Zeichen von Gesundheit, wenn ein Mensch sich Gruppen sucht, in denen er sich weiterentwickeln kann.

Ein weiterer wesentlicher Bestandteil des *Ammon*schen Menschenbildes stellt der Identitätsgedanke dar, dementsprechend der Mensch Zeit seines Lebens um Identität ringt »als das Bleibende in einer Persönlichkeit und (. . .) gleichzeitig nichts Bleibendes. Identität ist ein Prozeß, ein fortwährendes Suchen, eine fortwährende Entwicklung« (*Ammon* 1983). Identität bedeutet immer auch Auseinandersetzung des einzelen in der Gruppe, durch die die Gruppe und das Individuum sich wechselseitig verändern. Dabei ist in *Ammons* Persönlichkeitsmodell Identität gleichermaßen Humanfunktion, die für den Synergismus von Biologischem, Unbewußtem und Bewußtem im Menschen sorgt, wie Struktur, die die Gesamtheit aller Humanfunktionen in ihrer jeweiligen Ausprägung Vernetzung umfaßt.

Mit dem Begriff der Identität, der die Behandlung bestimmt, legt die Berliner Schule der Dynamischen Psychiatrie den Schwerpunkt auf das Recht des einzelnen auf Entwicklung und Emanzipation und nicht auf Anpassung an die Normalität und Wiedereingliederung in die Gesellschaft. Denn Identität ist immer etwas Persönliches, kann nie etwas Vorgegebenes sein. Für den Therapeuten bedeutet dynamisch-psychiatrisch zu arbeiten, jeden Patienten in seiner Suche ernst zu nehmen und mit ihm zusammen ausfindig zu machen, was für ihn persönlich wichtig und bedeutsam ist. Der Patient wird nicht entmündigt, sondern im Gegenteil erhält er im therapeutischen Prozeß die Verantwortung für sich und die Gestaltung seines Lebens.

Der Prozeß der Identitätsentwicklung ist einmalig, er geschieht immer wieder neu in der menschlichen Beziehung zwischen Therapeut und Patient. Die Entwicklung zur eigenen Identität ist nach *Ammon* zu verstehen als eine Kette von bedeutsamen Ereignissen und Begegnungen, die von einer Atmosphäre der Kontinuität und Verläßlichkeit getragen sind. Es gehört zur Identitätstherapie in der Dynamischen Psychiatrie dazu, immer wieder Grenzsituationen zu ermöglichen, durch welche ein Mensch im zentralen Kern seiner Persönlichkeit berührt wird. Durch eine nachholende Persönlichkeitsentwicklung, die nach der stationären Behandlung in einer ambulanten Psychotherapie fortgeführt werden sollte, werden die Voraussetzungen geschaffen, daß ein Patient in seinen Berufs-, Freundes- und Interessengruppen leben kann. In der Dynamischen Psychiatrie geschieht das, was in der Psychiatrie als Rehabilitation bezeichnet wird, gewissermaßen nebenher als ein Teil der Identitätstherapie.

Im Unterschied zur Dynamischen Psychiatrie strebt die psychiatrische Rehabilitation als wesentliches Behandlungsziel die auf Arbeit, Wohnen und Freizeit bezogene Wiedereingliederung des schizophren erkrankten Menschen in die Gesellschaft an, wobei die Wiederherstellung der Arbeisfähigkeit im Vordergrund steht. Zwar klingt auch in ihrem Konzept an, daß ein Mensch ohne Identität nicht gesund leben kann, und es wird deshalb versucht, jedem als psychisch krank bzw. seelisch behindert diagnostizierten Menschen zu einer sozialen Identität zu verhelfen, d.h. ihm eine Arbeit zu verschaffen. Es bleibt aber unbeachtet, daß das Nicht-arbeiten-können gerade Ausdruck einer Identitätsstörung sein kann, ohne deren Behandlung eine Arbeitsfähigkeit gar nicht erreicht werden kann. Das Identitätsverständnis in der psychiatrischen Rehabilitation bleibt damit begrenzt und wird letztlich gleichgesetzt mit der Art der ausgeübten Arbeitstätigkeit. Der Arbeit selbst wird eine heilsame Wirkung zugeschrieben. *Dörner* (1985) sieht als wichtigste Mittel gegen erneute Erkrankung und Krankenhausbedürftigkeit die regelmäßige Arbeitstätigkeit. Er begründet seine Auffassung damit, daß die Arbeit dem Patienten das Gefühl der Zugehörigkeit zu anderen Menschen vermittle und ihm, weil er sich durch sie für andere nützlich mache, Selbstwertgefühl gebe.

Als wichtigste Behandlungsform in der psychiatrischen Rehabilitation gilt die Arbeitstherapie (*Lorenzen* 1989). Um die Arbeitsfähigkeit bei einer psychischen Erkrankung wiederherzustellen, werden als Teil der stationären Rehabilitationsbehandlung unterschiedliche Maßnahmen angeboten, die nach Art der Tätigkeit, Zeit und Leistungsanreiz gestuft sind. Sie beginnen mit zwei- bis dreistündigem Werken und Basteln als sog. Beschäftigungstherapie. Sie werden allmählich gesteigert in ihren Anforderungen und enden bei einer achtstündigen Tätigkeit entsprechend einer herkömmlichen Industriearbeit, bei der der Patient ein an seiner Produktivität ausgerichtetes Taschengeld als Belohnung erhält. In Hinblick auf die spätere berufliche Rehabilitation soll die Arbeitstherapie die Initiative des Patienten anregen, arbeitsbezogene Fähigkeiten wie Selbständigkeit und Pünktlichkeit fördern und auf den Arbeitsantritt und die Gesetze des freien Arbeitsmarktes vorbereiten (*Gross* 1987). Indem das

Konzept der psychiatrischen Rehabilitation der entfremdeten Arbeitsweise unserer Industriegesellschaft verbunden bleibt, wird es dem Bedürfnis des Menschen nach sinngebender und gemeinschaftstiftender Tätigkeit nicht gerecht.

Es ist in diesem Zusammenhang zu fragen, was mit den psychiatrischen Patienten anderes bezweckt wird, als sie wieder für den Arbeitsmarkt verwertbar zu machen. In dieser Art von Rehabilitation werden die Betroffenen nicht in ihrem Bedürfnis nach Identität und Entwicklung unterstützt, noch wird das Leid eines erkrankten Menschen in einer therapeutischen Situation getragen. Es wird vielmehr von ihm erneut eine Anpassung an von außen gesetzte Bedingungen verlangt, und es gibt ein Zeichen von Gesundung, wenn diese Forderung verinnerlicht wird. Ich bin der Auffassung, daß bereits durch dieses Konzept ein erneutes Auftreten der psychotischen Reaktion wahrscheinlich gemacht wird, da das Anliegen des erkrankten Menschen unverstanden bleibt. Denn psychotische Reaktionen sind vielfach Versuche, aus der gewohnten eigenen und gesellschaftlichen Lebensweise auszubrechen und bisher nicht Gelebtes zu integrieren. Stattdessen wird mit dem Gefühl des Patienten mitagiert, wenn die Tatsache, daß er auch nach einer mitgemachten Rehabiltitation keinen Arbeitsplatz findet, auf die zunehmende Unmenschlichkeit in der Arbeitswelt zurückgeführt wird. Indem von therapeutischer Seite gesellschaftliche Mißstände für die Not psychisch erkrankter Menschen verantwortlich gemacht werden, bleibt der Patient in seinem Leid verlassen: Die eigentliche und wirklich stattgefundene Mißhandlung in der Primärgruppe bleibt unbeachtet.

Das Konzept der psychiatrischen Rehabilitation begründet seine Notwendigkeit damit, daß eine psychische Erkrankung angeblich mit bleibenden Funktionseinbußen einhergeht. *Dörner* (1985) geht davon aus, daß selbst nach einer erfolgreich abgeschlossenen Rehabilitation nur ein Drittel der Psychiatriepatienten den Belastungen des Arbeitslebens wieder gewachsen sein kann; für die übrigen zwei Drittel fordert er die Schaffung von Arbeitsplätzen auf dem zweiten und dritten Arbeitsmarkt bzw. in beschützenden Einrichtungen. Abgesehen davon, daß das eine Fortführung der bestehenden Aussonderung von psychisch erkrankten Menschen bedeutet und damit die Vorstellung von ihrer Wiedereingliederung in die Gesellschaft aufgegeben ist, führt das oft dazu, daß Psychiatriepatienten als billige Arbeitskräfte ausgebeutet werden. Von den Patienten, die in psychiatrischen Krankenhäusern in der Arbeitstherapie eingesetzt sind, sind 30% mit einfachster industrieller Auftragsarbeit beschäftigt, d.h. sie montieren Elektrostecker, tüteln Plastikbestecke ein oder falzen Papiertüten, und 67% arbeiten ebenfalls gegen geringste Bezahlung für den Betrieb der Anstalt wie z.B. in Kochküche oder Wäscherei, nur 3% sind außerhalb der Anstalt zu Arbeiten eingesetzt (*Gross* 1987). Gerade bei Langzeitpatienten, die 20—30 Jahre dieselbe Tätigkeit ausführen, besteht faktisch ein Arbeitsverhältnis, für das sie aber weder einen Arbeitsvertrag noch einen Rentenanspruch erhalten. Ich möchte sie als Leibeigene und Sklaven des 20. Jahr-

hunderts bezeichnen, die unter dem Etikett von Arbeitstherapie in Abhängigkeit und Unmündigkeit gehalten werden.

In der Dynamischen Psychiatrie wird Arbeit und Tätigsein als eine wesentliche Dimension menschlichen Lebens gesehen, gleichzeitig aber zu Recht die pathogene Organisation von Arbeit, wie sie in unserer Industriegesellschaft üblich ist, aus allgemeinpsychologischer Sicht kritisiert (*Ammon* 1982a). Unabhängig davon, ob Arbeit Mühe und Last ist oder ob sie der Selbstverwirklichung dient, gilt sie als für den Menschen bedeutsam. Zum einen kann erst durch das gemeinsame Arbeitsprojekt eine Gruppe zur Gruppe werden, zum anderen bildet sich im Spannungsfeld von Mensch, Arbeit und Gruppe Sozialenergie, wodurch Weiterentwicklung der Persönlichkeitsstruktur erfolgen kann. Sozialenergie entsteht in Gruppen durch Kontakt und Auseinandersetzung, durch Forderungen und Aufforderungen zum Tun, wie es gerade bei gemeinsamen Arbeitsprojekten der Fall ist. Dabei beruht der Wert der Arbeit auch darauf, daß sie dem Menchen eine Gruppe zu seiner Entwicklung gibt.

In der psychoanalytischen Milieutherapie (*Ammon* 1959, 1979) fließt diese Einschätzung der Arbeit in die Behandlung psychisch kranker Menschen ein. Eine Gruppe von Patienten wählt sich selbst ein Projekt, dessen Verwirklichung sie in allen Phasen selbst gestaltet. Der ganze Lebensbereich der Gruppe, Arbeit und Freizeit einschließend, ist dabei Erfahrungsfeld, und im Schutz der Gruppe und der Therapeuten kann eine frühere pathogene Dynamik aus der Primärgruppe wiederholt und wiedergutgemacht werden. In einem solchen sozialenergetischen Feld entsteht nicht nur die Arbeitsfähigkeit neu, die als sinnhaft erlebt werden kann, da sie durch das gemeinsame Projekt auf eine Gruppe von Menschen bezogen ist, sondern auch die Kontakt- und Beziehungsfähigkeit in einer Gruppe.

Arbeit ist jedoch nur eine Dimension menschlichen Lebens. Zur Identitätstherapie in der Dynamischen Psychiatrie gehört auch die Auseinandersetzung um Sexualität, Androgynität, Kreativität oder Religiosität des Menschen, um nur einige Bereiche zu nennen. Letztlich geht es darum, den gesamten Menschen in Körper, Geist und Seele zu kreativieren, ihn für einen kreativen Lebensstil zu öffnen, als dessen schöpferischstes Produkt die eigene Identität zu verstehen ist (*Ammon* 1971b).

Die Gegenüberstellung von psychiatrischer Rehabilitation und der Identitätstherapie in der Dynamischen Psychiatrie kennzeichnet einen Paradigmenwechsel, der nicht nur für die Psychiatrie, sondern für die gesamte Medizin bedeutsam ist. Denn die Dynamische Psychiatrie *Günter Ammons* betrachtet die Möglichkeiten der Identitätsentwicklung in der Gruppe als den Weg zur Gesundung eines Menschen. Sie gibt denjenigen die nach dem Abklingen der akuten Krankheitssymptome nach der Bedeutung ihrer Erkrankung fragen, die Möglichkeit, ihr Leid zu verarbeiten, es in ihre Lebensgeschichte zu integrieren und mit anderen Menschen zusammen für sich neue Werte und Lebensziele zu finden.

Some Critical Remarks on Psychiatric Rehabilitation from a Dynamic Psychiatric Point of View

Bernhard Richarz (München)

In today's medical treatment, usually methods of rehabilitation are used for developing a new prospect of life after severe illness. According to the code of social law rehabilitation is defined as all the necessary supports to prevent or to overcome disability and its consequences, with the aim of integration in the society according to the person's interests and abilities. Fitness for work is considered as most important. This approach and its aims also were taken over in psychiatry: *Rey* (1980) states as the first criterion for a successful rehabilitation that »an individual is able to fill his job in a independent and a responsible way«. Besides that, he mentiones the fulfilment of family affairs and the adequate organization of the own leisure time according to his own wishes and needs. *Häfner* (1976) considers as the most important aim of psychiatric rehabilitation the decrease of relapses and hospital readmissions. It is the main task for him »to use the actual abilities in such a way to minimize the psychic or economical burden for himself, his relatives and for the society«.

The author approves the positive results of the psychiatric rehabilitation for many patients which widely came into practice in the psychiatry of West Germany since the seventies. Summarizing several investigations, *Ciompi* (1980) reports on positive results in 55—57% of the cases. *Wöhrl* (1990) stresses the fact that psychiatric patients usually will retire from work without rehabilitation within a few years. The main topic of the author is to take issue with the concept of psychiatric rehabiltitation as described for instance by *Häfner* (1976) and *Lorenzen* (1989) which he wants to critize from the dynamic psychiatric point of view of the Berlin school of *Günter Ammon,* confining himself mainly to the aspects of schizophrenia and in-patient treatment. Outpatient rehabilitation is left out of consideration. The author's statements are based on his own experiences on the one hand in social psychiatry and asylums and on the other hand in dynamic psychiatry and in the german academy of psychoanalysis.

At the same time when departments of rehabilitation were established, *Ammon* (1971a) evolved his conception of psychotherapy of schizophrenia. In this conception the schizophrenic reaction is seen as an affection of the ego, which can be understood treated by study of the group dynamics of the primary and the actual group. The symbiosis complex is regarded as a main pathogenetic factor. This means that a symbiosis between mother and child could not be developed or not dissolved. By empathically accepting the symbiotic transference and the separation, by withstanding the patient's feelings of anxiety, mistrust and aggression by the therapist, the suffering of the patient can be understood and referred to real relations and experiences in the primary group. The dynamic psychiatric understanding of the schizophrenic reaction implies that it is possible to overcome the actual state of illness by an effective

therapy, which gives new hopes for change and development to the patients who are commonly given up.

The common concept of psychiatric rehabilitation is in essence based on the classical understanding of schizophrenia (*Kraepelin* 1883 and *Bleuler* 1911), which assumes, that there is no causal therapy possible. Thus, the common concept of psychiatric illness gives to the patient a feeling of helpless. The various pattern of explanations such as heredity, transmitting substances, vulnerability and stress, are for the patient not basically different from the delusions, he is suffering from. The relation of the patient to the therapist, who is helpless as well, is disturbed as soon as the patient asks for the cause of his illness. If there is no supportive relation between therapist and patient, the demarcation to the experience of delusions has to be set mainly by means of drugs. Their side-effects such as depression or tardive dyskinesia are taken into account. The autor points out, that this leads to the same impairments as a longterm hospitalization which is intended to be avoided.

Instead of rehabilitation and restoration of the fitness to work, the main interest of the Berlin school of dynamic psychiatry is the development of personality which is seen as a lifelong process. Man is living with the fundamental aim of forming his own identity, by experiencing oneself and others. For *Ammon* man develops in groups and gets ill in groups. An illness, e.g. an schizophrenic reaction can break out, if the deficits in the personality are no more compensated by other people or groups. Illness can be overcome by a retrieval of ego development within groups. Thus. the process of revovery is comparable to other processes of development and the forming of identity; psychic illness is no more something fateful, the myth of endogeneousness is abolished. The dynamic psychiatric approach of the schizophrenic reaction supersedes the patient's separation which is connected to this diagnosis.

The author refers to the conception of identity and identity therapy, as developed by *Ammon* (1983). The development of identity is one major aim in dynamic psychiatric treatment, which can take place within a sphere of mutual encounters of patient and therapist which are based on continuity and reliability. The patient is taken serious, self responsible and supported by the therapist in his seek for a new individual course of life, which is not meant to be well-adapted to society in any case. The therapeutic process of retrieval of the human functions and personality development can be seen as a prerequisite for the patient's ability to live and to get on well within his various groups of work, peers and interests.

Richarz critizes the psychiatric rehabilitation having restricted their aims mainly at readapting of the schizophrenic ill person to the cociety, especially-emphasising its fitness for work. It is not seen that an unability for work in fact can be a consequence of a deficient identity which has to be taken into account for therapy.

Generally, work is considered as an important healing factor for therapy and as a prevention of readmission to hospital (*Dörner* 1985). The work thera-

py as the main treatment measure of the psychiatric rehabilitation is structured in different levels according to time and performance ranging from occupational therapy up to an eight hours working per day with little payment in order to prepare the patient to the rules of the labour market. The adaptation to this alienating working conditions is seen as a sign for recovery. The author criticizes that in this way there is neither support for the patient's need for senseful work nor support for identity and development, it even can make a psychotic relapse more likely because the patient's concern and distress remains not understood. This is also the case when a failure of the rehabilitation is explained only by grievances of the society, which the author interprets as an acting out of the therapist. Due to the fact that the percentage of a fully successful rehabilitation is given by 30% (*Dörner* 1985), some efforts were made to establish so called protected workshop places, which means work on a very low and stupid level, with very little payment and no pension. The author characterizes this as slavery of the 20th century, especially when patients have to work there for more than 20years as it is common.

The author describes the psychoanalitic milieu therapy developed by *Ammon* (1959, 1979) which is put into practice in the dynamic psychiatric hospital Menterschwaige, Munich. It reflects his conception of work which is seen as an essential dimension of life. A group of patients is working on a project they have chosen by themselves involving all aspects of living of the group, work and leisure time of the patients. Within this overall field of experience, embedded by the protection of the group and the therapists, the former pathogenetic dynamics of the primary group and the actual situation of the members can become evident, can be understood and treated. In this socialenergetic field the ability of work can be developed and be experienced as senseful, since contact, the ability of building up relationships is encouraged by the common project.

Besides of the dimension of work, the author mentiones the dimensions of sexcuality, androgynity, creativity and religion, which all are part of the identity therapy of the dynamic psychiatry, encouraging the patient to live his own creative life-style. In contrast to the common conception of psychiatric rehabilitation, this approach can be regarded as a change of paradigm.

Literatur

Ammon, G. (1959): Theoretical Aspects of Milieu Therapy. The Menninger School of Psychiatry. Topeka, Kansas, USA
— (1971a): Auf dem Wege zu einer Psychotherapie der Schizophrenie. In: Dyn. Psychiat. (4) 9—28, 123—167, 181—201
— (1971b): Kreativität und Ich-Entwicklung in der Gruppe. In: Dyn. Psychiat. (4) 269—295
— (Hrsg.) (1979): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 1 (München: Ernst Reinhardt)
— (1980): Ich-strukturelle und gruppendynamische Aspekte bei der Entstehung der Schizophrenie und deren Behandlungsmethodik. In: Dyn. Psychiat. (13) 429—448
— (1982a): Arbeit, Gruppe und Gesellschaft. In: Dyn. Psychiat. (15) 268—285

— (1982b): Identität — ein Geschehen an der Grenze von Raum und Zeit. In: Dyn. Psychiat. (15) 114—128
— (1983): Das Prinzip der Sozialenergie im holistischen Denken der Dynamischen Psychiatrie. In: Dyn. Psychiat. (16) 169—191
— (1987): Schizophrenie — ein ganzheitliches Geschehen. In: Dyn. Psychiat. (20) 1—23
Bleuler, E. (1911): Dementia praecox oder die Gruppe der Schizphrenien. In: Handbuch der Psychiatrie (Aschaffenburg, Leipzig, Wien: G. Deuticke)
Ciompi, L. (1987): Resultate und Prädiktoren der Rehabilitation. In: Rehabilitation in der Psychiatrie, Int. Symposium München 8.—10.4.1987, Dokumentation Band III
Dörner, K. (1985): Gesundes Arbeiten für psychisch kranke Menschen. In: *Seyfried, E.* (Hrsg.): Arbeit und seelische Gesundheit (Bonn: Psychiatrie)
Gross, W. (1987): Arbeitstherapie. Zur Bedeutung von Arbeit bei der Rehabilitation psychisch kranker und behinderter Menschen (Mannheim: Ehrenhof)
Häfner, H. (1976): Rehabilition Schizophrener. In: *Huber, G.* (Hrsg.): Therapie, Rehabilitation und Prävention schizophrener Erkrankungen (Stuttgart: Schattauer)
Hogarty, G.E. (1988): Resistenz schizophrener Patienten gegen eine soziale und berufliche Rehabilitation. In: *Bender, W., Dencker, S.J., Kulhanek, F.* (Hrsg.): Schizophrene Erkrankungen. Therapie, Therapieresistenz — eine Standtortbestimmung (Braunschweig: Vieweg)
Kraepelin, E. (1883): Psychiatrie — ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. (Leipzig: Barth)
Lorenzen, D. (1989): Praxis der psychiatrischen Rehabilitation (Stuttgart: Enke)
Rey, E.R. (1980): Schizophrene Störungen. In: *Wittling, W.* (Hrsg.): Handbuch der klinischen Psychologie, Bd. 5 Therapie gestörten Verhaltens (Hamburg: Hoffmann & Campe)
Wöhrl, H.G. (1990): Eingliederungschancen von Absolventen des BFW Heidelberg mit einer psychischen Behinderung. In: Rehabilitation (29) 84—92

Adresse des Autors:

Dr. med. Bernhard Richarz
Orleansstraße 53
W-8000 München 80

The Adaptation of Ego Structure Test developed by Ammon in Hungary — The Process of Validation and First Results***

György Koczan*, Sándor Fekete*, P. Ozsváth*, Károly Ozsváth** (Pécs)

Die Autoren stellen den Validierungsprozeß und erste Ergebnisse bei der Anwendung des Ich-Struktur-Tests nach Ammon in der ungarischen Psychiatrie dar. Sie gehen dabei von einer interkulturellen Übertragbarkeit der Testitems aus, berücksichtigen aber bei der Übersetzung spezifische ungarische emotionale Ausdrucksformen. Die vorliegende Pilotstudie an 100 Patienten verschiedener Diagnosegruppen wurde testanalytisch bezüglich Validität und Reliabilität untersucht und mit Ergebnissen einer deutschen Gruppe (Ammon et. al. 1982) verglichen. Die Ergebnisse sprechen für eine unterschiedliche Art des Umgangs mit psychiatrischen Patienten, die in Ungarn früher und häufiger in Kliniken eingewiesen werden als in Deutschland. Die Autoren halten weitere ISTA-Vergleichsuntersuchungen mit einer gesunden ungarischen Kontrollgruppe für nötig. Nach Ansicht der Autoren könnte auf diese Weise die Persönlichkeitstheorie und Behandlungsmethodik der Dynamischen Psychiatrie in einem transkulturellen Kontext analysiert werden.

The efforts to measure and to make quantifiable the psychological concepts, which were constructed on the basis of different philosophical and anthropological premises are quite old in the history of psychology. The success of these investigations established the first conditions for psychology to become an independent science at the end of the last century. In consequence of these studies from epistemiological point of view the psychological categories tended to be not only understandable but explicable, too. The resolution of dichotomy of »verstehen« and »erklären« was possible. The personality theory of dynamic psychiatry outlined by *Ammon* with the help of the ego structure test, constructed also by *Ammon,* became completed because in this way the categories of the dynamic psychiatry were converted into measurable and quantifiable concepts (*Ammon* 1982). Therefore applying the system in the every day praxis it is possible to make comparisons both inside a given culture or among different cultures, too.

The theoretical basis of measurement of central ego functions was defined by *Ammon* explaining, that the unconscious drives and motives are expressed in the interactions and decisions of every person. In different dynamically controlled group situations the resolutions of conflicts, the problem-resolving strategies, the basic self-reporting statements chosen in conscious level by different people contain the unconscious ego-structure of these persons. In these decisions and forms of self expressions the constructive, deficient and destructive forms of anxiety, aggression, narcissism and ego demarcation ego to outside and inside we are able to explore. The members of school of dynamic psychiatry

* M.D., Clinical of Psychiatry and Medical Psychology, Medical University of Pécs, Hungary
** Prof. M.D., Director of the Clinic of Psychiatry and Medical Psychology, Medical University of Pécs, Hungary
*** Vortrag gehalten auf dem 8. Weltkongreß der WADP/XXI. Internationales Symposium der DAP vom 5.—8. Oktober 1990 in der Hochschule der Künste Berlin

in Berlin, on the basis of their psychotherapeutic experiences formulated typical items, self-reporting statements in which they expressed the above mentioned unconscious ego functions. These statements serve as items of the ego structure test. On the basis of the answers, given by the patients, with the help of mathematical statistical methods we can analyse and measure the central ego functions.

In the Clinic of Psychiatry and Medical Psychology of Medical University of Pécs, organizing our diagnostic and therapeutical work, we applied the theories of dynamic psychiatry, constructed by *Ammon.* In order to analyse the effectivity of our psychotherapeutic works like grouptherapy, music-therapy, dance-therapy and to make more exact our diagnostic abilities we plan to introduce in our practice the ego structure test.

Therefore first we translated the items into Hungarian. Besides the exact translation, where the special German phrases were misunderstandable, we took account of the special Hungarian phrases to express the given emotional states, too. It was built in the test on the basis of content analysis. Furthermore after administering the first copies of the test to a small sample randomly chosen from our patients (the sample size was 30) we computed for each item the difficulty- and the discrimination- indices are computing the *Cronbach* alpha we fixed the items total correlation coefficients, too. Where these indices were statistically unacceptable, we reanalysed the translation of the given items *(Guilford* 1954). Sometimes the translation was too »soft« and therefore more than 90% of our patients accepted these items. And in opposite, in some cases the formulation was very »hard«, and because of this fact our patients had to refuse the items. In these cases maintaining the original content of the items, we corrected the translation. In order of an exactly controlled translation process it would be important to translate back the Hungarian version of the test into German. Before we finish the validation procedure, we plan to complete this process, too. We considered our first investigation as pilot study, and we asked 100 randomly chosen patients to fulfill the ego structure test.

The mean age of our patients was 36,6 years (the mode 30,0, the standard deviation 11,9, the standard error 1,5). 35% of our patients were male and 65% were female. The diagnoses of patients were psychosis maniaco-depressiva (17,6%), schizophrenia (10,3%), borderline personality (22,1%), alcohol dependence (16,2%), neurotic disorders (16,7%) and schizoaffective disorders (12,6%). The remaining patients had other diagnoses, 36,8% of our patients were admitted to the Clinic because of suicide attempt.

The coding processes and statistical analysis were made with the help of IBM AT computer, using the SPSS statistical program package.

Next we demonstrate step by step the results of test-analysis, the investigation of validiaty and reliability of the test, and we will present the similarities and differences in comparing our own results with the results of the investigations, conducted by *Ammon* and *Burbiel* in Berlin with the original test (*Ammon* et al.1982; *Burbiel, Finke, Wagner,* 1982; *Burbiel, Fabian, Emmert, Wolfrum* 1989).

First we analysed the distribution of sum-points of sub-scales, measuring the constructive, deficitary and destructive forms of central ego-functions. We registered, that the distribution of all sum-points follows the normal curve. On the basis of the means and standard deviations we certificated, that the sample of 100 patients is enough to get statistically significant results.

To test the internal reliability of the test, according to the methods applied by *Ammon* and *Burbiel,* we computed the intercorrelations of the subtests which measure the central ego-functions (Fig. 1). The figure demonstrates, that the constructive ego-functions show negative or not significant correlations with the deficient and destructive ego functions. On the basis of this fact we may suppose, that the answers of our patients, given in the ego structure test, may reflect the basic assumption of the dynamic psychiatry, namely origin of the deficient and destructive ego functions in the lack of social energy in opposite of the constructive ego functions, which are the results of a well-balanced personality development in different dynamically controlled group situations.

	Constr. Aggr.						
Dest. aggr.	—0.23*	Destr. aggr.					
Def. aggr.	—0.59*	0.02	Def. aggr.				
Constr. anxiety	0,38*	0.008	—0.31*	Constr. anxiety			
Destr. anxiety	—0.45*	0.24*	0.57*	—0.42*	Destr. anxiety		
Def. anxiety	—0.001	0.28*	0.16*	0.07	0.27*	Def. anxiety	
Demarc. outs.	0.55*	—0.1	—0.62*	0.42*	—0.67*	—0.02	Demarc. outs.
Demarc. ins.	0.33*	—0.42*	—0.47*	0.32*	—0.78*	—0.36*	0.55*

* $p < 0.05$

Fig. 1: Intercorrelations of subscales of ego structure test

To analyse further the internal reliability — following the steps of investigations of *Ammon* and his coworkers (*Ammon* et al. 1982), we computed the *Cronbach* alpha index for every sub-test (Fig. 2) (*Cronbach* 1951). On the basis of comparisons of the reliability coefficients, we may see, that the reliability of three sub-scales of the Hungarian test is lower than those in Germany. The ego-functions of constructive and deficient anxiety and furthermore the ego demarcation to outside are lower in Hungary. This fact may be considered as a consequence of the translation process, and therefore it reflects only a semantical problem. But taking into account the above mentioned data about the inter-correlations of the ego-functions, by which we validated the hypothesis that the constructive ego-functions exclude the deficient and destructive ego-functions, we may rather propose special Hungarian reactions being expressed in these sub-scales. The over-emphasized deficient anxiety with the lack of the constructive forms of anxiety shows, that in the Hungarian population there

are not present effective mechanisms to copy with anxiety. This reflects on the every-day psychiatric practice in those forms, that in the case of the first appearance of psychopathological symptoms the doctors usually send patients to hospitals. So, in that way, the reactions to anxiety are not the facilitation of ego-strength, and they do not build up effective elaborating strategies. Instead of this the usual hospitalisation protects the patient from outside by pressing him to regression.

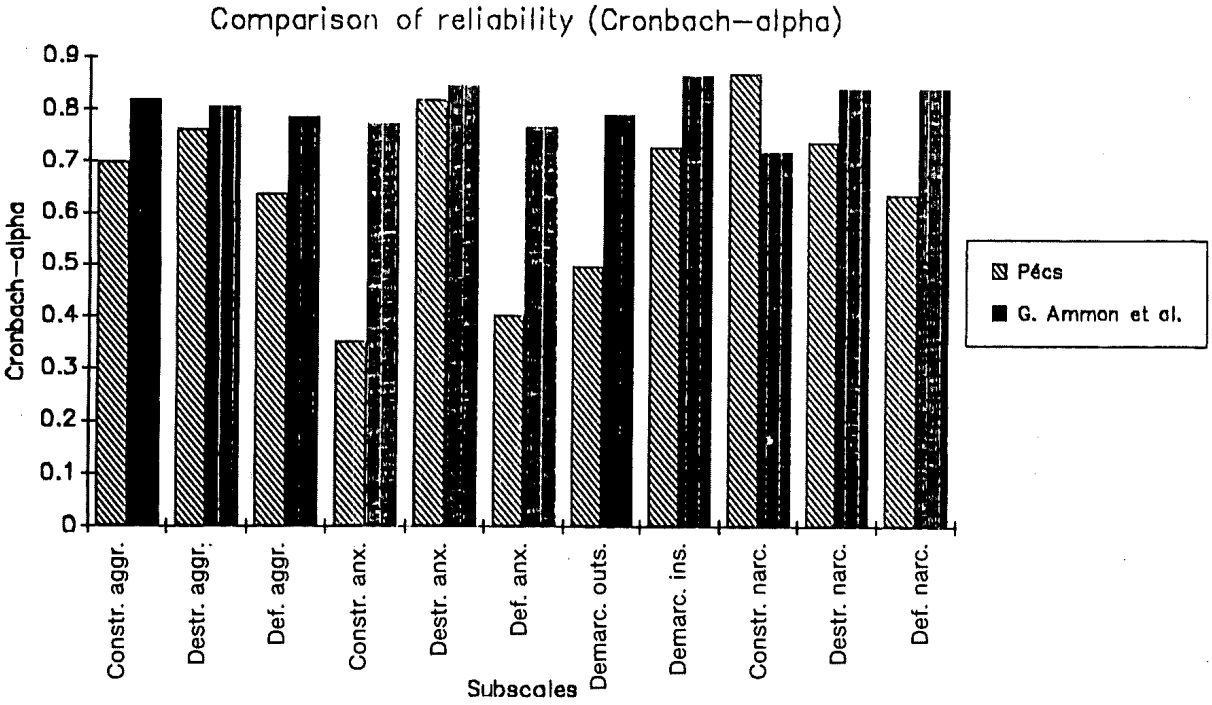


Fig. 2: Comparison of reliability (Cronbach-alpha)

To analyse the internal consistency we made a factor analysis, too (Fig. 3). On the basis of statistical significance we were able to extract two factors. The first factor may be considered as the factor representing the psychological healthy state. In this factor there are the central ego-functions with high factor score, which characterize the well-balanced personality, like the constructive aggression, anxiety, narcissism and the good demarcation of the self. The deficient and destructive ego-functions show negative factor scores. In the second factor we may see the opposite results. These data also verify the internal consistency of the test.

To describe the summarized psychopathological picture of the Hungarian patients we demonstrate the sum-points of every sub-scale in comparison with the German data (Fig. 4). It can be seen, that in the ego-structure of Hungarian patients the constructive narcissism is present with higher value than in German patients. The ego-function of aggression is higher in each aspect among the German patients. The situation is the same the anxiety, too. In sum we may

Subscales	Factor 1	Factor 2
Constr. aggression	0.82853	0.06008
Demarc. outs.	0.70814	— 0.37813
Def. aggression	— 0.70463	0.27048
Constr. anxiety	0.50604	— 0.11210
Constr. narcissism	0.46570	0.15138
Def. narcissism	— 0.46210	0.45944
Demarc. ins.	0.43687	— 0.75634
Destr. aggression	0.23564	0.66623
Destr. narcissism	— 0.52162	0.62518
Destr. anxiety	— 0.59720	0.59925
Def. anxiety	0.00321	0.47018

	Factor 1	Factor 2
Factor 1	0.76949	— 0.63866
Factor 2	— 0.63866	0.76949

Fig. 3: Results of factor analysis. Roated factor matrix

say, that the personality structure of the German patients shows more difficulties, than it is present in our investigation in Hungary. This fact may correspond with the above mentioned Hungarian psychiatric practice, too, namely, in Hungary mild psychiatric symptoms are treated mainly in hospitals. To decide wether this is good or not, it needs further investigations. But it is sure, this practice is more expensive.

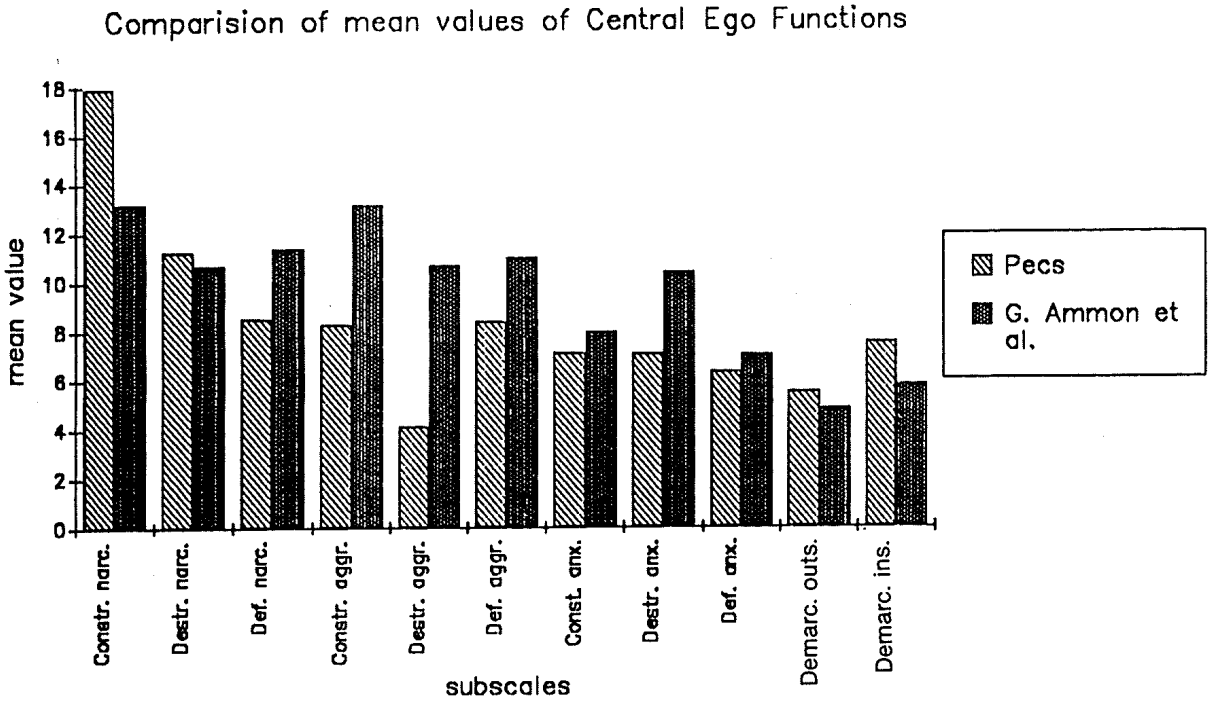


Fig. 4: Comparison of mean values of central ego-functions

We demonstrate the comparison of the ego-functions to one other, too. The standardisation was made according to the methods of Z-transformation, which is well known from the measurement of intelligence. We expressed the deviation of sum-points from the mean value with the help fo standard deviation. So the sum-points, which are not higher or lower than the average +/— 0,5 standard deviation, we may consider as normal values. Above these values there are the positive, behind the negative groups. As an example we demonstrate (Fig. 5), that among our patients in emphasized forms there are present the destructive and deficient forms of aggression. In the figure the curves

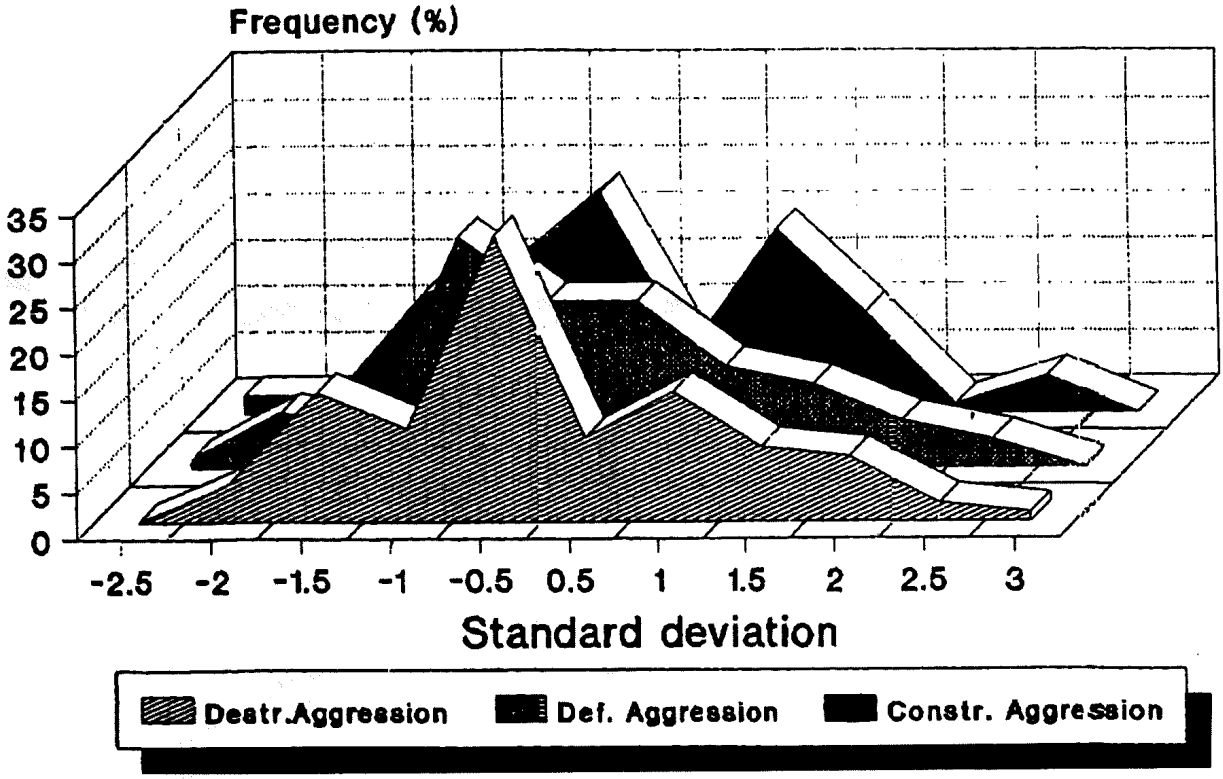


Fig. 5: Distribution of sum-point of aggression. Z — transformation

which demonstrate the distribution of transformed sum-points of destructive and deficient aggression show a spike in the negative range. In opposite the distribution of sum-points of constructive aggression contains a spike in the positive range. The situation is the same in the case of anxiety, too (Fig. 6). Among the destructive ego-functions anxiety is the most intensive, it is followed by aggression and narcissism (Fig. 7).

To analyze the external validity of our test, we disregarded to use normal controls. Instead of this method, we tested the hypothesis, how the results of the egostructure test show connections with the seriousness of illness. Therefore we classified the patients on the basis of different indices, which reflect the seriousness of the process of illness, the intensity of symptoms, the dysfunctional events of life history and the signs of the disorganisation of family structure and social status of patients. According to our analysis, we had to conclude, that these indices show a very intensive correlation of the length of the illness and consequently with the age of our patients. On the basis of our

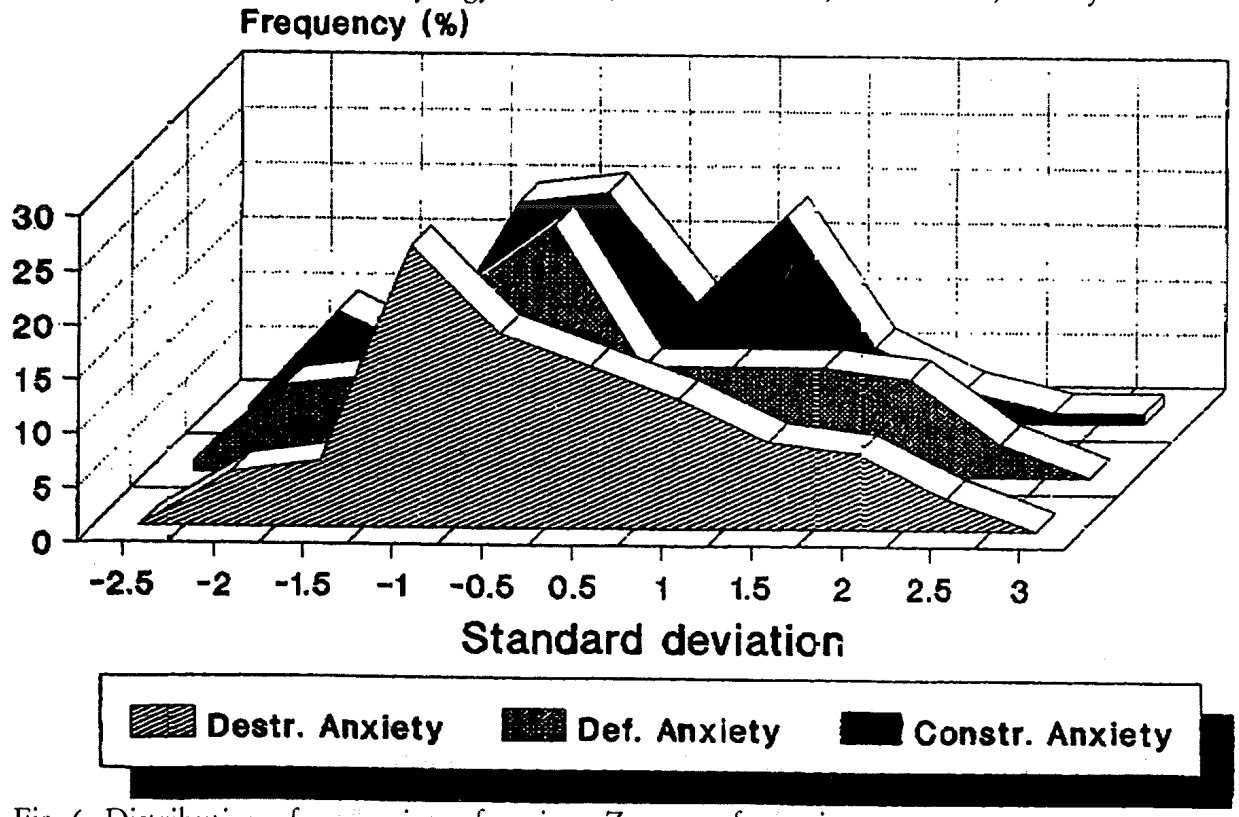


Fig. 6: Distribution of sum-points of anxiety. Z — transformation

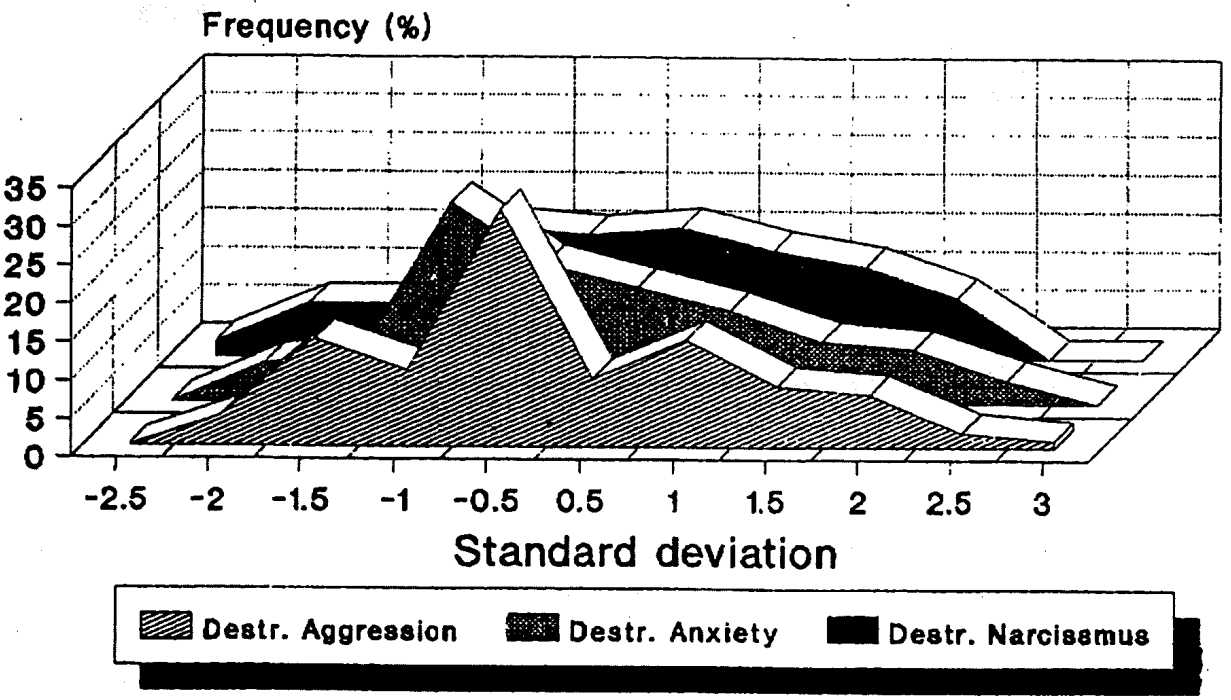


Fig. 7: Distribution of sum-points of subscales of destructive ego-functions. Z — transformation

data, we were able to prove the fact, that the age of patients shows a good correlation with the sum-points of the egostructure test (Fig. 8). Therefore we may assume, that the length of the illness probably causes more serious personality destructions. We have to mention, that the major part of our patients were treated only mainly with anti-psychotic drugs. The long time psychotherapy is only an exception.

In sum, we may say, that our experiences with the validation process and the first administration of the egostructure test, developed by *Ammon* are

stimulating. The test with further corrections and in comparison with normal control tends to be an useful tool to facilitate the exactness of our diagnostic work and to measure the effectivity of our psychotherapeutic activities. Behind of these functions, with the help of the test, the personality theory and psychotherapeutic processes of dynamic psychiatry constructed by *Ammon* will be possible to be analyzed in transcultural context, too.

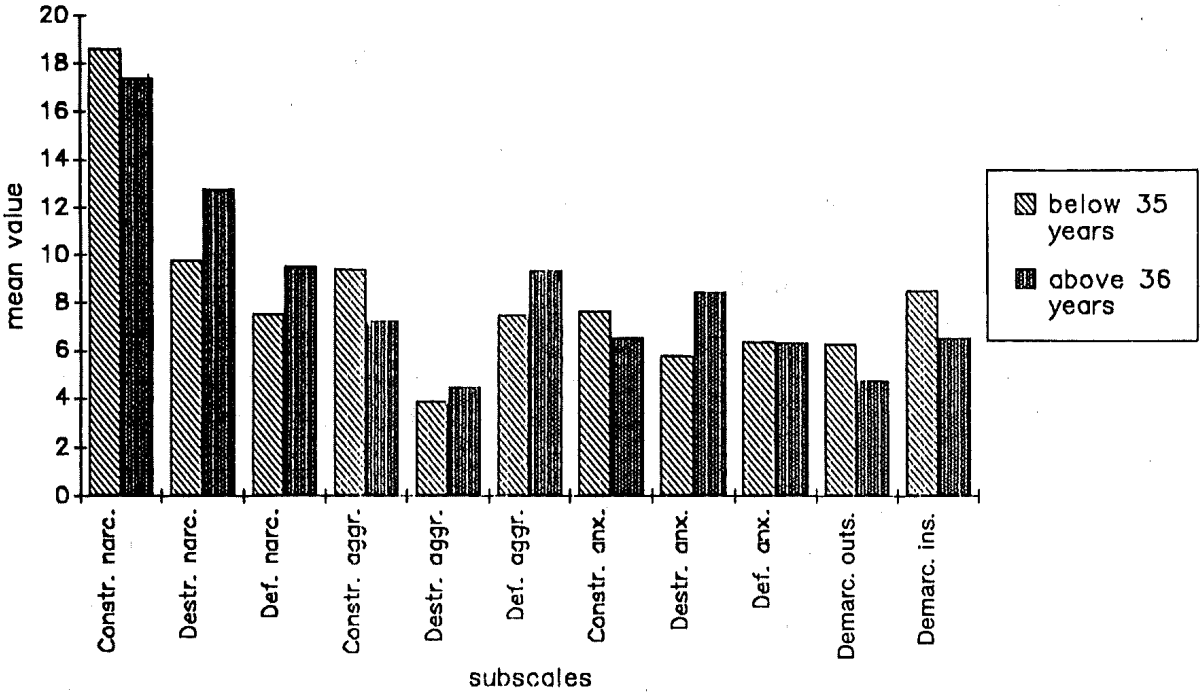


Fig. 8: Mean values of ego-function subcales according to age

Die Anwendung des Ich-Struktur-Tests nach Ammon in Ungarn — Validierungsprozeß und erste Ergebnisse

György Koczan, Sándor Fekete, P. Ozsváth, Károly Ozsváth (Pécs)

Die Autoren der vorliegenden Arbeit gehen davon aus, daß mit Hilfe des Ich-Struktur-Tests nach *Ammon* (ISTA) die Persönlichkeitstheorie der Dynamischen Psychiatrie in meßbare und quantifizierbare Kategorien unterteilt werden kann. Damit könnte, so die Hypothese der Autoren, die Anwendung der dynamisch-psychiatrischen Behandlungskonzeption in der therapeutischen Praxis auch vergleichend für unterschiedliche Kulturen erfolgen.

Der auf der theoretischen Basis eines im Menschen vorhandenen unbewußten Potentials, in dem sich die Beziehungen, Interaktionen und Entscheidungen des Einzelnen ausdrücken, entwickelte Ich-Struktur-Test nach *Ammon* (ISTA) wird in seinem Aufbau beschrieben und die einzelnen Skalen werden von den Autoren kurz erläutert. Der ISTA wurde bisher für die zentralen Ich-Funktionen der Angst, der Aggression, der Abgrenzung und des Narzißmus in den Skalen konstruktiv, destruktiv und defizitär konstruiert.

In der psychiatrischen Universitätsklinik Pécs in Ungarn wenden die Verfasser seit einiger Zeit die Behandlungsmethodik der Dynamischen Psychiatrie *Günter Ammons* an. Um ihre Diagnostik und Therapie effektiver zu gestalten, wollen die Autoren den ISTA in ihre klinische Arbeit einführen. Zu diesem Zweck wurde der ISTA unter Beachtung der spezifisch ungarischen Semantik übersetzt und die ungarische Version des ISTA mittels statistischer Analyse an einer Probanden-Gruppe von 30 Patienten erprobt.

Die vorliegende Arbeit stellt eine Pilotstudie zur Erfassung der Validität und Reliabilität der ungarischen Testversion des ISTA an 100 ungarischen psychiatrischen Patienten verschiedener Diagnosegruppen dar, deren Testergebnisse mit statistischen Methoden ausgewertet wurden. Die Ergebnisse werden mit den deutschen Daten des Original-ISTA verglichen.

Nach Überprüfung der Normalverteilung der Stichprobe wird die interne Reliabilität des ISTA überprüft, indem Interkorrelationen jedes Subtests berechnet werden. Es zeigt sich, daß konstruktive Ich-Funktionen negative oder nicht signifikante Korrelationen mit defizitären oder destruktiven Ich-Funktionen aufweisen. Dieses Ergebnis könnte nach Ansicht der Autoren als Ausdruck der dynamisch-psychiatrischen Grundannahme aufgefaßt werden, daß der Ursprung der defizitären und destruktiven Ich-Funktionen in einem Mangel an Sozialenergie liegt, während konstruktive Funktionen als Folge einer sozialenergetisch ausgeglichenen Persönlichkeitsentwicklung entstehen (Abb. 1).

Im Vergleich zur Originaluntersuchung von *Ammon* und *Burbiel* untersuchen die Autoren mit Hilfe des *Cronbach*-Alpha-Index die Reliabilitätskoeffizienten für jeden Subtest. Sie kommen dabei zu dem Ergebnis, daß die Reliabilität von drei Subskalen der ungarischen Untersuchungsgruppe niedriger liegt als bei der deutschen Gruppe: in der Skala der konstruktiven Angst, in der defizitären Angst sowie in der Ich-Abgrenzung nach außen (Abb. 2). Jenseits semantischer Fehler durch die Übersetzung ins Ungarische vermuten die Autoren, daß die ungarischen Patienten keine effektiven, konstruktiven Mechanismen zur Angstbewältigung erworben haben, da sie, wie in Ungarn üblich, bereits beim Auftreten geringster psychiatrischer Symptome hospitalisiert werden. Darüber hinaus weisen die Autoren darauf hin, daß fast alle Patienten der Stichprobe ausschließlich mit Neuroleptika behandelt werden, was zu einer inneren Abschirmung der Patienten führt.

In Abb. 3 zeigen die Autoren das positive Ergebnis bezüglich der internen Konsistenz des ISTA.

Ein gesamtes psychopathologisches Strukturbild der ungarischen im Vergleich zur deutschen Patientengruppe wird in Abb. 4 dargestellt, wobei die Verfasser die Gesamtwerte aller ungarischen Subskalen mit allen deutschen Skalenwerten vergleichen. Die Aggressions- und Angstwerte liegen in allen Skalen bei den deutschen Patienten höher als bei den ungarischen, während die Werte des konstruktiven Narzißmus bei den Ungarn insgesamt höher liegen.

Mit Hilfe der Z-Transformation vergleichen die Autoren die einzelnen Ich-Funktionen der ungarischen Patienten untereinander und finden die höchsten Mittelwerte bei destruktiver und defizitärer Aggression und Angst (Abb. 5—7).

Zur Untersuchung der externen Validität des ISTA verwenden die Autoren keine Normalkontrollgruppe, sondern stellen die Hypothese auf, daß ein Zusammenhang der ISTA-Ergebnisse zum Schweregrad der Erkrankung besteht. Sie finden bei ihren Auswertungen eine enge Beziehung zwischen Krankheitsdauer und Lebensalter der Patienten und den Gesamtwerten des ISTA. Daraus schließen sie, daß bei einer langen Krankheitsdauer eine schwere Strukturschädigung der Persönlichkeit vorliegt.

Zusammenfassend kommen die Verfasser zu dem Schluß, daß der ISTA die psychiatrische Diagnostik und Therapie in Ungarn verbessern und eine Effizienzuntersuchung bei psychotherapeutischer Behandlung ermöglichen könnte, wenn weitere Verbesserungen im Vergleich mit einer Normalkontrollgruppe vorgenommen werden. Daneben halten die Autoren den ISTA als Hilfsmittel zur Analyse der Persönlichkeitstheorie und Behandlungsmethodik der Dynamischen Psychiatrie im transkulturellen Vergleich für sinnvoll.

Literature

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

Burbiel, I., Finke, G., Wagner, H. (1982): Der Ich-Struktur-Test des Narzißmus nach *Ammon*. Entwicklung und erste Ergebnisse. Referat gehalten auf dem 1. Weltkongreß der WADP, Dez. 1982, Travemünde. (Unveröffentl. Manuskript)

Burbiel, I., Fabian, E., Emmert, Ch., Wolfrum, G. (1989): Klinisch-Psychologische Effizienzuntersuchung bei der stationären Behandlung von Borderline-Patienten in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige. In: Dyn. Psychiat. (22) 343—365

Cronbach, L.J. (1951): Coefficient alpha and test internal structure of tests. In: Psychiatrika (18) 297—334

Guilford, J.P. (1954): Psychometric Methods (New York: Mc Graw Hill)

Address of the authors:

G. Koczan, M.D., S. Fekete, M.D.,
P. Ozsváth, M.D., Prof. K. Ozsváth, M.D.
University Medical School of Pécs
Ret. u. 2
7623 Pécs
Hungary

Zur Stabilität des Autokinetischen Lichttests*****

Ilse Burbiel*, Renate Bez** (München), Monika Dworschak*** (Berlin), Henrike Oetzmann**** (München)

Die vorliegende Arbeit stellt die Ergebnisse einer klinisch-psychologischen Untersuchung zur Stabilität des Autokinetischen Lichttests (AKL) mit Patienten der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige dar. Auf dem Hintergrund der humanstrukturellen Theorie Günter Ammons wird der AKL als ein Instrument zur Einschätzung konstruktiver, destruktiver und defizitärer Regulationsprozesse der Persönlichkeit eingesetzt. Anliegen der Studie ist die Überprüfung der Stabilität der Standardparameter des AKL nach Voth (Bewegungsangst, Länge, Spannweite und Haltepunkte) gegenüber momentanen und unsystematischen Einflüssen. Dafür wurden 14 Patienten unterschiedlicher Diagnosegruppen über zehn Testtage mit dem AKL untersucht und die drei Standardparameter der entstandenen Bewegungsbilder mittels Zeitreihenanalyse und Korrelationsstudien statistisch ausgewertet. Die unterschiedlich hohe Stabilität der Parameter wird von den Autoren diskutiert. Beispielhaft werden die Veränderungen der AKL-Bewegungsbilder, aufgenommen in vierwöchigen Abständen, während der gesamten stationären Behandlungszeit eines Patienten, dargestellt.

Der Autokinetische Lichttest (AKL) wird zusammen mit zahlreichen anderen psychologischen, psychiatrischen, dynamisch-psychiatrischen und internistisch-psychosomatischen Untersuchungsmethoden für die diagnostische Beschreibung der Persönlichkeitsstruktur (Humanstruktur) der in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige behandelten Patienten eingesetzt. Bereits 1959 hat *Ammon,* bezugnehmend auf die Arbeit von *A.C. Voth* (1947) und seinem Sohn *H.M. Voth* in Zusammenarbeit mit *M. Mayman* (1959), auf die Bedeutsamkeit des AKL für die Einschätzung der Ich-Regulationsfähigkeit von Patienten hingewiesen (*Ammon* 1959). Ermutigt durch die Ergebnisse einer Fülle theoretischer und experimenteller Untersuchungen von *H.M. Voth* und Mitarbeitern (vgl. z.B. *Voth* 1962; *Voth, Mayman* 1967; *Voth, Voth* 1971; *Voth, Cancro* 1972) hat die Psychologisch-Diagnostische Abteilung der Klinik Menterschwaige in den achtziger Jahren begonnen, auf der Grundlage der humanstrukturellen Theorie *Günter Ammons* eine Reihe von empirischen Studien durchzuführen, mit dem Ziel, den AKL zu einem diagnostischen Instrument weiterzuentwickeln (*Ammon* et al. 1982; *Ammon, Burbiel, Stuck* 1983; *Burbiel, Stuck* 1984; *Burbiel, Seidler* 1986; *Ammon, Burbiel, Peschke* 1988; *Burbiel, Peschke* 1989).

Das Autokinetische Phänomen wurde zum erstenmal im neunzehnten Jahrhundert von *Alexander von Humboldt* beschrieben. Er beobachtete, daß beim

* Dipl.-Psych., Dr. phil., Klinische Psychologin (BDP), Lehranalytikerin der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), Leiterin der Psychologisch-Diagnostischen Abteilung der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige München

** Dipl.-Psych., Milieutherapeutin der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige München

*** Dipl.-Psych., freie Mitarbeiterin der Psychologisch-Diagnostischen Abteilung der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige München

**** Dipl. Soz. Päd., freie Mitarbeiterin der Psychologisch-Diagnostischen Abteilung der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige München

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

Fixieren eines Sternes am Nachthimmel dieser als sich bewegend wahrgenommen wird. Das Autokinetische Phänomen wird demnach definiert als subjektiv wahrgenommene Bewegung eines objektiv feststehenden Lichtpunktes in der Dunkelheit. Seitdem wurde das Autokinetische Phänomen durch experimentelle Reproduktion in einer Fülle von Untersuchungen unter verschiedensten Fragestellungen erforscht.

Die in der Klinik gewählte experimentelle Versuchsanordnung basiert auf der bei *Voth* (1947) beschriebenen Anordnung: die Versuchsperson (Vp) sitzt in einem völlig abgedunkelten, reiz- und geräuschlosen Raum, in dem ein winziger Lichtpunkt die einzige Reizquelle darstellt. Fixiert der Beobachter nun den Lichtpunkt, nimmt er diesen in der Regel als sich bewegend wahr, in Form von weiten Kreisen, bizarren Kurven oder aber in langsamen, immer wieder anhaltenden Bewegungen. Je nach Vp ist die Art und das Ausmaß der Bewegung verschieden und individuell, ebenso die während der Versuchssituation erlebten Gefühle. Sie können das gesamte Spektrum umfassen, angefangen von Freude, lustvollen Gefühlen und Entspannt-Sein bis hin zu Traurigkeit, Angst und Wut. »Die Reaktion auf den Lichtpunkt kommt ausschließlich aus dem Inneren des Beobachters und erfolgt unmittelbar bildhaft in Form einer Bewegungswahrnehmung, deren Dynamik nur geringer Steuerungsmöglichkeit unterliegt« (*Ammon, Burbiel, Peschke* 1988).

Der Versuch wird in einem etwa 12 m^2 großen, völlig abgedunkelten Raum durchgeführt. Die Vp sitzen an einem Tisch etwa 3 Meter von dem Lichtpunkt entfernt. Auf dem Tisch vor der Vp liegt ein 60 x 70 cm großer Zeichenblock, der durch einen Holzrahmen begrenzt wird. Am anderen Ende des Tisches steht ein schwarzer würfelförmiger Kasten mit der Kantenlänge von ca. 20 cm, der Licht durch ein kleines Loch von weniger als einem Milimeter ausfallen läßt. Die darin befindliche Glühbirne kann von außen eingeschaltet werden. Der Versuchsleiter führt die Vp in den abgedunkelten Raum zu ihrem Stuhl und erteilt folgende Versuchsanweisung: »Das Experiment dauert 10 Minuten. Die Tür des Raumes wird nicht abgeschlossen, und ich bleibe in dem Raum nebenan und warte bis die 10 Minuten vorbei sind. Sie nehmen nun an diesem Tisch Platz und halten den Bleistift auf den Mittelpunkt des Blattes vor Ihnen. Sie werden gleich einen Lichtpunkt sehen. Bitte behalten Sie diesen die ganzen 10 Minuten im Auge. Falls der Lichtpunkt sich bewegt, vollziehen Sie die Bewegung mit dem Bleitstift auf ihrem Blatt nach, und zwar möglichst genau in der gleichen Richtung und mit der gleichen Geschwindigkeit, wie sich das Licht bewegt. Hört die Bewegung auf, machen Sie an der Stelle, wo Sie gerade sind, ein kräftiges, gut sichtbares Kreuz. Geht die Bewegung weiter, zeichnen Sie von dem Kreuz ab wieder mit. Geraten Sie einmal an den Rand des Zeichenrahmens, so heben Sie ihren Bleistift vom Papier ab, setzen ihn in der Mitte des Blattes wieder auf, und machen von da ab weiter.«

Ausgewertet wird das Bewegungsbild nach den von *Voth* (1947) entwickelten Standardparametern Länge (L), Haltepunkte (H), Abstand vom Mittelpunkt (A), Spannweite (S) und der Formel $K = \sqrt{\frac{L \times A \times S}{(H+1)}}$, die die Parameter zu-

einander in Beziehung setzt. Die Länge wird mit einem Entfernungsmesser ausgewertet. Die von der Vp durch ein Kreuz markierten Haltepunkte werden gezählt, der Abstand vom Mittelpunkt zu der entferntesten Markierung und die Spannweite, d.h. die gesamte Länge des Abstandes zwischen den äußersten Punkten der Zeichnung, werden ausgemessen. Ergänzt wurden diese Parameter von *Burbiel* und *Stuck* (1984) um folgende qualitative Struckturparameter, die durch geschulte Rater auf einer Schätzskala von 1 bis 5 eingestuft werden: Bildeindruck: offen/geschlossen; Raum: viel/wenig; Dichte: voll/leer; Richtungsänderungen: viel/wenig; Gestaltung: linien-/formenhaft; zerrrissen/integriert; Strichführung: zaghaft/großzügig.

Das humanstrukturelle Verständnis der Autokinese basiert auf dem humanstrukturellen Persönlichkeitsmodell (Humanstrukturmodell) der Dynamischen Psychiatrie *Günter Ammons*, wonach das Gesamt aller körperlich-seelisch-geistigen Humanfunktionen des Menschen interdependent miteinander verwoben ist und eine ganzheitliche Struktur bildet mit einem primären, zentralen und sekundären Persönlichkeitsbereich. Primäre Ich-Funktionen sind vorwiegend die biologische Existenz des Menschen betreffende Ich-Funktionen, so z.B. die Funktionen der Sinnesorgane, des zentralen Nervensystems und der endokrinen Systeme. Die sekundären Ich-Funktionen sind die funktionalen Träger der Persönlichkeit und stellen unmittelbar den Kontakt zur Umwelt her. Den Kern der Persönlichkeit bilden die im Unbewußten des Menschen wurzelnden zentralen Ich-Funktionen wie Aggression, Angst, Ich-Abgrenzung, Narzißmus, Sexualität und Kreativität. Von besonderer Bedeutsamkeit innerhalb der zentralen Ich-Funktionen ist die übergreifende zentrale Ich-Funktion der Ich-Identität, die alle anderen zentralen Ich-Funktionen integriert und dynamisiert. Alle Ich-Funktionen sind durch konstruktive, destruktive und defizitäre Entwicklungsvorgänge charakterisiert, die gruppenabhängig verstanden werden müssen. Ziel der dynamisch-psychiatrischen Behandlung ist es, eine vorwiegend defizitär-destruktiv strukturierte Humanstruktur durch eine real nachholende Persönlichkeitsentwicklung zu einer mehr konstruktiv ausgesprägten Humanstruktur zu entwickeln.

Die Thesen für das humanstrukturelle Verständnis der Autokinese können folgendermaßen zusammengefaßt werden (vgl. *Ammon, Burbiel, Peschke* 1988):

1. Das Ausmaß an Dynamik in der Bewegung des Lichtpunktes ist unmittelbarer Ausdruck einer mehr oder weniger konstruktiv, destruktiv oder defizitär entwickelten nicht-bewußten Struktur des Beobachters. Das Nicht-Bewußte ist weniger dynamisiert bei einer vorwiegend defizitär entwickelten Struktur, es ist stark dynamisiert bei einer vorwiegend konstruktiven, aber auch destruktiven Struktur.
2. Die Regulation der Dynamik einer konstruktiven Struktur zeigt sich in einer lebendigen und bildhaft gestalteten Bewegtheit des Lichtpunktes im Mittelbereich zwischen sehr viel und sehr wenig Autokinese bei einer gleichzeitig ausgewogenen Anzahl an Haltepunkten.
3. Bei einer vorwiegend destruktiv ausgeprägten Humanstruktur zeigt sich eine

schwache Regulation der Dynamik in schnellen, überschießenden, aber wenig gestalteten, d.h. wenig gerichteten Bewegungswahrnehmungen mit relativ wenig Haltepunkten. In unseren vorangegangenen Untersuchungen konnten wir dieses Phänomen vor allem bei den präpsychotischen Patienten feststellen, die nach innen zum Bereich der Gefühle und Phantasien weit geöffnet sind bei einer gleichzeitigen starren Abgrenzung nach außen.
4. Ist eine verinnerlichte destruktive Dynamik und Struktur zu starr reguliert, äußert sich dies phänomenologisch in einer geringen und langsamen, wenig Raum einnehmenden und wenig gestalteten Punktbewegung. Diese Patienten spüren sich wenig wegen ihrer starken Abgrenzung nach innen und zum Bereich der Gefühle und Phantasien des Nicht-Bewußten hin. Sie sind in ihrer geistig-psychischen Gerichtetheit verstärkt nach außen orientiert.
5. Eine vorwiegend defizitär ausgeprägte Struktur und Dynamik mit geringer Regulationskraft zeigt sich ebenso in extrem wenig Autokinese auf eingeengtem Raum.

Galten die bisherigen Untersuchungen vorwiegend der Überprüfung der Validität der *Voth*schen Parameter, so soll die vorliegende Arbeit einen Beitrag zur Messung der Stabilität des AKL leisten. Stabilität meint hier die Testzuverlässigkeit im Sinne von Konstanz und damit Dauerbrauchbarkeit des Testinstruments bei laufender Anwendung (vgl. *Dorsch* 1976). Zur Überprüfung der Frage der Stabilität wurde bereits 1982 in der Diagnostisch-Psychologischen Abteilung der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige eine Retestuntersuchung in einem Abstand von durchschnittlich drei Tagen mit einer Patientengruppe von N = 51 durchgeführt. Die Retest-Reliabilität nach drei Tagen erwies sich als hochsignifikant bezüglich der Variablen L (r=.7174), S (r=.7399), A (r=.6127) und H (r=.4340). Es wurde eine Testwiederholung nach 6 bis 8 Wochen mit einer Patientengruppe von N=40 durchgeführt und es ergab sich für L eine Retest-Reliabilität von r=.50 (*Ammon* et al. 1982).

Die zentrale Fragestellung der hier vorliegenden Arbeit ist, ob die Stabilität der *Voth*schen AKL-Standardparameter gegenüber täglich auftretenden, unsystematischen, d.h. zufälligen Einflüssen ausreichend ist. Eine Rolle spielen dabei intrasubjektive Schwankungen wie z.B. Befindlichkeit, momentane Tagesstimmung, innerpsychische Reaktionen auf vorhergehende therapeutische Situationen, aber auch Einflüsse von außen, die durch die Testsituation selbst entstehen wie z.B. die Person des Versuchsleiters und der Kontakt zwischen Vp und Versuchsleiter. In der vorliegenden Untersuchung blieb die Datenerhebung in der Hand von zwei konstanten Versuchsleitern, die sich in der Durchführung zufällig abwechselten. Lern- und Gewöhnungseffekte der Vp durch die wiederholte Testdurchführung können dahingehend eingeschränkt werden, daß die Bewegungswahrnehmung spontan und unwillkürlich aus dem Inneren des Beobachters entsteht und für diese keine Vorlagen gegeben sind. Basierend auf den Ergebnissen der oben zitierten Stabilitätsstudie und den diagnostischen Erfahrungen mit dem AKL wurde folgende Unter-

suchungshypothese aufgestellt: Die *Voth*schen Standardparameter des Autokinetischen Lichttests sind ausreichend stabil gegenüber momentanen, zufällig variierenden Einflüssen. Dabei erweist sich die Variable L als die stabilste, die Variable H als die von allen Variablen am wenigsten stabile Variable.

An 10 aufeinanderfolgenden Tagen wurden N=14 Patienten (8 weiblich, 6 männlich, Durchschnittsalter 35 Jahre) verschiedener Diagnosegruppen jeweils einmal, dann in vierwöchigen Abständen bis zur Klinikentlassung mit dem AKL getestet. Bei Testbeginn befanden sich die Patienten durchschnittlich 2,8 Monate in stationärer Behandlung in der Klinik Menterschwaige.

Die folgende Ergebnisdarstellung beschränkt sich auf die Analyse der *Voth*schen Parameter L, S und H. Die Variable A bleibt wegen ihrer hohen Korrelation mit S unberücksichtigt, ebenso die Formel K, da sie lediglich die einzelnen Variablen zueinander in Beziehung setzt. Die von *Burbiel* und *Stuck* (1983) entwickelten qualitativen Strukturparameter bleiben in der vorliegenden Arbeit ebenso unberücksichtigt.

In einem ersten Schritt wurde für jede Variable getrennt eine Zeitreihenanalyse durchgeführt, die die Werte einer Variablen in Beziehung setzt zu vorhergehenden bzw. nachfolgenden Werten derselben Variable. Da dies die Korrelation der Zeitreihe mit sich selbst, allerdings um einen Tag verschoben, darstellt, bezeichnet man sie auch als Autokorrelation. Diese liefert ein Bild über den zeitlichen Verlauf serieller Abhängigkeit (vgl. *Schmitz* 1979). Der Zusammenhangswert r=.63 zwischen den L-Daten über 10 Tage interpretieren wir als einen Indikator für eine relativ hohe Konstanz der L-Variablen bei laufender Anwendung des AKL. Für die Variablen S und H, beide mit einem r=38 beobachteten wir eine geringere Konstanz der Testwerte, die im einzelnen mit einer größeren Stichprobe und unter Zuhilfenahme von Ergebnissen anderer Analyseverfahren erneut untersucht werden sollen.

In einem weiteren Analyseschritt wurden die Korrelationen der einzelnen Parameter zwischen den einzelnen Tagen, d.h. zwischen dem ersten und dem zweiten, dem ersten und dem dritten usw., weiterhin zwischen dem zweiten und dem dritten, dem zweiten und dem vierten Tag usw., dann zwischen dem dritten und dem vierten, dem dritten und dem fünften Tag usw. berechnet und auf Signifikanz überprüft. Bei n=10 Meßzeitpunkten ergeben sich also 45 mögliche Korrelationen für jede Variable bei n x (n—1)/2 Meßkombinationen, die hier aus Platzgründen nicht wiedergegeben werden. Die Analyse zeigt, daß die Variable L insgesamt 41 signifikante Korrelationen aufweist, gefolgt von S mit 30 und H mit 27 signifikanten Korrelationen.

Eine Analyse der Korrelationswerte für L, S und H zwischen den Daten des ersten und allen anderen neun Meßzeitpunkten (vgl. Tab. 1) weist, betrachtet man die Höhe der Korrelationen und deren Signifikanzen auf dem Hintergrund einer so kleinen Stichprobe von nur 14 Probanden, auf eine insgesamt gute Konstanz von L und S hin. Eine Ausnahme bilden hier die Werte zwischen dem ersten und siebten, achten und zehnten Meßzeitpunkt für L und zwischen dem ersten und siebten und zehnten für S. Die Variable H hingegen

Variable Meßzeitpunkt	Länge (L) r	Haltepunkte (H) r	Spannweite (S) r
2	.68**	.31	.87***
3	.75**	.16	.79***
4	.60*	.09	.82***
5	.66*	.00	.85***
6	.58*	.00	.17
7	.50	.05	.89***
8	.35	.07	.62**
9	.62*	.08	.82***
10	.30	.22	.23

***: $p \leqq 0.001$
**: $p \leqq 0.01$
*: $p \leqq 0.05$

Tab. 1: Korrelationen der *Voth*schen Parameter L, S und H zwischen dem ersten und den folgenden 9 Meßzeitpunkten bei N=14 Patienten

weist keinen signifikanten Retest-Zusammenhang auf, ein Ergebnis, das zunächst erstaunt, das sich aber anders gestaltet, betrachtet man die Korrelationen zwischen dem zweiten und allen übrigen Meßzeitpunkten (vgl. Tab. 2). Alle Korrelationen sind hier signifikant für H und L, ebenso für S, mit Ausnahme von zwei nichtsignifikanten Korrelationen.

Variable Meßzeitpunkt	Länge (L) r	Haltepunkte (H) r	Spannweite (S) r
1	.68**	.31	.87***
3	.97***	.92***	.85***
4	.91***	.90***	.95***
5	.85***	.88***	.96***
6	.82***	.92***	.50
7	.60*	.83***	.51*
8	.73**	.75**	.86***
9	.74**	.61*	.94***
10	.57*	.69*	.57

***: $p \leqq 0.001$
**: $p \leqq 0.01$
*: $p \leqq 0.05$

Tab. 2: Korrelationen der *Voth*schen Parameter L, S und H zwischen dem zweiten und allen übrigen 9 Meßzeitpunkten bei N=14 Patienten

Es ist empfehlenswert, bei einer einzeldiagnostischen Untersuchung zwei Untersuchungen an jeweils zwei aufeinanderfolgenden Tagen durchzuführen und den zweiten Testwert als diagnostischen Eingangswert zu betrachten. Offenbar muß die Vp mit der AKL-Testsituation erst vertraut werden. Die größte Variabilität zeigt sich hier bei Variable H, die in der Literatur hypothetisch als Indikator für die Regulation des Probanden zwischen Scheinbewegung und Überprüfung der Realität des objektiv feststehenden Lichtpunktes betrachtet wurde, d.h. als Indikator für den Grad der Bereitschaft der Vp, sich auf den Lichtpunkt »einzulassen«. Damit könnte sie eine Öffnungsbereitschaft nach Innen und Außen anzeigen.

Betrachtet man zusammenfassend die Ergebnisse aus der Zeitreihenanalyse und die Retest-Korrelationen für alle drei untersuchten Variablen über die verschiedenen Meßzeitpunkte, so unterstützen sie die von uns eingangs aufgestellte Untersuchungshypothese. S und insbesondere H zeigen sich insgesamt mit einer größeren Variabilität gegenüber unkontrollierten und zufälligen Einflüssen als L, d.h. die Wiederholungsgenauigkeit ist für S und H eingeschränkt. Weitere Untersuchungen mit einer größeren Stichprobe und mit kontrollierten Versuchsvariationen sind notwendig, um die Brauchbarkeit des S-, insbesondere aber des H-Meßtests für Verlaufsuntersuchungen besser einschätzen zu können. Bezugnehmend auf die oben zitierte Stabilitätsstudie (*Ammon* et al. 1982), in der sowohl L als auch S eine ausreichend hohe Retest-Reliabilität nach drei Tagen aufweisen, vermuten wir eine Verbesserung der S-Werte bei einer Erhöhung der Stichprobe. Was die Variable H anbelangt, so bringen wir die größere unsystematische Variabilität der Werte zwischen den Messungen mit der weniger zuverlässigen Aufzeichnungs- und Auswertungsmodalität in Zusammenhang. Es ist individuell verschieden, ab welchem Zeitpunkt des Stillstandes des Lichtpunktes die Vp diesen als Haltepunkt identifiziert, und auch auf dem Blatt kennzeichnet. Außerdem vergessen die Vpn immer wieder, die Haltepunkte durch ein Kreuz auf dem Aufzeichnungsblatt zu markieren. Durch technisch aufwendigere Aufzeichnungsvorrichtungen werden zukünftig diese Meßungenauigkeiten verringert und neue Retest-Untersuchungen durchgeführt werden. Aufzeichnungsprobleme gibt es auch für den Parameter S. Die von der Vp wahrgenommene Spannweite, d.h. Weite der Punktbewegung im Raum, kann künstlich im Wert reduziert werden durch die Aufzeichnungstechnik. Die Vp hat auf einem 60 x 70 cm großen Aufzeichnungsblatt die Punktbewegung nachzuzeichnen. Stößt sie dabei an den Rand, muß sie zur Mitte des Blattes zurückkehren. Auf diese Einschränkung hat bereits *Zenkov* (1990) hingewiesen.

Zur Überprüfung der Frage, inwieweit der AKL zu einem Instrument entwickelt werden kann, das auch therapiebedingte Veränderungen über den gesamten Zeitraum der therapeutischen Behandlung abbilden kann, wurde die Untersuchungsreihe mit den gleichen Vpn bei regelmäßigen Messungen alle 4 Wochen bis zur jeweiligen Entlassung aus der stationären Behandlung fortgesetzt. Die Daten können aufgrund der kleinen Fallzahl (und bei einigen Vpn

aufgrund von »missing data«) keiner statistischen Analyse unterzogen werden. Die Verlaufsstichprobe muß daher vergrößert werden. Beispielhaft und abschließend soll nun der AKL -Verlauf für einen Patienten anhand der Bewegungsbilder beschrieben werden.

Herr B., ein junger Mann von 19 Jahren, kam in stationäre Behandlung, nachdem er mehrere Lehrverträge abgebrochen hatte, mit der Realität nicht mehr zurechtkam und große Angst vor Realitätsverlust hatte. Er hatte einen Zwang, dauernd lügen zu müssen, glitt in eine halluzinierte Traumwelt ab. Im Vordergrund stand bei der Aufnahme von Herrn B. eine große Depression sowie paranoides Mißtrauen und eine große Angstanspannung. Die Diagnose war schizophrene Reaktion vorwiegend hebephrener Ausprägung mit depressiven, zwanghaften und hysterischen Zügen (ICD 295.1). Bei Aufnahme in die Klinik zeigte Herr B. Symptome von Angstüberflutung, Enkopresis, Kleptomanie und autistischem Rückzug. Vor Klinikaufnahme hatte er 6 Monate an einer Gesprächspsychotherapie teilgenommen. Insgesamt war Herr B. 12 Monate in stationärer Psychotherapie. Zum Zeitpunkt des Untersuchungsbeginns befand sich Herr B. bereits 2 Monate in stationärer Behandlung. Er nahm regelmäßig an allen Untersuchungen mit dem AKL teil. Es liegen 20 Bewegungsbilder von Herrn B. vor. Anhand von 7 Abbildungen wird nun der Verlauf über einen Zeitraum von 10 Monaten zur Darstellung gebracht, wobei die ersten vier Abbildungen innerhalb der ersten 10 Tage nach Testbeginn entstanden, die folgenden drei Abbildungen entstanden nach jeweils drei Monaten.

Betrachtet man die Abbildungen, welche in den ersten 10 Tagen nach Testbeginn von Herrn B. gezeichnet wurden (Abb. 1 bis Abb. 4), kann ein erheblicher Anstieg der Variablen L bei gleichzeitiger Raumgewinnung beobachtet werden. Ausgehend von einer minimalen Bewegungswahrnehmung am ersten

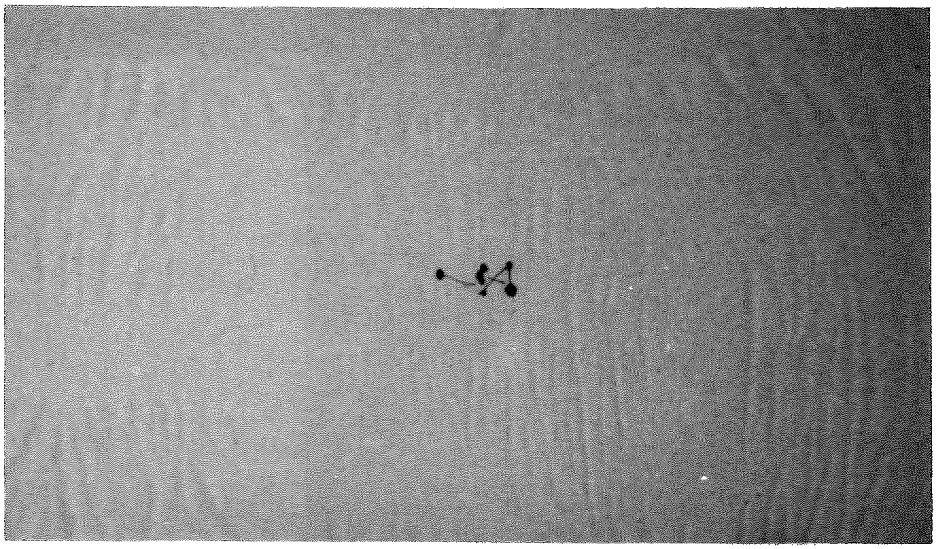


Abb. 1: AKL-Bewegungsbild Herr B.: 1. Testtag

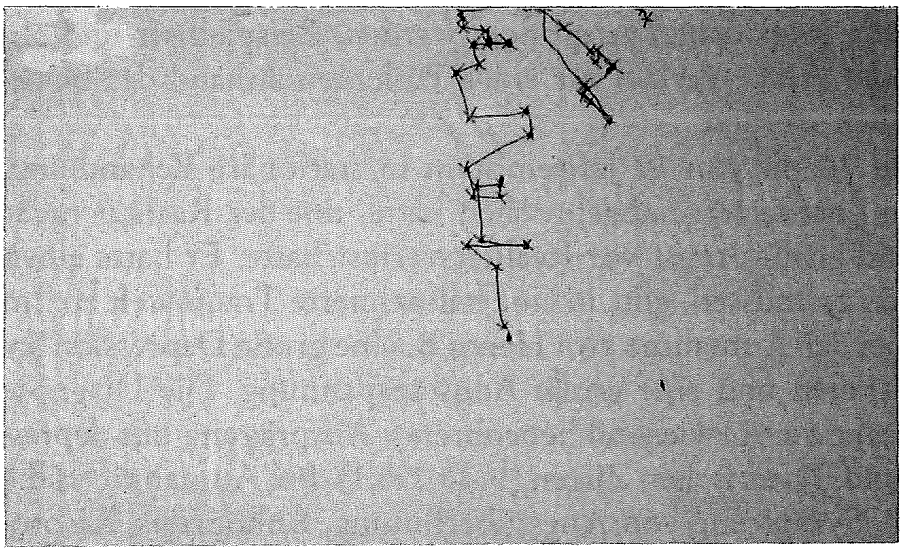


Abb. 2: AKL-Bewegungsbild Herr B.: 2. Testtag

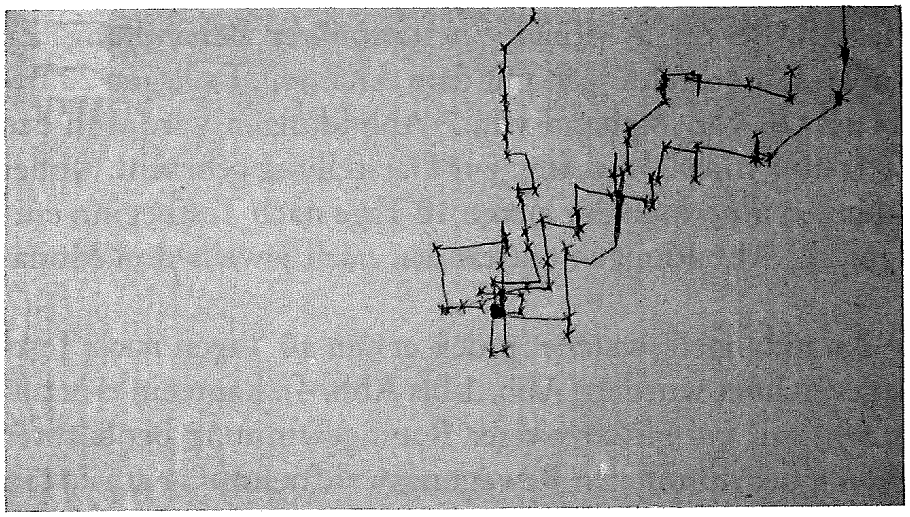


Abb. 3: AKL-Bewegungsbild Herr B.: 5. Testtag

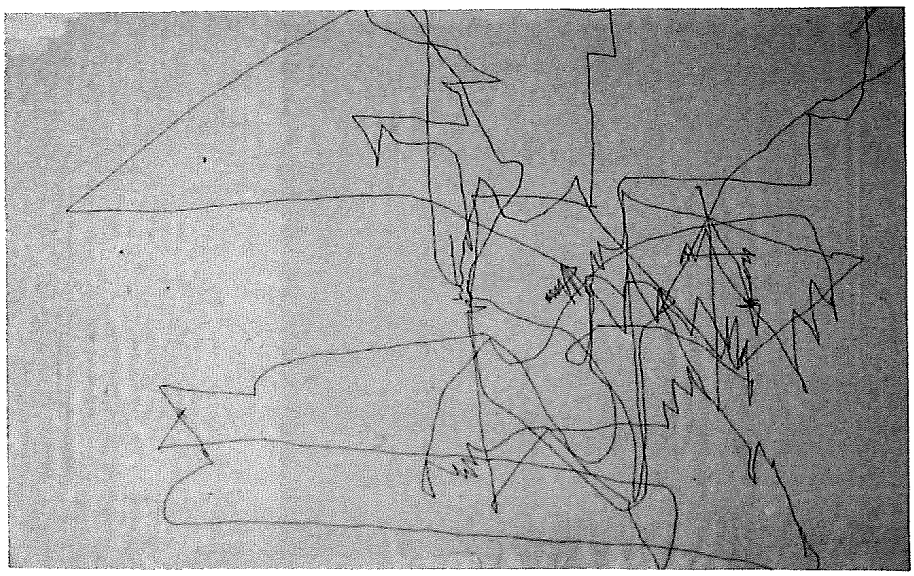


Abb. 4: AKL-Bewegungsbild Herr B.: 10. Testtag

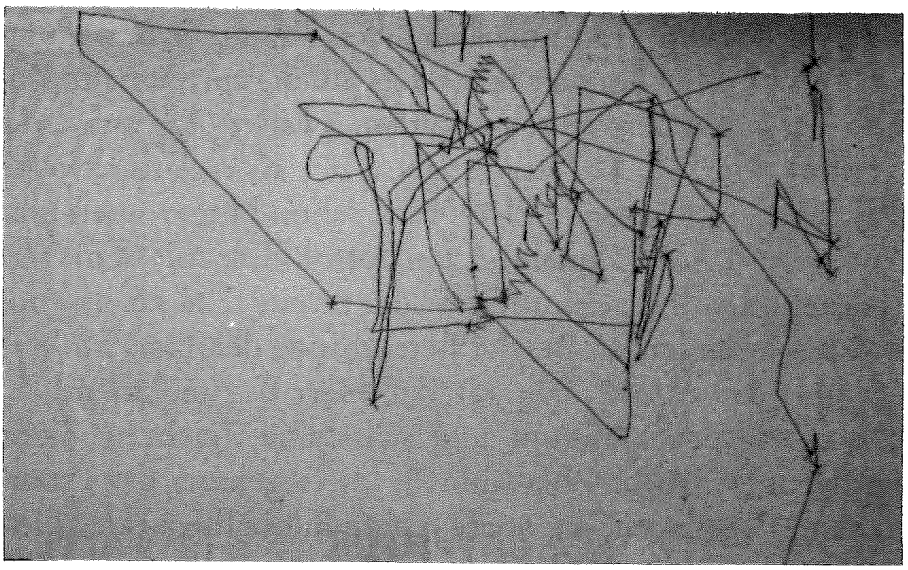


Abb. 5: AKL-Bewegungsbild Herr B.: 12. Testtag
(3. Verlaufstest, drei Monate nach Testbeginn)

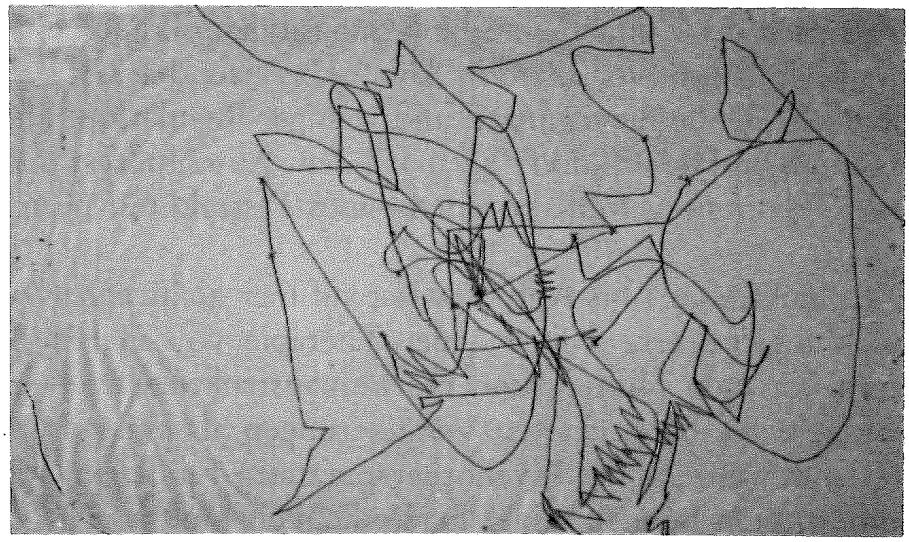


Abb. 6: AKL-Bewegungsbild Herr B.: 24. Testwoche
(6. Verlaufstest, sechs Monate nach Testbeginn)

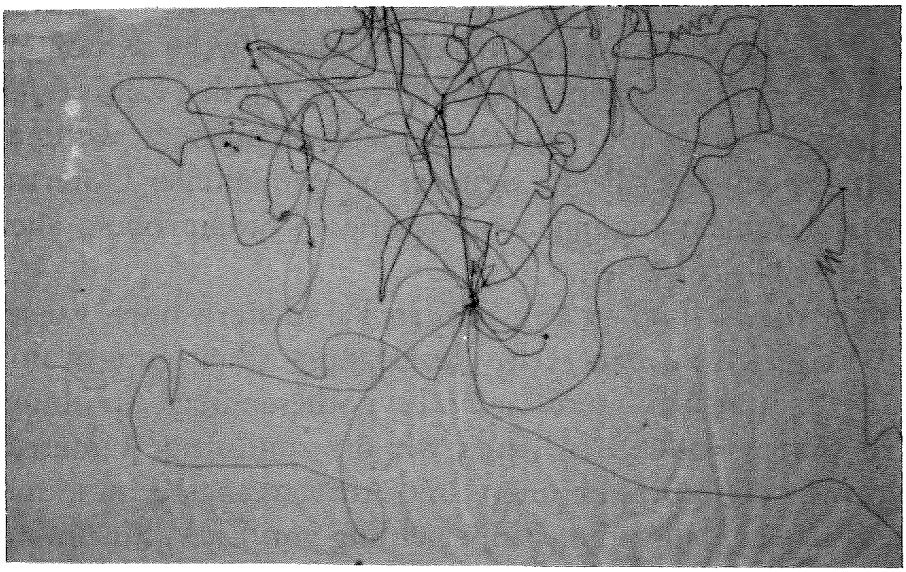


Abb. 7: AKL-Bewegungsbild Herr B.: 36. Testwoche
(9. Verlaufstest, neun Monate nach Testbeginn, Abschlußtest)

Testtag (Abb. 1) nimmt der Patient kontinuierlich jeden Tag mehr Bewegung wahr (Abb. 2 bis Abb. 4). Wir möchten hier besonders auf die sprunghafte Zunahme von Autokinese zwischen dem ersten und dem zweiten Tag aufmerksam machen (Abb. 1 und Abb. 2). Bei der Analyse der Korrelationswerte haben wir auf dieses allgemein auftretende Phänomen schon hingewiesen und es dahingehend interpretiert, daß die Zunahme von Autokinese mit dem Vertrautwerden der Testsituation einhergeht und erst der zweite Test als diagnostischer Eingangswert zu verwenden ist. Bei der Betrachtung der Tests im Verlauf von 6 Monaten (Abb. 5 bis Abb. 7) fällt auf, daß Herr B. zunehmend die gesamte Zeichenfläche in Anspruch nimmt und sich seine Zeichung mehr zum Mittelpunkt hin orientiert (Abb. 4 bis Abb. 7). Im Gegensatz dazu steht seine Tendenz in den ersten Testtagen, die obere rechte Bildhälfte auszufüllen (Abb. 1 bis Abb. 3). Daneben ist zu beobachten, daß er übergeht von mehr graphischen, kompakten Darstellungen (Abb. 2 bis Abb. 4) zu fließenden, runden und dynamischeren Bewegungswahrnehmungen (Abb. 5 bis Abb. 7). Insgesamt scheint uns neben der Zunahme an Bewegungsdynamik auch eine Zunahme an Bewegungsregulation (vor allem in Abb. 6) beobachtbar. Abb. 7 zeigt wieder mehr überschießende Bewegungen und weniger Regulation. Die bevorstehende Entlassung von Herr B. drei Tage nach dem Abschlußtest und die damit verbundenen Trennungsgefühle könnten dieses Testbild mit beeinflußt haben.

Der gesamte AKL-Verlauf (Abb. 1 bis Abb. 7) weist auf hier nicht näher zu beschreibende Entwicklungsprozesse während der Therapie von Herrn B. hin. Wir interpretieren vor dem Hintergrund des humanstrukturellen Verständnisses der Autokinese die beobachteten Veränderungen als einen Hinweis auf einen bei Herrn B. während der Psychotherapie stattgefundenen Öffnungsprozeß zum unbewußten Bereich seiner Persönlichkeit hin.

Die vorliegende Studie wie auch die bisherigen Untersuchungen dienen dazu, den AKL zu einem diagnostischen Instrument zur Einschätzung regulatorischer und dynamischer Prozesse des nicht-bewußten Persönlichkeitsbereichs und deren mögliche Veränderungen durch psychotherapeutische Arbeit in diesem Bereich zu entwickeln. Im Verbund mit anderen Methoden könnte der AKL dann als ein Therapieverlaufs- und Effizienzverfahren eingesetzt werden. Dazu bedarf es allerdings noch einer Reihe weiterer experimenteller Untersuchungen unter kontrollierten Bedingungen mit größeren Stichproben, aber auch differenzierter Einzelfall-Analysen.

Eine Analyse der über die 10 Tage in bestimmten Parametern hoch variierenden Patienten im Vergleich zu den relativ konstanten »Bewegungswahrnehmern« könnte uns z.B. zu neuen interessanten Hypothesen über Autokinese und Persönlichkeit führen. Jedenfalls halten wir für zukünftige Untersuchungen eine Verbesserung der Aufzeichnungs- und Auswertungstechnik und -methodik des AKL, gegebenenfalls unter Einbeziehung von EDV, für unumgänglich.

Pilot Study Concerning the Stability of the Autokinetic Light Test (AKL)

Ilse Burbiel, Renate Bez (München), Monika Dworschak (Berlin), Henrieke Oetzmann (München)

The autokinetic light test (AKL) is applied, together with other methods of examination within the scope of Dynamic Psychiatric diagnosis, to describe the personality structure of patients.

Already in 1959 *Ammon* pointed out the importance of the AKL, relating to the works of *A.C. Voth* (1947) and his son *H.M. Voth* with *Mayman* (1959) for the assessment of ability of ego regulation (*Ammon* 1959). Engouraged by the results of an abundance of theoretical and experimental research by *H.M. Voth* and co-workers (e.g. *Voth* 1962; *Voth, Mayman* 1967; *Voth, Voth* 1971; *Voth, Cancro* 1972) the psychological diagnostic department of Menterschwaige Hospital began in the 80's to conduct a series of studies on the basis of the Human Structural Theory of *Günter Ammon.* The aim was further to develop the AKL as a diagnostic instrument (*Ammon* et al. 1982; *Ammon, Burbiel, Stuck* 1983; *Burbiel, Stuck* 1984; *Burbiel, Seidler* 1986, *Ammon, Burbiel, Peschke* 1988; *Burbiel, Peschke* 1989).

The AKL is a test-situation in which the patient is sitting in a totally darkened room where he has to stare for ten minutes at a tiny fixed light spot. Generally the spot begins to move in front of the eyes of the obserer drawing wide circles, spirals, bizarre curves. But it is not the spot which is moving but the observer himself who induces the movement, although objectively the light spot is fixed. This movement is perceived by every participant in a different manner.

The form of movement is evaluated according to the standard parameters developed by *Voth* (1947) length (L), stopping point (H), distance from the middle point (A), span (S) and the formula $K = \sqrt{\frac{L \times A \times S}{(H + 1)}}$, which sets the parameters in relation to each other.

The authors sketch the Human Structural understanding of autokinetics, based on the theoretical concept of the Human Structure Model, i.e. the personality model of Dynamic Psychiatry of *Günter Ammon,* as follows (see also *Ammon* et al. 1988):

1. The extent of dynamics in the movement of the light spot is a direct expression of a more or less constructive, destructive or deficient developed unconscious structure of the observer. The unconsciousness shows less dynamic in a mainly deficient structure, it shows much dynamic in a mainly constructive but also in destructive structure.
2. The regulation of the dynamic in a constructive structure can be seen in lively and plastic movements of the light spot, which takes place in the middle area between very much and very little autokinetics, within a simultaneously balanced quantity of stopping points.
3. In a markedly destructive human structure, a weak regulation of the dynamic can be seen in rapid, overshooting less-formed and undirected perceptions of movement with relative few stopping points. In our previous investigations

could establish this phenomenon, especially in pre-psychotic patients, who were wide open inwardly in the region of feelings and fantasies combined with a simultaneous rigid outward demarcation.
4. When an internalised destructive dynamic and structure is too rigidly regulated a limited and slow light spot movement with very little form can be seen. These patients are hardly in touch with themselves due their rigid inward demarcation and to the areas of feelings and fantasy of their unconsciousness. They are more outwards oriented in their mental-psychic direction.
5. A predominantly deficient structure and dynamic, with little power of regulation can also be seen with extremely little autokinetics in a limited space.

If the former investigations were mainly to verify the validity of the *Voth* parameters, then the present study is to make a contribution to the measurement of the stability of the AKL in relation to momentary random influences, for example condition, intrasubjective reactions to previous therapeutic experiences etc. Based on the results of a stability study already made in 1982 (*Ammon* et al. 1982) the authors formulate the study hypothesis that the variable L is the most stable, followed by S and H whereby H is seen as the least stable dimension of all the variables.

From 11 to 14 patients (8 female, 6 male, average age 35 years, who had been at the beginning of the study with the AKL 2.8 months in inpatient treatment) of different diagnosis groups were tested with the AKL firstly once and then in monthly intervals until their discharge from the hospital.

The results of the L, H and S conducted analysis and the analysis of the re-test correlation values for all variables between the first measured point of time and the other nine measured time points, and the second and all other eight days supported the test hypothesis of the authors. S and especially H showed on the whole a greater variability in the face of uncontrolled and random influences that L, i.e. the precision of repetition is for S and H limited.

Further investigations with a greater sample and with controlled test variations are necessary in order to better be able to assess the usefulness of the S, and especially the H measuring test for the research progress.

Referring to the above mentioned study of stability (*Ammon* et al. 1982) in which L and S both show a sufficiently high re-test reliability after 3 days, the authors assume improvement of the S values by increasing the sample. Concerning the variable H, the authors correspond the greater unsystematic variability of the values between the measurements to the less reliable recording and evaluation modality.

Problems in recording are also present with the variable S, as pointed out by *Zenkov* already in 1990: The test person has to copy the point movement on a 60 x 70 cm piece of paper. If the tested person overshoots the edge of the paper, he must go back to the middle, thereby limiting S.

The observation that the selection of significant re-test correlations between the first and all other test days is more limited than between the second and other test days, induced the authors to the suggestion that the AKL should be

used in the current diagnostic on two consecutive days, and the result of the measurement on the second day should be used as the first value.

To verify the question in how far the AKL can be developed as an instrument to show changes due to therapy during the complete span of time of the therapy treatment, the course of examinations were continued every four weeks until the patients were discharged.

The data could not be used for a statistical analysis because there were too few cases (i.e. missing data in several test persons). Then the authors present finally the AKL course of one patient for example. They interprete the changes in the AKL as a sign that a process with the patient of opening inwardly to the unconscious and outwardly had taken place. The ability to regulate had become more flexible.

Literatur

Ammon, G. (1959): Theoretical aspects of milieutherapy. The Menninger School of Psychiatry, Topeka/Kansas. Pinel Publikationen, 1977

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

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

Ammon, G., Burbiel, I.; Peschke, V. (1988): Autokinese und Hemisphärizität — Eine Pilotstudie mit Patienten der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige. In: Dyn. Psychiat. (21) 43—71

Ammon, G., Burbiel, I.; Stuck, U. (1983): Der Autokinetische Lichttest in der Humanstrukturologischen Forschung. In: Dyn. Psychiat. (16) 63—109

Burbiel, J., Peschke, V. (1989): Autokinese und Hemisphärizität 2. Unveröffentlichtes Manuskript

Burbiel, J., Seidler, G. (1986): Das Erleben von Zeit — Einige Ergebnisse aus Pilotstudien über Qualitäten des Zeiterlebens beim Autokinetischen Lichttest und in anderen gruppendynamischen Feldsituationen. In: Dyn. Psychiat. (19) 156—177

Burbiel, I.; Stuck, U. (1984): Gruppenuntersuchungen mit dem Autokinetischen Lichttest — Eine Pilotstudie. In: Dyn. Psychiat. (17) 501—516

Dorsch, F. (1976): Psychologisches Wörterbuch (Bern: Hans Huber)

Schmitz, B. (1989): Einführung in die Zeitreihenanalyse (Bern: Hans Huber)

Voth, A.C. (1941): Individual differences in the Autokinetic Phenomenon. In: J. Exp. Psychol. (29)

— (1947): An experimental study of mental patients through the Autokinetic Phenomenon. In: Am . J. Psychiat. (103) 793—803

Voth, A.C., Voth, H.M. (1971): Further experimental studies of mental patients through the Autokinetic Phenomenon. In: Am. J. Psychiat. (127)

Voth, H.M. (1962): Ego-automony, Autokinesis and Recovery from psychosis. In: Arch. Gen. Psychiat (6)

Voth, H.M., Cancro (1972): EEG support for the concept ego-closeness — ego-distance: Autokinesis as a function of attention deployement. In: Arch. Gen. Psychiat. (26)

Voth, H.M., Mayman, M. (1959): Personal communication. Unpublished manuscript

— *Mayman, M.* (1967): Diagnostic and treatment implications of ego-closeness — ego-distance: Autokinesis as a diagnostic instrument. In: Compreh. Psychiat. (8)

Zenkov, L.R. (1990): Aspekte zur Auswertungstechnik des AKL. Unveröffentlichtes Manuskript

Anschrift der Autoren:

Dipl. Psych. Dr. phil. Ilse Burbiel
Schwindstraße 1
W-8000 München 40

Dipl. Psych. Monika Dworschak
Danckelmannstraße 19
W-1000 Berlin 19

Dipl. Psych. Renate Bez
Zeppelinstraße 55
W-8000 München 5

Dipl. Soz. Päd. Henrike Oetzmann
Kapuzinerplatz 3
W-8000 München 2

Changes in the Biological Paradigm in Polish Child Psychiatry***

Hanna Jaklewicz*, Krystyna Kierkowska** (Gdansk)

Die Autorinnen beschreiben die wesentlichen Veränderungen in der Kinderpsychiatrie Polens seit dem Zweiten Weltkrieg. Während bis in die sechziger Jahre das Paradigma der biologischen Ätiologie galt, verschob es sich danach unter dem Einfluß der Antipsychiatrie und der psychodynamischen Konzepte in der amerikanischen Psychiatrie zu einem ganzheitlichen Modell, das psychosoziale und kulturelle Komponenten einbezieht. In Folge davon fand eine umfassende Reorganisation statt: Entwicklung verschiedener psychotherapeutischer Methoden, Einbeziehung der umgebenden Menschen in die Therapie, veränderte Ausbildung der Psychiater, enge Kooperation mit anderen Fachgebieten, Verlagerung der Therapie in außermedizinische Zentren. Die polnische Kinderpsychiatrie versteht heute psychische Erkrankungen als medizinisches wie soziales Problem.

Scientific concepts concerning the genesis of psychic disorders in children were based, both in Polish and European psychiatry, on medical sciences, above all on neurology, pediatrics and psychiatry of the adults. The biological trend in European child psychiatry was thus a consequence of its close relationship with biological science. In an attempt to find out about a biological etiology of psychic disorders, genetic studies of psychosis and mental retardation, biochemical studies of neurotransmitters and of enzymatic errors were performed. The etiology of psychic disorders in children, the course of therapy and prophylaxis, were determined according to the biological paradigm. Such an attitude towards the genesis of psychic disorders put considerable limits to the use of therapeutic methods other than the biological.

The biological trend was strengthened by the introduction of psychotropic drugs, which were effective in a number of psychoses. Since a child receiving only drug therapy was officially regarded as ill, parents and physicians did not feel obliged to revise their attitudes, nor did the environment feel responsible for the psychic disorders of the little patients. The extent and effectiveness of help was therefore greatly reduced. Between the two World Wars it was mainly the biological trend that prevailed in Polish child psychiatry. After the Second World War, Gdansk became a centre of research into the organic origin of psychic disorder. Numerous studies dealing with the relationship beetween damages and their clinical manifestations were published. The opinion that psychic disorders have an organic origin is reflected in the concept of characteropathy which denotes character changes brought about by organic cerebral lesion, as distinct from the concept of psychopathy which denotes deviations

* M.D., Associate Professor, Institute of Psychology at the University of Gdansk, Poland
** Assistant at the Institute of Psychology, University of Gdansk, 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

in the sphere of character with no discernible organic changes. These concepts are now rarely being referred to, owing to the influence of psychodynamic trends which claim that in etiology and pathogenesis extrabiological factors should be taken into consideration.

That change of ideas was due to American psychiatry, where beside fairly strong biological tendencies, a psychodynamic model had become current. Of particular importance was the antipsychiatric movement, which came into life in the sixties and was associated with contestation and attempts at changing the socio-cultural order. Though slowly abating, that movement contributed to change in the trend of thought and to improving therapeutic forms. Psychic disorders began to be perceived in a social and cultural context. Labelling a child with the stigma of psychic illness appeared to be dangerous. Psychiatrists felt impelled to become cautious in formulating psychiatric diagnoses and, at the same time, to consider other psychosocial factors apt to bring about psychic disorders in a child. The departure from the biological paradigm threw a new light on the origin of psychic disorders in children, on the organization of paedopsychiatric therapeutics and on therapeutic methods. After devaluation of the biological paradigm, the psychodynamic concept became predominant. The shift from biological to psychosocial and social planes revolutionized diagnostic considerations in a way we are not always aware of.

Assessment of a child as a whole excludes biological determination as the sole criterion, even if such a determination exists. Since the stereotype of biological thinking in child psychiatry was abandoned, the physician and his methods became only links in the therapeutic process. An equal role, sometimes more important, is now played by methods taking into account social systems, which are often of the greatest importance in the development of a child. Thus, the fact that the biological paradigm had been abandoned, led to reorganisation of paedopsychiatric therapeutics. The character of paedopsychiatric services changed in the course of the recent years. A tendency is observed towards development of various forms of psychotherapy which are administered to the child and his family and are often conducted outside medical centres in the strict sense. Therapy includes the child's family, peers and school milieu and aims at correcting faulty relationships formed earlier in these systems. Hospitalisation, once the only form of the therapeutic proceeding, is now being resorted to in cases requiring particularly difficult clinical studies.

The holistic thinking in psychiatry has had a great influence on the structure of psychiatric education. An important task in education would be to change traditional psychiatric thinking. That is why great importance is attached to improve the quality of undergraduate, postgraduate and specialistic training. Not only medical but also humanistic science in a wide sense is included in the programme of psychiatric education. The modern trend of thought in child psychiatry is the reason why diagnostic and therapeutic processes call for the cooperation of psychologists, educationists, therapists and

social workers. Thus, child psychiatry has lost its purely medical character and psychic disorders are perceived as both medical and social problems.

Veränderung des biologischen Paradigmas in der polnischen Kinderpsychiatrie

Hanna Jaklewicz, Krystyna Kierkowska (Danzig)

Die Autorinnen schildern, daß die wissenschaftlichen Konzepte über die Genese psychischer Störungen bei Kindern lange Zeit auf medizinischem Fachwissen besonders aus der Neurologie, der Pädiatrie und der Psychiatrie Erwachsener basierten. Dies regte zwar die Forschung zur biologischen Ätiologie (z.B. genetische Studien zu Psychosen und geistiger Behinderung, biochemische Arbeiten zu Neurotransmittern und Enzymstörungen) an, führte aber dazu, daß in der Behandlung nur biologische Methoden angewandt wurden. Die Universität Danzig wurde nach dem Zweiten Weltkrieg zu einem Zentrum der Forschung über die Beziehungen zwischen organischen Hirnschäden und ihren klinischen Manifestation. Die Einführung der psychotropen Medikamente, die bei Psychosen wirksam sind, verstärkte die Haltung, daß die Umgebung nicht für psychische Störungen bei Kindern verantwortlich ist. Dies führte letztlich dazu, daß Ausmaß und Wirksamkeit der Hilfe sich bedeutend verringerten. Psychische Störungen wurden als organisch bedingt angesehen, wie es sich in der Unterscheidung von Charakteropathie einerseits (durch organische Hirnverletzungen entstandene Charakteränderungen) und Psychopathie andererseits (Charakterveränderungen ohne nachweisbare hirnorganische Veränderungen) widerspiegelt. Dank dem Einfluß psychodynamischer Konzepte, die sich in der amerikanischen Psychiatrie neben der biologischen Auffassung etablieren konnten, spielt dieses Denken nach Ansicht der Autorinnen fast keine Rolle mehr. Auch die antipsychiatrische Bewegung trug dazu bei, das psychiatrische Denken zu verändern und die Therapieformen zu verbessern, indem sie die soziokulturelle Ordnung in Frage stellte. Allmählich wurden psychische Störungen im sozialen und kulturellen Kontext gesehen.

Die Verschiebung des Blickwinkels von rein biologischen zu sozialen und psychosozialen Aspekten revolutionierte die Diagnostik: Wenn ein Kind als ganzes Wesen gesehen wird, ist es ausgeschlossen, selbst eine vorhandene biologische Determinierung als einziges Kriterium zu sehen. Der Arzt und seine Methoden sind dann lediglich Teile des therapeutischen Prozesses, in dem oft andere Methoden die größere Rolle spielen, weil sie soziale Systeme berücksichtigen, die für die Entwicklung des Kindes von größter Wichtigkeit sind.

Die Tatsache, daß das biologische Paradigma aufgegeben wurde, führte zwangsläufig zu einer Reorganisation der gesamten Kinderpsychiatrie. Der Charakter der Kinderpsychiatrischen Dienste änderte sich in den letzten Jahren, die Behandlung findet oft außerhalb medizinischer Zentren im engeren

Sinne statt und bezieht neben dem Kind seine Umgebung ein. Verschiedene Formen der Psychotherapie wurden entwickelt, deren Ziel es ist, früher entstandene mangelhafte Beziehungen zu korrigieren. Die Hospitalisierung von Kindern, früher die Regel, ist heute die Ausnahme. Das holistische Denken in der Psychiatrie erfordert auch eine veränderte Ausbildung der Psychiater, d.h. die Einbeziehung humanistischer Wissenschaften und eine verbesserte Qualität auf allen Stufen. Ebenso ist eine enge Kooperation mit Therapeuten, Psychologen, Pädagogen und Sozialarbeitern nötig. Die polnische Kinderpsychiatrie hat also ihren rein medizinischen Charakter verloren und versteht psychische Störungen gleichermaßen als medizinisches wie soziales Problem.

Address of the authors:

Prof. Hanna Jaklewicz, M.D.
Krystyna Kierkowska
University of Gdansk
Institute of Psychology
ul. Wosia Budziska 4
81-824 Sopor, Poland

Paßt Psychotherapie an »die Gesellschaft« an?**

Gerald Mackenthun (Berlin)*

Der Autor plädiert dafür, Psychotherapie zu »politisieren«, d.h. weltanschauliche Themen in der Psychotherapie nicht nur zuzulassen, sondern innerhalb gewisser Grenzen den Patienten auch darauf zu verpflichten, sich mit gesellschaftlichen Fragen auseinanderzusetzen. Er glaubt, ihm so eher zu einer echten Emanzipation verhelfen zu können. Er vertritt den Standpunkt, daß der »Neurotiker« nicht gesund werden kann, wenn nicht auch sein »neurotisierender Überbau« behandelt wird, der meist voll von Konservatismen, Aberglaube und Vorurteilen ist. Der Autor hält es aus diesem Grund für notwendig neben der analytisch-therapeutischen Arbeit parallel zur Therapie Schulungskurse, Vorträge und Diskussionsrunden anzubieten, in denen nicht nur die Grundlagen der Tiefenpsychologie erläutert werden — wie dies zum Beispiel am Berliner Institut für Tiefenpsychologie praktiziert wird —, sondern darüber hinaus ein weiter geistiger Horizont eröffnet wird, der den Patienten wertvolle und stetige Anregungen zur Weiterbildung und Weiterentwicklung vermittelt. Er will damit geistige und gesamtgesellschaftliche Ebenen integrieren und versteht Psychoanalyse in einem umfassenderen Sinne als »Nacherziehung« in geistig-seelischer Hinsicht.

Hier soll ein Thema referiert werden, welches nach aller Beobachtung im therapeutischen Prozeß und im Bewußtsein von Therapeuten und Klienten kaum eine Rolle spielt, das allenfalls im theoretischen Teil der Ausbildung einmal kurz aufleuchtet, um dann als nicht praxisnah endgültig beiseite gelegt zu werden. Gemeint ist die allgemeine Frage, ob Psychotherapie ihre Klienten an »die Gesellschaft« — was immer das sein mag — anpaßt. Nimmt man die erwägenswerte Frage als Vorwurf — Psychotherapie paßt ihre Klienten an »die Gesellschaft« an —, dann hat man es doch mit einem latenten Thema zu tun, das irgendwie nicht zu den Akten gelegt werden kann.

Der Vorwurf, Psychotherapie passe an »die Gesellschaft« an, ist relativ alt. Er wurde erhoben in den 40er und 50er Jahren von der Kritischen Theorie (Frankfurter Schule), tauchte zeitgeistabhängig auf in der westdeutschen Studentenbewegung und der Kritischen Psychologie Ende der 60er bzw. Anfang der 70er Jahre und wurde über die Jahrzehnte, neuerdings erst wieder, von einzelnen Autoren aufgegriffen (*Manes Sperber, Klaus Dörner, Russel Jacoby, Detlev Nogala).* Dieser Vorwurf richtete sich in den 40er bzw. 50er Jahren gegen die Neo-Psychoanalyse (*Erich Fromm, Karen Horney, Harald Schultz-Hencke),* dann in der Studentenbewegung gegen die »bürgerliche Psychologie« (mit anderen Worten: gegen die gesamte Psychologie), gegen die amerikanisierte und medizinalisierte Psychoanalyse und schließlich gegen alle modernen Therapieschulen, vor allem gegen die Verhaltenstherapie.

Auf die historische Entwicklung des Anpassungsvorwurfs kann hier aus Platzgründen nicht eingegangen werden, obwohl die Argumentation der »An-

* Dipl.-Pol., Dipl.-Psych., Journalist, Wissenschaftskorrespondent der Deutschen Presseagentur, Berlin, Co-Therapeut am Institut für Tiefenpsychologie Berlin, Leitung: Prof. Dr. Josef Rattner

** Vortrag gehalten auf dem 1. Deutschen Psychologentag des Berufsverbandes Deutscher Psychologen, Sektion Klinische Psychologie, vom 19.9. bis 22.9.1991 an der Universität Dresden

passungskritiker« — so möchte ich sie nennen — recht interessant ist. Nur soviel: Die Anpassungskritiker werfen der Psychotherapie vor, sie ziele mittels »Seelenbeschau« auf eine Anpassung an die bestehenden gesellschaftlichen Bedingungen; die Therapie lasse die Menschen unkritisch funktionieren und sich etwas wohliger in Verhältnisse einrichten, die eigentlich nach einer grundsätzlichen Veränderung schreien. Die Anpassung besteht z.B. laut *Adorno* (Frankfurter Schule) darin, den Patienten zur Arbeitsleistung und Freude innerhalb unmenschlicher Verhältnisse zu animieren. Einige — nicht alle — Anpassungskritiker sehen in der revolutionären Umgestaltung der Gesellschaft, im *Marx*schen Sinne, die Lösung seelischer Konflikte.

Was ist Anpassung? Anpassung ist nach einer Definition von *Fromm* (1950) die Fähigkeit eines Menschen, so zu handeln wie die Mehrheit der Angehörigen seines Kulturkreises. Anpassung gibt Sicherheit, ist Schutz gegen Einsamkeit, bedeutet nach *Fromm* aber gleichzeitig Verrat an einem »höheren Selbst«, an den nicht realisierten inneren Möglichkeiten. Denn die Gesellschaft gibt ein bestimmtes »Individuationsniveau« vor, das ihre Mitglieder tunlichst nicht überschreiten sollen. Wer über das allgemein akzeptierte Individuationsniveau« hinausstrebt, kann nicht mehr als jemand definiert werden, der sich anpaßt.

Bis es so weit ist, müssen in der Kindheit weitreichende Anpassungsleistungen absolviert werden, die jenseits einer bewußten Entscheidung für oder gegen die Sinnhaftigkeit dieser Art von Anpassung an den üblichen kulturellen Standard (Sprechen, Lesen, Schreiben, sozialer Umgang usw.) liegen. So meine ich also, erst im Erwachsenenalter stellt sich die bewußte Frage von Anpassung und Emanzipation.

Eine klare Antwort auf die Frage, ob sich ein Mensch im Stadium der Anpassung oder der Transzendenz/Emanzipation befindet, gibt es nicht. Der Übergang ist fließend. Anpassung bzw. Transzendenz/Emanzipation ist kein Status, sondern ein schwieriger Lebensprozeß. Die Komplexität und Diffusiondiser Dichotomie erlaubt sogar ein gleichzeitiges Auftreten — im Individuum wie in der Gesellschaft: fortschrittliche Haltung auf einem Feld, Konservatismus im anderen. Die Anpassungskritiker hingegen suggerieren die Existenz einer klaren Unterscheidung zwischen Anpassung und Transzendenz/Emanzipation.

Es besteht der Verdacht — beruhend auf der Analyse der Argumente der Anpassungskritiker —, daß gesellschaftskritisches, unangepaßtes und unhöfliches Verhalten von den Anpassungskritikern in eins gesetzt werden. Der Begriff der Nicht-Anpassung als Gegenstück zur Anpassung reicht weit in ein Verhalten hinein, das als emotionale und soziale Verhaltensstörung angesehen werden muß. Es macht aber einen deutlichen Unterschied, ob ein nicht-angepaßtes Verhalten mit einem opponierenden, kritisierenden, feindseligen Stil oder mit einem konkreten, sachbezogenen, konstruktiven Stil verbunden wird.

Als Beispiel für diese These möchte ich auf die Geschichte des ehemaligen »Sozialistischen Patientenkollektivs Heidelberg« (SPK) hinweisen. Es handelt

sich um ein abschreckendes Beispiel für eine gesellschaftskritisch orientierte Initiative im Bereich der Psychotherapie. Das SPK betonte Ende der 60er Jahre das Therapieziel »Emanzipation« im Gegensatz zum Therapieziel der »Anpassung«, ferner die Gleichberechtigung von Patienten und Ärzten, die Ablehnung der etablierten Psychiatrie, Psychoanalyse und Medizin und die Verbindung von psychiatrischer, psychotherapeutischer Arbeit mit einer Diskussion soziologischer, ökonomischer und politischer Themen bis hin zur Unterordnung psychotherapeutischer Aspekte unter politische Zielvorstellungen. Die SPK legte 1970/71 zwei Bomben und wurde von der Polizei aufgelöst. Ein revolutionärer politischer Kampf auf der Basis gruppentherapeutischer Krankenbehandlung ist eben eine »Absurdität«, wie *Richter* (1972) schrieb.

Läßt man die Positionen Revue passieren, so ist der Begriff der Anpassung mindestens vierdeutig:
— erstens — das meinen die Anpassungskritiker — im Sinne von Unterwerfung unter den Kapitalismus, »die Gesellschaft« etc.; man könnte auch von Überanpassung sprechen, denn im gewissen Sinne ist Anpassung nötig und sinnvoll;
— zweitens von Anerkennung der Existenz des Vorgefundenen;
— drittens von Sozialintegration beziehungsweise von kulturellem Lernen — im Sinne der Selbsterhaltung, wie *Freud* es verstand;
— viertens von Assimilation von Kultur — das, was *Fromm* als Alternative zur bloßen Integration anbietet.

In meiner Definition ist Anpassung Anpassung an das höchstmögliche Kulturniveau, was die Transzendenz des vorfindlichen Niveaus beinhaltet, die Überschreitung des von der Gesellschaft tolerierten Individuationsniveaus.

Was wollen die Anpassungskritiker? Wenn ich einen von ihnen, nämlich *Nogala* (1987), richtig verstehe, plädiert er für den Klassen- und Rassenkampf (in den USA) bzw. für den Bürgerkrieg, um die krankmachenden Widersprüche in der Gesellschaft aufzulösen. Fragt man weiter, was die Frankfurter Schule (Kritische Theorie) als Alternative anbietet, so werden zwei Antworten gegeben: 1. *Adorno,* der selbst über keine Therapieerfahrung verfügte, meinte, in der Therapie müsse der Widerspruch zwischen dem Trieb- und Glücksanspruch des Individuums einerseits und der Repression der Gesellschaft andererseits hochgepeitscht werden. Der Therapeut dürfe nicht den Klienten an die Gesellschaft anpassen, sondern ihn zum »Bewußtsein des Unglücks«, in dem er lebt, bringen. Die Vorstellung, über Verzweiflung zur revolutionären Tat voranschreiten zu können, stammt von *Marx* — und darf als irrig bezeichnet werden (s. *Mackenthun* 1991).

Im ausführlichen Vorwort zu dem Sammelband »Der Stachel Freud« (*Görlich* et al. 1980) wird noch einmal der »unversöhnliche Antagonismus zwischen Triebbedürfnis und den von der Zivilisation auferlegten Einschränkungen« sowie die angeblich unausweichliche »Vergewaltigung« und »Vernichtung« der Individuen durch »die Kultur und ihre Institutionen« betont. Die sich daraus ergebende Konsequenz ist einigermaßen schleierhaft, denn eine

Abschaffung der Kultur und ihrer Institutionen ist nicht zu erwarten. Fragt man nach den Inhalten unterdrückter Triebbedürfnisse, deren Entfesselung eventuell systemüberwindend ist, so stößt man nicht nur auf die Einschränkung einer freien Sexualitätsentwicklung, sondern auch auf die Kulturverbote Mord, Kannibalismus und Inzest (*Dahmer* 1980). Aber Mord, Kannibalismus und Inzest wieder einführen zu wollen, kann ja wohl nicht im Ernst als Mittel gegen die ohne Zweifel vorhandenen neurotisierenden Tendenzen in den modernen Gesellschaften propagiert werden.

Der Leser wird bemerken, daß ich von den Argumenten der Anpassungskritiker nicht viel halte. Und doch kommt man nicht umhin, den Anpassungskritikern einen wahren Kern zuzugestehen. Tatsächlich ist es so, daß so gut wie alle etablierten Therapieschulen jede Form der Gesellschaftsanalyse und -kritik aus ihrem Programm gestrichen haben. Religionskritik, Kritik der Sexualmoral, Kritik von Militär und Kirche — die Hauptfelder der *Freud*schen Gesellschaftskritik — wurden vollständig über Bord geworfen. Die Verhaltenstherapie und die neuen Kurzzeit-Psychokurse steigern diesen Trend ins Absurde.

Fromm, der von der Frankfurter Schule — er gehörte ihr im ersten Jahrzehnt selbst an — als »anpaßlerisch« angegriffen wurde, fand starke Worte gegen die »Anpassungstherapie« (*Fromm* 1950). Er bezieht sich dabei auf die amerikanische Psychoanalyse. Die Popularisierung der Psychoanalyse und ihre Degradierung zu einer medizinischen Hilfswissenschaft in den USA bedeute eine Verflachung. Therapeut und Analysand hätten es sich in einem bequemen gentleman's agreement gemütlich gemacht, wo keiner Krähe der anderen ein Auge auskratzt. Nebenbei sind die Analytiker noch reich geworden, schreibt *Fromm.*

Der Leser wird erraten haben, daß ich dafür plädiere, Gesellschaftskritik und damit Aufklärung wieder in die Therapie aufzunehmen. Es scheint mir dabei sinnvoll, die Problematik Anpassung contra Emanzipation getrennt unter dem Blickwinkel von Therapie und Theorie zu betrachten. Es ist der Unterschied zwischen Psychotherapie als Psychotechnik und Psychotherapie als Quelle der Aufklärung. Was theoretisch gefordert wird, läßt sich nur eingeschränkt in der individuellen therapeutischen Praxis verwirklichen.

Was bedeutet das für die Praxis? Dazu ein Beispiel aus der Praxis, um zu verdeutlichen, wie schwer der Anspruch nach »systemüberwindender« Therapie im materialistischen Sinne zu verwirklichen ist: An der Freien Universität Berlin gibt es das Projekt einer psychosozialen Beratungsstelle im »Kiez«, d.h. im Kleine-Leute-Bezirk Wedding. Die daran beteiligten Studenten veröffentlichten 1983 einen Abschlußbericht. Darin heißt es: »Im Bereich Familie und Umwelt fällt die außerordentlich geringe Berücksichtigung der materiellen Bedingungen, der finanziellen, der Arbeits- und Wohnsituation auf. . . In der Ausbildung werden die Studenten zwar dazu ermuntert, die realen Bedingungen der Familien mit in den Beratungsprozeß einzubeziehen und sie als einen wichtigen Nährboden für das Entstehen innerfamiliärer Konflikte zu begrei-

fen, allerdings scheint das Erkennen von Problemen nicht automatisch in verändertes Eingreifen zu münden« (*Bergold* 1983). Es ist eine Lücke zu konstatieren zwischen theoretischer Erkenntnis und praktischem Handeln, wobei ernsthaft zu fragen wäre, ob die materiellen Bedingungen tatsächlich jene große Rolle für psychisches Geschehen spielen, wie oft behauptet wird.

Man könnte sich eine weitere Variante vorstellen, in der der Therapeut den Analysanden zu bestimmten »gesellschaftlichen« Handlungen auffordert: »Gehen Sie in die Gewerkschaft!« Wie Untersuchungen zeigen, hat eine direktiv-autokratische Psychotherapie, die den Analysanden in Richtung auf nicht angepaßtes Verhalten mehr oder weniger drängt, auf Dauer keinen Erfolg, d.h. es ist anzunehmen, daß der Analysierte nicht im Sinne dieses Therapiezieles handelt. *Tausch* und *Tausch* (1990) haben die langfristige Vergeblichkeit der direktiv-autokratischen Pädagogik ausführlich beschrieben.

Ich will nun zu den Schlußfolgerungen und Konsequenzen aus dem bisher Gesagten kommen. Therapie ist meines Erachtens zunächst Anpassung im Sinne einer Erweiterung und des vollen Ausnutzens der persönlichen Handlungsmöglichkeit. Wenn Neurose die Abkehr des Klienten von den Menschen im Sinne einer eingeschränkten Kommunikations- und Handlungsfähigkeit ist, so sollte zunächst versucht werden, die Mitmenschen wieder in den Blick und ins Gefühl zu bekommen. Erst in einem zweiten Schritt, der am Institut für Tiefenpsychologie (Berlin) meist außerhalb der individuellen Therapie erfolgt, kann der gegebene gesellschaftliche Raum erobert und erweitert werden. Wenn Psychotherapie breit angelegt ist, ist sie zunächst Anpassung an das bestehende Kulturniveau und das Angebot, dieses Niveau zu überschreiten.

Mit anderen Worten: Im Vordergrund aller Therapie steht das Symptom; erst mit relativer Stabilität, d.h. Sozialintegration, lassen sich weltanschauliche Neurosen thematisieren. *Fromm* postulierte den freiheitlichen, »produktiven Charakter« als Ziel, wobei ihm klar war, daß Individuation und partielle Vereinsamung Hand in Hand gehen. Daraus folgt: Transzendenz der vorfindlichen Gesellschaft ist nur mit einem seiner selbst sicheren Charakter möglich.

Bei aller Gesellschaftskritik, Emanzipation und Transzendenz in der Psychotherapie müssen einige Mindestanforderungen eingehalten werden:
— der Einfluß der psychotherapeutischen Kompetenz muß gewährleistet sein,
— die psychotherapeutische Arbeit muß durchgängig Vorrang haben vor allen politischen Zielsetzungen,
— die Zielsetzung darf — wie alle anderen Ziele auch — dem Analysanden nicht aufgedrängt werden.

Das sind die Voraussetzungen für die nun folgenden zwei Vorschläge:
Erstens: In der individuellen Therapie darf der Patient durchaus gefragt werden, wie er zu Religion, Aberglaube, Militarismus, Pazifismus, Nation, Obrigkeit, Humanismus, Demokratie, Minderheiten, Kunst, Wissenschaft, Geschlechterverhältnis, Dritte Welt usw. steht. Es werden sich wertvolle Erkenntnisse darüber ergeben, ob der oder die Betreffende ein weltoffener Mitmensch oder ein »Neurotiker« ist — Neurose im Sinne der Tiefenpsychologie

als Entfremdung vom realen Leben (*Freud* 1911). Der Patient wird m.E. nicht geheilt, wenn sein neurotisierender Überbau nicht in Frage gestellt wird. Er muß mit freiheitlichen Vorstellungen von Gesellschaft, Herrschaft, Erziehung, Zusammenleben, Sexualität etc. konfrontiert werden. Das stellt neue und hohe Anforderungen an den Therapeuten.

Zweitens wäre nötig eine Besinnung auf die *Freud*sche Kulturkritik und die vielen sozialpsychologischen Ansätze von *Adler* über *Reich* bis *Fromm*. Für aufnahmebereite und lernwillige Analysanden sollten Schulungskurse (parallel zur Therapie) angeboten werden, in denen die Grundlagen der jeweils angewandten Therapierichtung in ansprechender Form erörtert werden. Wissenschaft — und also auch die Psychologie — soll sich verständlich machen. Der Themenvielfalt ist keine Grenze gesetzt; sie kann und soll bis weit in die Philosophie, Biographik, Geschichte und Staatsphilosophie hineinreichen.

Diese Schulungen unterstreichen die Ansicht *Freuds*, wonach die Psychoanalyse eine »Nacherziehung« sei. Ohne eine Erweiterung der Bildung kann man bei den Patienten kaum etwas erreichen; wenn er im Laufe der Zeit nicht einen viel weiteren geistigen Horizont bekommt, ist die ganze Psychotherapie Kosmetik. Das Leben wird dann wieder interessant, wenn es gelingt, im Klienten eine brennende Wißbegierde zu wecken. Bücher lesen ist nicht jedermanns Sache, es reicht zunächst, wenn in den Schulungen, Vorträgen und Seminaren zugehört wird. Daß die dort vermittelten Anregungen »zünden«, kann nicht vorausgesetzt werden, aber manchmal funktioniert es. Die Öffnung für die Probleme des Lebens ist natürlich etwas anderes, als das technische Lernen im Beruf. Wenn von »lebenslangem Lernen« die Rede ist, dann ist meist nur das rationale Weiterlernen im Beruf gemeint. Menschliches Wachstum ist damit keineswegs verbunden. Nach der Kindheit hört für die meisten das innere Wachstum auf, die geistig-seelische Entwicklung kommt zum Stillstand. Die therapiebegleitenden Schulungen und Diskussionen können durch ihre geistigen Anstöße eine Bereicherung für das Leben sein — wenn erst einmal der Mut vorhanden ist, diese Anregungen aufzugreifen.

Die Psychoanalyse muß daher politisch werden, was nicht bedeutet, daß sie irgendeinen Parteistandpunkt einzunehmen hat; aber sie hat sich selbst als einen Ausläufer der Aufklärungsepoche zu begreifen, als einen der radikalsten Versuche, die Emanzipation des Menschen von kultureller Repression zu verwirklichen. Das wäre meines Erachtens eine Psychotherapie, die Zukunft hat.

Does Psychotherapy mean Adjustment to Society?

Gerald Mackenthun (Berlin)

The author wishes to know, if the old discussion about wheather psychotherapy leads to the adjustment of its patients to society should be reexamined. The author considers that the question has incorrectly been ignored for too

long. He pleads for an integration of therapy, theory and questions concerning society in order to enable the patient to a real emancipation. The question of adjustment versus emancipation is historically demonstrated using different schools. He begins with the critical theory of the »Frankfurter Schule«, through the neo-psychoanalysis of *Fromm, Horney* and *Schultz-Hencke* up to bourgeois psychology and ends with the americanised and medicinalized psychoanalysis *(Jacoby).*

Using the example of the former »Sozialistisches Patientenkollektiv Heidelberg« (SPK) the author demonstrates the failure of liberation movements and discusses the different concepts of adjustment. He himself is of the opinion that one should adjust to the highest cultural level and that the level of individualisation which is accepted by society should be exceeded. Although he does not think highly of the critics of adjustment, he considers however that there is a certain grain of truth in their statements. Almost all therapy schools have taken out of their programmes all form of social analysis and criticism.

For example, American psychoanalysis has allowed itself to be degraded to a medical auxilliary science. The therapist and patient made themselves comfortable in a form of gentlemen's agreement and the analyst has become rich in addition. The difference between psychotherapy as technique and psychotherapy as a source of enlightment is discussed, and a practical example is demonstrated.

Despite of all social criticism the political — or any other goals — should not be forced on the patient. In individual therapy it can be expected from the patient, that he has a standpoint concerning social questions such as religion, pacifism, democracy, minorities, the third world etc. Healing can only be reached by dismantling the »neurotic-making superstructures«. He recommends a rewakening of the Freudian cultural criticism as many socialpsychological approaches from *Adler* to *Reich* and *Fromm.* He demands a widening of the therapeutic possibilities by means of schooling in social and theoretical questions. He sees psychoanalysis as extra education also in terms of intellectuality. He calls for the ability to be inspired by intellectual and social problems and says that the intellectual development and the development of the personality is not completed when a person becomes an adult. Only a psychoanalysis which integrates these intellectual and social aspects has a future.

Literatur

Ammon, G. (1968): Dynamische Psychiatrie — eine gesellschaftskritische Forderung. Kleine Schriftenreihe der Pinelgesellschaft, Heft 1

— (1970): Psychoanalyse und Gruppenpsychotherapie — Anpassung oder Emanzipation?. In: *Ammon, G.:* Gruppendynamik der Aggression (Berlin: Pinel Publikationen)

Bastine, R. (1982): Ethische Probleme der Psychotherapie. In: *Bastine, R.* et al. (Hrsg.): Grundbegriffe der Psychotherapie (Weinheim-Deerfield Beach/Florida-Basel: Edition Psychologie)

Bergold, J. (1983): Abschlußbericht des Projektes: Psychologiestudenten beraten sozial benachteiligte Familien. Untersuchungen zu Ausbildungsverfahren und Beratungsergebnissen in einem universitären Praxisprojekt (in Berlin-Wedding). Manuskript

Böcker, P.; Breuer, F. (1980): Zur Struktur und Variation therapeutischer Zielsetzungen. In: Ztsch. f. Klin. Psychol. 245—265
Breuer, F. (1979): Psychologische Beratung und Therapie in der Praxis (Heidelberg: Quelle & Meyer)
Bruder, K. (Hrsg.) (1973): Kritik der bürgerlichen Psychologie — Zur Theorie des Individuums in der kapitalistischen Gesellschaft (Fischer-Taschenbuch: Frankfurt/M.)
Dahmer, H. (Hrsg.) (1980): Analytische Sozialpsychologie (Suhrkamp: Frankfurt/M.)
Fromm, E. (1950): Psychoanalyse und Religion. (Diana: Zürich)
— (1970): Die Krise der Psychoanalyse. Gesamtausgabe, Bd. VIII (Deutsche Verlagsanstalt: Stuttgart)
Görlich, B. et al. (1980): Der Stachel Freud. Beiträge und Dokumente zur Kulturismus-Kritik (Suhrkamp: Frankfurt/M.)
Jacoby, R. (1985): Die Verdrängung der Psychoanlayse oder Der Triumph des Konformismus (S. Fischer: Frankfurt/M.)
Jaeggi, E. (1982): Gesellschaftliche Funktionen der Psychotherapie. In: *Bastine, R.* et al. (Hrsg.): Grundbegriffe der Psychotherapie (Weinheim-Deerfield Beach/Florida-Basel: Edition Psychologie)
Mackenthun, G. (1991): Die Entstehungsgeschichte der »Analytischen Sozialpsychologie« Erich Fromms 1928—1938. Eine Einführung (Haag + Herchen: Frankfurt/M.)
Marcuse, L. (1987): Triebstruktur und Gesellschaft (Suhrkamp: Frankfurt/M.) Amerikanische Erstausgabe 1955, deutsch erstmals 1957 als »Eros und Kultur« erschienen.
Michaux W.; Lorr, M. (1961): Psychotherapists' treatment goals. In: Journ. of Couns. Psychol.
Nagel, K. (1971): Das Anpassungskonzept von Psychotherapeuten. In: Psychol. Beiträge 525—549
NcNair D.M.; Lorr, M. (1964): Three kinds of psychotherapy goals. In: Journ. of Clin. Psychol.
Nogala, D. (1987): Humanistische Psychologie als Anleitung zur Identitätsarbeit — Zerstörung politischen Denkens durch das therapeutische Paradigma. In: Psychologie und Gesellschaftskritik 33—58
Petri, H. (1987): Gesellschaftliche Fragen in der psychoanalytischen Weiterbildung. In: Angst und Frieden — Psychoanalyse und gesellschaftliche Verantwortung. (Fischer-Taschenbuch: Frankfurt/M.)
Rattner, J. (1970): Tiefenpsychologie und Politik. Einführung in die politische Psychologie (Rombach: Freiburg)
Richter, H.-E. (1972): Die Gruppe (Rowohlt: Hamburg)
Tausch, R.; Tausch, A.-M. (1990): Erziehungspsychologie (Hogrefe: Göttingen)

Adresse des Autors:

Dipl.-Psych. Gerald Mackenthun
Eberbacherstraße 4
1000 Berlin 33

»Psychosentherapie« in Balzacs »Buch der Mystik«**

Oskar N. Sahlberg (Berlin)*

Der Autor begreift die Erzählung »Seraphita« aus dem »Buch der Mystik«, einem frühen Werk Balzacs, als einen gelungenen Selbstheilungsversuch des Dichters. Er sieht darin eine Verdichtung der lebensgeschichtlich frühen Problematik Balzacs und den eigentlichen Durchbruch zur schöpferischen Gestaltungskraft, die den späteren Romanzyklus der »Menschlichen Komödie« prägt. Sahlbergs Interpretation erfolgt in drei Schritten: Zuerst geht der Autor dem erzählten Geschehen eng folgend der Deutungsweise einer spirituell-mystisch ausgerichteten Psychologie nach. Im Mittelteil bezieht er die dichterische Welt der Erzählung stringent auf die von Vernachlässigung und Lieblosigkeit gezeichnete Kindheit Balzacs und bezieht Erklärungsansätze der von Graber begründeten Pränatalen Psychologie mit ein. Schließlich versteht der Autor die Dimension der Versöhnung in »Seraphita« im Sinne des Ammonschen Androgynitätsprinzips.

Aus der Sicht der Pränatalen Psychologie haben Psychose und Mystik etwas gemeinsam: die Rückkehr aus dem nachgeburtlichen »Ich« zum vorgeburtlichen »Selbst« (*Graber* 1977) mit dem Ziel, dessen Ursprung zu erreichen: die Urliebe, Gott, den göttlichen Schöpfungsakt, die Zeugung, die Zellkernverschmelzung, die als Lichtexplosion erlebt wird (*Grof* 1982) und mit einem »atomaren Bewußtsein« jenseits von Raum und Zeit verbunden ist (*Graber* 1977 vgl. auch die Nahtod-Erfahrungen, *Ring* 1987). Eine kritische Phase ist der Übergang vom Ich zum Selbst, das heißt der Durchgang durch die Geburt mit der Auflösung des Ichs, dem »Ich-Tod« (*Grof* 1982), der Erfahrung des »Stirb und Werde« (*Janus* 1989). Das Bewußtsein des Mystikers ist gefestigt genug, um durch diesen Tod hindurchzugehen, wohingegen der Psychotiker von Angst überwältigt wird und sich in den Regionen des Traum-Ichs verliert (Religion — Regression, Rückbindung — Rückgang, bewußte Gottsuche — unbewußte Gottsucht). Bei seinem Vergleich von Psychose und Mystik spricht *Grof* von einer »stürmischen Suche nach dem Selbst« bzw. von »spirituellen Krisen« (*Grof* 1990a; 1990b). Ziel des Vorgangs ist nach der Wiederzeugung (in der konzeptionellen Symbiose, *Sahlberg* 1988) die Wiedergeburt mit »höherer seelischer Freiheit« (*Graber* 1977).

In seinem »Buch der Mystik« (1835) schilderte *Balzac* derartige Erfahrungen. Er orientierte sich dabei an *Mesmer,* dem Begründer der Tiefenpsychologie (*Ellenberger* 1978), und an dem Mystiker *Swedenborg;* zugleich verarbeitete er eigene Erlebnisse. *Balzac* war ein visionäres Genie. *Curtius,* einer der besten Kenner der europäischen Literatur, stellt ihn neben *Dante, Shakespeare, Goethe (Curtius* 1951, 1954). *Balzac* nannte seine Romane »Etudes«, Studien, wissenschaftliche Untersuchungen; er verstand sich als Forscher. Das »Buch der Mystik« enthält drei Erzählungen. In »Die Verbannten« (zuerst 1831) glaubt der junge Godefroy, der mit *Dante* zusammen als Verbannter in Paris lebt, ein aus dem Himmel verbannter Engel zu sein, der in seine wahre Heimat zurückkehren möchte;

* Dr. phil., Studienrat und freier Wissenschaftsjournalist

** 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

er will sich aufhängen, doch reißt der Strick. In »Louis Lambert« (zuerst 1832) wird die Titelfigur anfangs als genialer Schüler mit telepathischen Fähigkeiten gezeigt, später als Student, der sich mit Naturwissenschaften und Mystik beschäftigt, auch eine Theorie der kosmischen Energie entwickelt. Er verliebt sich dann in die Millionärstochter Pauline, in der er einen Engel sieht, mit dem er »verschmelzen« möchte. Kurz vor der Hochzeit verfällt er drei Tage lang in einen Stupor, danach in eine Depression, in der er sich kastrieren will, was sein Onkel, ein Pfarrer, gerade noch verhindert. Man bringt den Kranken zu *Esquirol,* dem Leiter der Pariser Nervenklinik (eine historische Person), der ihm nicht helfen kann. Er lebt noch fünf Jahre »wie ein Baby in der Wiege«, von Pauline gepflegt. Er hat glasige Augen, reibt ständig die Beine aneinander (in der ersten Fassung der Erzählung lagen die Knochen bloß) und sagt manchmal: »Die Engel sind weiß.« — Die Erzählung »Seraphita« spielt in den Gletschern Norwegens, einer Todeslandschaft, die »Halluzinationen« erzeugt. Die Titelfigur ist eine rätselhafte Person von 17 Jahren, mit *Swedenborg* verwandt, die die Vereinigung mit Gott erstrebt. Sie wird von der jungen Frau Minna, der Tochter des Pastors Becker, als Mann, Seraphitus, wahrgenommen und geliebt. Wilfrid dagegen, ein Reisender, sieht in der Titelfigur eine Frau, Seraphita, die er leidenschaftlich liebt. Seraphitus-Seraphita (ich kürze im folgenden ab: S/S) erscheint bald von übermenschlich dämonischer Kraft, bald schwächlich, krank, mit Migräne, mal asketisch, mal kokett, und erweist sich schließlich als Engel, bzw. als eine Seele auf der letzten Stufe der Transformation. Dieser Engel erfüllt die Liebeswünsche der beiden Menschen nicht, da er nur Gott liebt. Am Ende verzichten die zwei Menschen auf ihr Begehren und erleben nun die Vereinigung des Engels mit Gott, worauf sie sich einander zuwenden.

Die drei Erzählungen enthalten also das gleiche Thema: die Suche nach dem Engel bzw. dessen Suche nach der unio mystica als Auskörperung (Out-of-Body-Experience), was zweimal scheitert und schließlich zum Ziel führt. »Die Verbannten« und »Louis Lambert« spielen in der gewohnten Realität, wie die übrigen Bücher der »Menschlichen Komödie«, während in »Seraphita« die Dimension des Phantastischen oder Jenseitigen einbricht, die sonst bei *Balzac* nicht direkt sichtbar wird.

S/S hat für Minna und Wilfrid die Funktion eines Therapeuten. Die beiden sind von den riesigen strahlenden Augen von S/S fasziniert; eine »konstante Halluzination« geht davon aus. Sie sehen in S/S jeweils ein gegengeschlechtliches Liebesideal von überwältigender Schönheit (das bei der Annäherung dämonische Züge bekommt), mit dem sie verschmelzen wollen. Ihre Liebe ist ein Liebeswahnsinn, eine symbiotische Gier (wie bei Louis Lambert). S/S ist für Minna und Wilfrid offenbar eine früheste Elternfigur, die doppelgeschlechtlich wahrgenommen wird (*Meistermann-Seeger* 1986), als »vereinigte Eltern-Imago« (*Klein* 1932, *Roheim* 1969): ein Projektionsobjekt für früheste Liebesphantasien der oralen Phase. (S/S verlor die Eltern mit neun, ohne Trauer, denn: »Sie leben in mir.«). S/S läßt diese Phantasien in Minna und

Wilfrid jeweils zuerst aufsteigen und sich imaginär befriedigen: Minna und Wilfrid verwandeln sich (unter Hypnose) in Babys, die liebevoll angenommen, narzißtisch befriedigt werden. Dann aber werden sie in die Realität zurückgeholt und konfrontiert, indem ihnen S/S sagt, daß diese totalen Liebeswünsche nur durch Gott befriedigt werden können. Außerdem sollen sich die beiden einander zuwenden, was sie zornig ablehnen (Kapitel I u. II). Im folgenden spricht Pastor Becker über die mystische Weltsicht *Swedenborgs,* über seine Gottesvision und die »himmlischen Hochzeiten« der Engel. Danach legt S/S dar, daß der Weg zu Gott über die Konzentration aller Liebes- und Willenskräfte auf Gott führe, mit dem Verzicht auf alle ich-haften Strebungen, der Ergebung in Gottes Willen, dem Warten auf die Gnade. »Resignation« ist das Stichwort. (Yoga-Techniken klingen an.) So bekommen Minna und Wilfrid ein Verständnis der seelischen Welt, mit der sie in Berührung gekommen sind, als Vorbereitung für die Vision. (Sie erhalten eine »Kartographie des Unbewußten«, könnte man mit *Grof* sagen). Es bricht dann noch einmal der Liebeswahnsinn aus Minna und Wilfrid hervor. Wilfrid entfaltet Allmachtsphantasien: Er möchte für S/S als neuer Dschingis-Khan das englische Weltreich zerstören (eine Napoleon-Phantasie); nach der erneuten Zurückweisung steigt die Aggression auf, er will Seraphita töten, aber ihr hypnotischer Blick bringt ihn zur Ruhe. Minna reagiert in der parallelen Szene nicht aggressiv, sondern passiv-masochistisch: Sie möchte an Stelle von S/S sterben. Außerdem zeigt sich jetzt die Eifersucht von Minna und Wilfrid aufeinander um das gemeinsame Liebesobjekt. Dann aber nimmt Minna die Lehre der »Resignation« an, verzichtet auf ihr Liebesobjekt und bringt auch Wilfrid zur gleichen Haltung; beide lassen los. Nun verläßt die Seele von S/S den Körper und steigt zum Himmel auf: Gott wird als kosmische Lichtexplosion sichtbar, in die S/S zur himmlischen Hochzeit eingeht. Als Minna und Wilfrid aus der Vision erwachen, knien sie »wie zwei Kinder« vor der Leiche von S/S und beschließen, zusammen den Weg zu Gott zu gehen. Das Eis der Gletscher beginnt zu schmelzen, es ist der erste Frühlingstag des neuen Jahrhunderts.

Minna und Wilfrid haben den Verlust ihres Liebesobjekts wiedererlebt, und zwar indem sie ihre Liebesgefühle verwandelten, d.h. sie sind vom nachgeburtlichen Ich zum vorgeburtlichen Selbst gegangen — Öffnung der Ich-Grenzen bzw. Ich-Tod —, und sie gelangten bis zum Schöpfungsakt, der Zellkernverschmelzung (in Indien als Vereinigung von Shiva und Shakti im Licht dargestellt). Auf diese Wiederzeugung, das Eintauchen in den göttlichen Ursprung, folgt das Schmelzen des Eises, der Anbruch des Frühlings: Symbol der Wiedergeburt.

Godefroy (»Die Verbannten«) hatte eine kurze psychotische Reaktion. Louis Lambert (der »Katalepsie« und »Ekstase« gleichsetzte) erfuhr m.E. in seinem Stupor eine Ahnung der Gottesvision, die er aber nicht verarbeiten konnte. In »Seraphita« nun hat *Balzac* eine Heilerfigur eingeführt, die über *Swedenborgs* Wissen um die spirituellen Bereiche verfügt, und die beiden 'Borderliner' Minna und Wilfrid durch den Wahnsinn geleitet. S/S wirkt wie ein androgyner

Schamane, der am Ende die Jenseitsreise vollzieht und zwei Novizen einweiht. (Übrigens verglich *Balzac* einen Großonkel von Louis Lambert mit einem »Obi«, einem »Sagamor«, d.h. mit Schamanen.) Auch machen Minna und Wilfrid ihre Erfahrung gemeinsam, sie stützen sich gegenseitig, sind Hilfs-Ichs füreinander und so können sie die Gottesvision ertragen — in einer ungläubigen Welt. *Balzac* hat das materialistische Paradigma *Esquirols,* des Vertreters der offiziellen Psychiatrie, durch das spirituelle Paradigma *Swedenborgs* ersetzt, das die religiöse Erfahrung wieder erlaubte. Minna und Wilfrid haben sich als Kinder Gottes erkannt, sie sind ein androgynes Paar geworden. Sie brauchen einander nicht symbiotisch zu verschlingen, da sie in der göttlichen Urenergie verwurzelt sind, rückgebunden. Sie können sich aus diesem Wissen heraus gegenseitig anerkennen; sie können nun Liebe geben und vom Herzen aus leben.

II

Liest man »Seraphita« im Rahmen von *Balzacs* Biographie, so zeigen sich weitere Bedeutungsschichten. *Balzac* wurde 1799 geboren. Sein Vater, reich geworden durch Spekulationen während der Französischen Revolution, war damals 53, die Mutter 20. Ein Jahr zuvor war das erste Kind der *Balzacs* bald nach der Geburt gestorben. Man gab das zweite Kind, *Honoré,* gleich nach der Geburt zu einer Amme. Der Mann der Amme war ein Polizist und Trinker, der seine Frau im Rausch prügelte. Als der Junge 16 Monate war, wurde die Schwester *Laure* geboren und zur selben Amme gegeben. Später spielten die Kinder zusammen im Garten, der Junge baute aus Lehm Schlösser für die Schwester. Als er vier war, kamen die beiden Kinder in die Stadt der ihnen bis dahin unbekannten Eltern, wurden in zwei verschiedenen Pensionen untergebracht, von einer bösartigen Gouvernante erzogen, die die Kinder am Sonntag der Mutter zur Bestrafung vorführte. Der Junge ist in dieser Zeit sehr fromm, oft in die Betrachtung eines Sterns versunken und hat eine sehr liebevolle Beziehung zu seiner Schwester. Mit acht kommt er in das Internat eines katholischen Ordens; er ist wieder sehr fromm, unterhält sich mit Engeln und liest viel. Mit vierzehn wird er als geistesgestört entlassen; er ist verwahrlost, spricht nicht, ist nicht ansprechbar, befindet sich »im Koma« (so *Balzacs* Schwester *Laure de Surville* 1856; vgl. auch *Zweig* 1979, *Maurois* 1966, *Frijling-Schreuder* 1965). *Honoré* erholt sich wieder, will dann mit achtzehn gegen den Willen der Eltern Schriftsteller werden. Er studiert in Paris in ärmsten Verhältnissen, schreibt unter Pseudonym, ohne Erfolg; versucht sich als Unternehmer, macht bankrott, riesige Schulden; schreibt ab 1828 wieder, jetzt mit Erfolg. Ab 1830 zwei Arten von Erzählungen: realistische (z.B. »Gobseck«, ein Wucherer) und phantastische (z.B. »Sarrazine« oder »Das Chagrinleder«, in denen es um Kastration und Wahnsinn geht), dann 1832 »Louis Lambert« und 1833—35 »Seraphita«.

Balzac schrieb über seine Mutter: »Ich habe nie eine Mutter gehabt.« »Sie ist ein Ungeheuer und eine Ungeheuerlichkeit zugleich.« »Sie haßte mich schon,

ehe ich geboren war.« »Es ist eine Wunde, die nie heilen kann.« »Meine Mutter ist die Ursache allen Übels in meinem Leben.« »Sie ist nur böse.« »Ich habe die grauenhafteste Kindheit erlitten, die je einem Menschen auf Erden beschieden war« (vgl. *Zweig* 1979).

Ich folgere: Ein unerwünschtes Kind (vgl. *Amendt, Schwarz* 1991): Ein Zeugungstrauma, d.h. die Befruchtung, die Zellkernverschmelzung fand statt, doch folgte sogleich die Erfahrung der Ablehnung, ein Kälteschock, — das Eis der Gletscher — (*Sahlberg* 1991): Schlechte Einkörperung, dadurch Wendung nach rückwärts, als Wunsch, zum Urlicht, zu Gott, zurückzukehren, zu einer neuen besseren Zeugung. S/S fühlt sich schlecht im Körper (wie auch Louis Lambert). S/S ist im Kern die »hermaphroditische Urzelle« mit der »Doppelseele« (*Graber* 1977); sie hält sich durch die Erinnerung (Urerinnerung, Anamnesis) am Leben. Als S/S gefragt wird, woher sein/ihr Wissen um Gott stamme, ist die Antwort: »Ich erinnere mich.« S/S sagt dort auch: »Ich lebe nur für mich und durch mich.« Mit dem gleichen Satz definiert *Grunberger* (1989) den »Paläonarzißmus«, der sich restituieren kann: die Urzelle hat durch eine kreative Introversion überlebt; Tapas, Selbstbebrütung, sagen die Yogis, die so den seelischen Energiekern stärken. So wurde die Einnistung erreicht (vgl. *Wasdell* 1991, *Sahlberg* 1991a) und damit die Schwangerschaft (vielleicht durch väterliche Zuwendung gefördert, was in Pastor Becker angedeutet sein könnte), doch blieb in der Tiefe der Konflikt, das Leiden an der ersten schlechten Ich-Haut, der Zell-Hülle mit dem negativen Mutterprogramm, einem unlustbesetzten Körper-Ich, das Godefroy, Louis Lambert und S/S verlassen wollen. — Nach der Geburt dann zur Amme: gute orale Phase, Entwicklung eines guten Körper-Ichs. In den Augen der Amme, an der Brust, wird eine liebevolle Zeugung gesucht bzw. phantasiert: der Traum der himmlischen Hochzeit in den riesigen Augen von S/S (vgl. *Kohut* 1973 über »den Glanz im Auge der Mutter«). Mit 16 Monaten die Ankunft der Schwester: Liebesverlust (jetzt erst Entwöhnung?), Haß auf die Rivalin, später Versöhnung. Mit vier die Trennung von der Amme: Zurück ins Eis der Mutter, in die Todeslandschaft, Reizentzug (sensory deprivation; vgl. *Lilly* 1973), Qualen. Dann vermutlich die Bekanntschaft mit einem Pfarrer, wohl zuerst durch die Schwester: Minna als Tochter von Pastor Becker. Er erzählte von Gottvater im Himmel und nahm die Kinder in die Kirche mit, zur Madonna mit dem Jesuskind (s.u.): Phantasien, Halluzinationen — jetzt entsteht der Engel, ein vielschichtiges Liebesbild, das von der frühen Amme als einer vereinigten Eltern-Imago bis zur Urzelle und zur Zellkernverschmelzung reicht. Der Junge phantasiert vor seinem Stern, daß er sein Liebesobjekt im Himmel wiederfindet: Totalregression zur Zeugung, Öffnung des Dritten Auges (Louis Lambert beschäftigte sich damit!), der Zirbeldrüse mit ihren optischen Zellen, in der die Zeugungsmatrix gespeichert ist (vgl. z.B. *Talbot* 1989): Lichtexplosion, Gottesvision, und damit die paradoxe Erfahrung, daß der Verlust, der Schmerz, der seelische Tod zur Ekstase, zur Seligkeit führt. Erschütterung, Verwandlung. Aufgrund dieser Erfahrung wurde aus der verlorenen Amme die Erlöserfigur, die den Verlust

wieder heilt. Nach dieser Heilungsphantasie — der Lösung von der Amme und der Übertragung der Liebeswünsche auf die Schwester — ein neuer Anfang, Wendung zur Wirklichkeit, etwa von sechs bis acht (s.u.). Dann das Internat, »ein geistiges Zuchthaus« (*Zweig* 1979), wieder im seelischen Eis (dazu wohl homosexuelle Tendenzen der Ordensleute), wieder Halluzinationen. Jetzt ist *Honoré* isoliert, ohne den Kontakt zur Realität über die Schwester: Psychose mit 14. Er war ein »Unerreichter«, ein »Unberührter« (*Ammon* 1986) geworden, wie Louis Lambert am Ende, der sich auf destruktive Weise selbst stimuliert. Indem Louis Lambert sich das Fleisch von den Knochen schabt, wirkt er wie ein Schamane, der den Novizen bei der Einweihung vom alten Körper-Ich befreit (*Eliade* 1968) — aber er tut es real statt symbolisch und in beiden Rollen. — Ab 14 erfährt *Balzac* dann eine oberflächliche Heilung.

Ab Herbst 1830 eine kreative Regression, m.E. ausgelöst durch die Julirevolution von 1830; sie brachte den Durchbruch des industriellen Zeitalters in Frankreich, die offene Herrschaft des Geldes (*Marx* 1948), was *Balzac* als neue Eiszeit empfand, als Hölle (im Roman »Das Mädchen mit den Goldaugen«, 1833, Paris als Inferno, nach *Dante).* — *Balzac* steigt allmählich zurück: Die Studentenzeit in »Das Chagrinleder«, 1831, die Internatszeit in »Louis Lambert«, 1832, und dann die Phase von 4—6 in »Seraphita« — Höhepunkt der kreativen Regression, ermöglicht zum einen durch die Hinwendung zu *Swedenborg* (ab 1832), einem erleuchteten Meister mit der Funktion eines spirituellen Uterus (eine heutige Parallele wäre etwa *Osho Rajneesh). Swedenborg* erlaubte *Balzac* die religiöse Dimension wiederzuerfahren. Er konnte damit die Zeugung des neuen Menschen in sich durch Gott zulassen, vor der der Psychotiker *Schreber* zurückschreckte (*Freud* 1969). (*Jaspers* 1949 bezeichnete den sehr realitätstüchtigen Wissenschaftler, Politiker und Mystiker *Swedenborg* als »schizophren«!). Die andere Voraussetzung für »Seraphita« war die Beziehung zu *Eveline Hanska. Balzac* hatte sie zuerst brieflich kennengelernt, dann persönlich im September 1833. Große Liebe, seelisch wie körperlich.

Im November 1833 sieht *Balzac* bei einem Freund, dem Bildhauer *Bra,* eine Plastik: die Madonna mit dem Jesuskind und zwei anbetende Engel davor. Da fällt ihm die Fabel des »Seraphita«-Romans ein — das Bild der oralen-narzißtischen Befriedigung und davor die zwei Kinder, also als schon vom Liebesobjekt getrennte. Und nun steigt in *Balzac* das Eis auf, der Mangel, der seelische Tod und zugleich, im Fortgang der Fabel, dessen regressive-kreative Überwindung. In der Widmung von »Seraphita« an Frau *Hanska* schreibt *Balzac:* »Sie haben wie ich selbst seit der Kindheit diese Figur erträumt.« Er hatte in *Eveline Hanska* die Schwester, die innere Liebesfigur mit dem gemeinsamen Liebestraum wiedergefunden. Mit ihr zusammen, mit der Kraft dieser Liebe (der »Sozialenergie«) ging *Balzac* den Weg zurück zur Zeugung, zu Gott, läßt sich mit der Schwesterfigur zusammen neu gezeugt und nach gemeinsamer Schwangerschaft neu geboren werden. (»Heureux sont les frères dont les soeurs sont des Laures.«)

Die »Seraphita«-Vision — die Öffnung der Ich-Grenzen, das Überschreiten der Grenzen des Verstandes und damit die Verarbeitung des abgespaltenen psychotischen Kerns als Exorzismus des Dämons und zugleich als Integration seiner Energie — hatte die Wirkung einer Heilung. Die Identitätskrise *Balzacs*, die von 1831—33 zu beobachten ist (*Ubersfeld* 1965), war beendet, wie auch die Phase der Wahnsinnserzählungen; Nachklänge noch im Alchemistenroman »Die Suche nach dem Absoluten«, sowie in »Die Lilie im Tal«, wo die direkte Erinnerung an die Amme und an die Zeit mit fünf erscheint. Dann entsteht »Der Vater Goriot« (1835), der Beginn der zentralen realistischen Romane der »Menschlichen Komödie«. Der Plan zu dieser war *Balzac* kurz vor der Inspiration zu »Seraphita« eingefallen: Vor Begeisterung lief er nachts quer durch Paris zu seiner Schwester, um ihr zu verkünden: »Ich bin dabei, ein Genie zu werden.« Das Genie hatte für ihn »die Kraft des Mannes und die Brüste der Frau«.

»Der Vater Goriot« spielt in einer »Pension Vauquer«; so hieß die Pension, wo die Schwester nach der Trennung von der Amme wohnte, d.h. damals, nach der ersten Heilung, war die Wendung nach außen, die Rückkehr zur Wirklichkeit erfolgt, was dann durch die Internatszeit wieder unterbrochen wurde. In den weiteren Romanen wie »Die verlorenen Illusionen« und »Glanz und Elend der Kurtisanen« nimmt *Balzac* dann die Zeit nach seinem 14. Lebensjahr auf. Die Gestalt, die die drei gerade genannten Romane verbindet, ist Vautrin (die eigentliche Achse der »Menschlichen Komödie«), eine Mephisto-Figur: ein Krimineller, homosexuell, väterlicher Freund und Versucher emporstrebender junger Männer, Chef und Finanzier der Unterwelt, zeitweise als Priester verkleidet. Im späten Roman »Die letzte Inkarnation von Vautrin« wechselt dieser die Fronten, wird Polizeichef — womit m.E. seine erste Inkarnation sichtbar wird: der Mann der Amme, der Polizist. Es entstehen noch »Les parents pauvres«, aus zwei Teilen: »Die Cousine Bette«, eine Lesbierin, und »Der Cousin Pons«, ein homoerotisch getönter Junggeselle — der kreative Androgyn hat sich wieder getrennt, der Schöpfergott hat sein Werk beendet: Er hat das reale Frankreich durch das imaginäre der »Menschlichen Komödie« ersetzt.

III

Die historische Bedeutung von »Seraphita« ist im Zentrum des Buches enthalten, in der himmlischen Hochzeit von Seraphitus und Seraphita mit Gott; sie findet im »Sanktuarium« statt, bleibt unsichtbar. Da in Kapitel I und II S/S zuerst als idealschöner Mann und dann als idealschöne Frau vorgeführt wird, die beide sagen, sie seien im Himmel »verlobt«, werden in der Vorstellung des Lesers zwei erotisch-sexuelle Szenen evoziert. Da Gott vor der Vision gelegentlich »Vater« genannt wird, scheint sich eine homosexuelle und eine heterosexuelle Begegnung anzudeuten. In der Vision selbst wird Gott dann aber nicht als Person gesehen, sondern als Licht, Energie, Rhythmus, als Ewigkeit, Unendlichkeit.

Nach der Beendigung des Manuskripts von »Seraphita« verfaßte *Balzac* einen Zusatz zu »Louis Lambert«, den »Brief an den Onkel« (*Gauthier* 1980). Hier schreibt Louis Lambert, die frühesten Religionen der Menschheit hätten sich später zum Kult der »Trimurti« vereinigt, der über die ganze Erde ausgestrahlt habe und dann von *Buddha* reformiert worden sei. Schließlich habe *Swedenborg* eine große Synthese der Religionen geschaffen, »er werde vielleicht der *Buddha* des Nordens sein«. (Übrigens nannte *Balzac* 1842 im Vorwort zur »Menschlichen Komödie« Seraphita »einen christlichen Buddha«.) — Da Trimurti der androgyne Schöpfergott des Shivaismus ist (*Zimmer* 1951, *Gauthier* 1983/84), dürfte *Balzac* auch *Swedenborgs* Gott als androgyn angesehen haben, und damit zeigt sich, hier erst, die wahre Gestalt des Gottes aus »Seraphita«: Es ist ein androgyner Gott, in den S/S eingeht (entsprechend der »Androgynisierung« der Yogis, *Eliade* 1963).

1833 hatte *Balzac* (in »Der Landarzt«) die »Polizeifunktion« der katholischen Kirche (*Borel* 1967), Instrument der herrschenden Klasse zur Unterdrückung der Besitzlosen, präzise dargestellt. Mit »Seraphita« hat er die Diktatur des Patriarchats (mit seiner primär männlich-gleichgeschlechtlichen Gottesliebe) durchbrochen und die natürliche Grundlage der Religion, die Verehrung des Lebens, wiedergefunden (vgl. *Ammon* 1984b). Der kollektive seelische Umwälzungsprozeß, den *Balzac* gestaltet, wurde durch die Romantik eingeleitet, in Frankreich vor allem durch *Mme de Staël* (sie ist übrigens die Ziehmutter von Louis Lambert), die religiös-utopischen Frühsozialisten *Fourier* und *Saint-Simon* zu androgynen Formen der Erotik inspirierte (*Sombart* 1981, 1991). Der Saint-Simon-Schüler *Enfantin* gründete 1832 eine religiöse Kommune, wo »Gott-Vater« wie auch »Gott-Mutter« verehrt wurden (*Charléty* 1931). Spuren dieser religiösen Androgynitätslehre zeigen sich auch bei *Gautier* und *Baudelaire (Sahlberg* 1980). — Im übrigen enthält »Seraphita« eine Evolutionslehre à la *Teilhard de Chardin,* was den New-Age-Charakter des Romans noch verstärkt.

Die himmlische Hochzeit in »Seraphita« war für *Balzac* die Verbindung der beiden Teile seiner eigenen Psyche, die Aneignung seiner eigenen androgynen Natur: Ein androgynes 'Coming Out' als eine kreative Selbstbehauptung, eine Selbsterschaffung mit öffentlichem, gesellschaftlichen Anspruch, auf der Bühne der Geschichte vollzogen. Um sein androgynes Liebesideal und Menschenbild zu gewinnen und zu verwurzeln, mußte *Balzac* den androgynen Urgott wiederfinden, wiedererschaffen, und so konnte er die Göttlichkeit der Welt und des Menschen wieder erfahren. Damit finden wir im Kern von *Balzacs* Mystik die Idee einer »androgynen Revolution«, wie sie heute *Ammon* fordert. *Ammon* weist bei seiner Darstellung der Androgynität des Menschen auf die androgynen Schöpfungsgötter und die androgynen Schamanen hin und betont den Zusammenhang von Androgynität und Kreativität (*Ammon* 1984b, 1986). Es ist *Ammons* »ganzheitliche« wie »grenzenüberschreitende« Sicht, die den »mehrdimensionalen Menschen« in *Balzacs* Leben und Werk erkennen läßt.

»Psychotherapy of Psychosis« in Balzac's »Book of Mystic«

Oskar N. Sahlberg (Berlin)

»Seraphita«, a story in *Balzac*'s »Book of Mystic«, is understood here as the key to the comprehension of the central problematic nature in the life of the poet and as the decisive turning point in his literary creativity.

»Seraphita« takes place in the glacial landscape of Norway. The angelical being Seraphita, a relative of the mystic *Swedenborg,* is perceived by the young woman Minna as a man and by the traveller Wilfrid as a woman. Both of them idolize ardently this figure. But Seraphita rejects them and refers their excessive longings to God. Minna and Wilfrid resist the refusal of Seraphita, jealous of each other, and they are only capable of letting go of their desire for love at the time point of her death. As the angelic, ethereal and entranced being is dying, both of them experience the vision of a light explosion, in which Seraphita ascends to a heavenly wedding. After her death Minna and Wilfrid find to each other and decide to share the way to God together.

There are three steps of interpretation of this story: Referring to its mystical content first the story is interpreted as a way of liberation from exaggerated earthly longings and desires to a return to divine prime origin.

With regard to the biography of *Balzac* the story is seen as an attempt to heal himself through re-experiencing and overcoming his early privations shared with his sister *Laure. Balzac* and his 16 months older sister grew up until his fourth year with a nanny, and then they were taken away by the unknown parents and put in two different hostels. Their up-bringing was put in the hands of an evil governess, who brought the children every sunday to the mother for punishment. *Balzac* wrote about his mother: »I have never had a mother.« — »She is a monstrosity.« — »My mother is the cause of everything loathsome in my life.« — »She is only wicked.« *Balzac* retreats very early from the world into godliness. With eight years he went into a catholic boarding school, with 14 years he was expelled because of »mental illness«.

In the story the author sees the early and prenatal rejection reflected in the hostile, frozen landscape of Norway. With this story *Balzac* completes a phase of writing, which is about madness. Also the grave identity crisis of the years 1831—33 comes to an end, and *Balzac* succeeds in breaking through to his great potential of creativity, which characterizes the cycle of novels »The Human Comedy«. In »Seraphita« and in his spiritual involvement at that time *Balzac* comes closer to the work of the mystic *Swedenborg.* The vision of an »unio mystica« in »Seraphita« matches an extreme opening of the ego-boundaries, which ends in a regeneration of the ego on a better integrated basis.

In the historical dimension of the story *Balzac* returns in the form of the androgynous, angelical figure of Seraphita to the God of creation, counteracting the then prevailing misuse of power by the Catholic Church, which *Balzac* unmasked in other works. The story represents his own wish of the integration of masculinity and feminity, the core of every creativity, as *Ammon*

(1984) has pointed out. The androgynous principle, as understood by *Günter Ammon,* the suspension of restricting, rigid thinking and life styles and of the »devide and rule« is seen by the author symbolized in the dimension of reconciliation and the life worshipping Utopia in *Balzac*'s »Seraphita«.

Literatur

Amendt, G. u. *Schwarz, M.* (1991): Das Leben unerwünschter Kinder.
Ammon, G. (1984a): Der androgyne Mensch. In: Dynamische Psychiatrie 3, 1984.
— (1984b): Religiosität und Gottesbegriff als ganzheitliches Geschehen. In: Dynamische Psychiatrie 3, 1984.
— (1986): Der mehrdimensionale Mensch.
Balzac, H. (1954): Louis Lambert, Edition critique (Pommier).
— (1967): Lettres à Mme Hanska.
— (1980): La Comédie Humaine (Pléiade), Band XI.
Borel, J. (1967): Séraphita et le mysticisme balzacien.
Charléty, E. (1931): Histoire du Saint-Simonisme.
Curtius, E.R. (1951): Balzac.
— (1954): Kritische Essays zur europäischen Literatur.
Eliade, M. (1962): Méphistophélès et l'Androgyne.
— (1968): Schamanismus und archaische Ekstasetechnik.
Ellenberger, H. (1978): Die Entdeckung des Unbewußten.
Frijling-Schreuder, E.C.M. (1965): H. de Balzac, ein gestörter Junge, der nicht behandelt wurde. In: Psyche 10/1965.
Freud, S. (1969): Psychoanalytische Bemerkungen über einen autobiographisch beschriebenen Fall von Paranoia. GW VIII.
Gauthier, H. (1973): L'homme intérieur dans la vision de Balzac.
— (1980): Kommentar in Balzac 1980.
Gautier, Th. (1983/84): Auf der Suche nach dem Anderswo (Hrsg. Sahlberg).
Graber, G.H. (1977): Gesammelte Schriften III.
Grof, St. (1982): Topographie des Unbewußten.
— (1990a): Die Stürmische Suche nach dem Selbst.
— (1990b): Spirituelle Krisen.
Grunberger, B. (1989): Narziß und Anubis.
Janus, L. (1989): Die Psychoanalyse der Geburt und der vorgeburtlichen Lebenszeit.
Jaspers, K. (1949): Strindberg und van Gogh.
Klein, M. (1932): Die Psychoanalyse des Kindes.
Kohut, H. (1973): Narzißmus.
Lilly, J.E. (1976): Das Zentrum des Zyklons.
Marx, K. (1948): Der achtzehnte Brumaire des Louis Bonaparte.
Maurois, A. (1966): Prometheus oder das Leben Balzacs.
Meistermann-Seeger, E. (1986): Kurztherapie Fokaltraining.
Ring, K. (1987): Den Tod erfahren, das Leben gewinnen.
Roheim, G. (1969): Psychoanalysis and Anthropology.
Sahlberg, O.N. (1980): Baudelaire und seine Muse auf dem Weg zur Revolution.
— (1988): Der kreative Prozeß und seine peri- und pränatalen Wurzeln. In: Dynamische Psychiatrie 3/4, 1988.
— (1991): Die Heilung des Geburtstraumas im Werk Gottfried Benns. In: *Janus, L.* (Hrsg.): Die kulturelle Verarbeitung pränatalen und perinatalen Erlebens.
— (1991): Haben Sie Gott getroffen? In: *Knapp, E.-M.* (Hrsg.): Wahn und Sinn?
Sombart, N. (1981): De Mme de Stael à Charles Fourier.
— (1991): Die deutschen Männer und ihre Feinde.
Surville, L. de (1856): Balzac, sa vie et ses oeuvres.
Talbot, M. (1989): Mystik und neue Physik.
Ubersfeld, A. (1965): La crise de 1831—33. In: Europe, Jan./Févr. 1965.

Wasdell, D. (1991): Prä- und perinatale Grundlagen der soziopolitischen Dynamik. In: *Janus, L.* (Hrsg.): Erscheinungsweisen pränatalen und perinatalen Erlebens in den psychotherapeutischen Settings.
Zimmer, H. (1951): Mythen und Symbole in indischer Kunst und Kultur.
Zweig, St. (1979): Balzac.

Adresse des Autors:

Dr. phil. Oskar N. Sahlberg
Sophie-Charlotte-Straße 49
W-1000 Berlin 19

On the Relevance of the Oedipus Complex for Psychotherapy in Africa**

Karl Peltzer (Frankfurt/Main)*

In dieser Arbeit beschreibt der Autor, daß sich in sozial-orientierten Gesellschaften wie dem traditionellen Afrika der negative Oedipus-Komplex stärker herausbildet als der positive, ohne wie in objekt-orientierten westlichen Gesellschaften zu Homosexualität zu führen. Dies basiert auf den dort geltenden Sozialisationsbedingungen einer verlängerten Mutter-Kind-Symbiose, dem Aufwachsen in alters- und geschlechtshomogenen Gruppen mit multilateralen Identifikationen und einer Erziehung nach den Prinzipien von Alter und Seniorität. Die genannten Begriffe werden erläutert und die These mit Literaturangaben und zwei knappen Fallvignetten belegt.

Most researchers agree on the existence of the Oedipus complex in Africa, however, most differ on the extent and type of Oedipus (*Binitie* 1982, *Corin* 1971, *Dupire, Gertler* 1977, *Ilechukwu* 1987, *Mgbosowo* 1985, *Ortigues* 1964, *Ortigues, Ortigues* 1966, *Parin* et al. 1963, *Parin* et al. 1971). This paper tries to clarify and systematize the relevance of the Oedipus complex for psychotherapy in the African context. The study is based on literature review and psychotherapy research of the author in Africa.

The Oedipus complex is defined as the libido and aggression of the child towards the parents. If the libido of the child is directed towards the parent of the opposite sex and the aggression is directed towards the same sex, in the form of rivalry, it is called positive Oedipus. If the libido of the child is directed towards the parent of the same sex by taking on feminine characteristics in the case of the boy and masculine characteristics in the case of the girl, and aggression or hostility is directed towards the opposite sex, it is called negative Oedipus (*Laplanche* and *Pontalis* 1972).

The author proposes that the complete Oedipus complex (positive and negative Oedipus complex) is weaker in African than in industrial societies, and that within the African context the negative Oedipus complex is more intense than the positive Oedipus. This statement implies that libido and aggression in Africa is less directed to authority (parents, elders, etc.) and more towards the group (siblings, age mates, etc.). The increased direction towards the group explains the increased negative Oedipus. The sex socialization into the group is separated in Africa, whereas it is mixed in industrial societies. As a consequence, strong sex role distinctions are formed and hinder the negative Oedipus to lead to homosexuality in (non-Arabic/ Muslim) Africa as opposed to western societies.

The concept of »authority« and »group« is part of a tridimensional African model of personality consisting of authority, group, body-mind-environment

* Dipl.-Psych. Dr. phil., Psychosoziales Zentrum für ausländische Flüchtlinge in Frankfurt/Main

** Vortrag gehalten auf dem Kongress der Nigerian Association of Clinical Psychologists vom 21.—24. Februar 1989 im Aro Neuro-Psychiatric Hospital Abeokuta, Nigeria

Peltzer 2

(*Peltzer* 1989). In the authority dimension the traditional African is socialized from birth to death on the principles of age and seniority which consists of the mother, elder siblings, father, elders, ancestors and God. The transitional or modern person (African) is no longer so potently ruled by traditional authority and advice, since the continuity of the socialization has been broken and the gulf between the old and young generation has become apparent. In the group dimension the traditional African is socialized after weaning on the basis of association with those of the same age, sex, school or work mates. However, the transitional and modern person is no longer such a »group person« as the traditional person, because the former has undergone a process of individuation with emphasis on achievement, competition, and desire to excel. In the body-mind-environment dimension the traditional African is »primarily« socialized by human beings in the authority and group dimensions, whereas the transitional and modern African (person) is basically socialized by the non-human (object) environment. Thus one can distinguish social (human) and object oriented societies.

In line with the proposal outlined, social oriented societies have a weak Oedipus and an increased negative Oedipus, whereas object oriented societies have a strong Oedipus both negative and positive. Characteristics and explanatory categories are summarized in Table 1.

	social oriented	object oriented
Libido and aggression	— mother — dual — oral — multilateral — group	— mother, father — triangular — anal — monolateral — authority
Libido	authority	group
Aggression	group	authority
Introjection	avoided, regressive repetition of the preoedipal mother (clan conscience)	Super-ego
Ego	ambivalent	repressive
Locus of control/ defence	external/public/ shame	internal/secret/ guilt

Fig. 1: Oedipus in social and object oriented societies

In social-(oriented) societies the libido and aggression of the child is initially directed towards the mother and not the father, because of a prolonged symbiotic relationship with the mother (breast feeding, body contact, sleeping pattern), whereas in object-(oriented) societies the child is earlier exposed to a triangular (mother-father-child) relationship. Therefore, in social-societies the Oedipus (libido and aggression) which initially was basically directed towards the mother during the oral stage is consequently directed towards multilateral identifications (many fathers and mothers including senior siblings), whereas in object-societies the Oedipus is directed towards monolateral identifications. The diversification of the Oedipus from monolateral to multilateral identifications in social-societies directs the Oedipus more towards the group as opposed to authority, and the maintenance of monolateral identifications in object-societies will focus the Oedipus more on the authority than group.

Distinguishing libido and aggression, libido (here respect) is more directed towards authority than to the group in social-societies, whereas aggression can not be directed towards authority but to the group, which will lead to the negative Oedipus in social-societies. In object-societies libido is more directed towards the group (which is reflected in the positive value of the young and productive adult) and aggression more towards the authority (which is shown in the negative value of old aged and the low number of children). The direction of libido towards the group implies the negative Oedipus and the direction of aggression towards authority implies the positive Oedipus. As a result of directing aggression towards authority in object-societies, the authority (of the father) and the associated castration anxiety is introjected and leads to the formation of the super-ego, whereas in social-societies introjection of external authorities is avoided and regressive repetition of the pre-oedipal mother and a »clan conscience« form the equivalent of the super-ego in object-societies.

The ego can remain ambivalent (libido and aggression) towards the same person in social-societies, whereas in object-societies ambivalence is less tolerated than in social-societies so that either libido or aggression towards the same person (monolateral identification) has to be repressed. As a consequence of the super-ego and a repressive ego in object-societies, the locus of control is internal and associated with guilt, and as a result of a clan conscience and ambivalent ego in social-societies, the locus of control is external and is associated with shame.

The following two case studies should illustrate the weak and negative Oedipus in Africa. The two patients selected can both be classified with the brain-fag syndrome (*Prince* 1989). *Parin* et al. (1971) already pointed out the relevance of the negative Oedipus complex in a patient suffering from brain-fag in the Ivory Coast. Generally, the brain-fag syndrome occurs in male and is rare in female students (*Prince* 1989). No explanation has so far been given for the sex differences in the occurence of the brain-fag syndrome, which is mainly a psychoneurotic condition (depression, mixed anxiety and depression) and is associated with the act of studying, especially reading. The two case studies are

abbreviated in a way that only two major problems feature which give the reader sufficient insight into the oedipal conflict. The oedipal conflict should normally be resolved during adolescence, however, in the neurotic brain-fag patient the libido can not be successfully directed towards the opposite sex and the patient remains under the control of authority or dependent on the parents. Therefore the two cases focus on the libidinal and dependency conflicts which prolonged to exist in the patients beyond puberty. Both patients are University students but come from a traditional and polygynous home.

Case 1 (male)

Negative Oedipus in the male means taking on feminine features. Ayo is 29 years old, Yoruba Nigerian by ethnicity, Christian, single and is studying English, a »feminine« subject. He had his first ejaculation at the age of 19 and he claims to have had his first sexual intercourse at 25. He is very secretive about his sexual life. He admits to have been unsuccessful with girls and he became a »born again« Christian two years ago, probably to cover up his heterosexual weaknesses. Ayo does not sit upright but bows his back and head down, speaks very softly, silently and apologetic and appears feminine in external appearance and movement. He is the second son of the second wife of his father who died 7 years ago, when he was 22. During adolescence and even up to now he prefers to stay indoors. He attributes his illnes to a ritual which was performed for him by a female traditional healer. He is the first in the family to go to University and he can only think of sex, girl-friend and marriage after completing his education. For the time being his libido is directed to the book and God. Although Ayo is in »control« over the bank account for the proceeds of the father's cocoa plantation, his uncle and other male seniors are in final control of his families economy so that he himself has hardly enough money to finish his education. Ayo is very distressed about this state of affairs, however, he only »copes« by subjugation towards the seniors in his family. In addition, he regresses into pre-oedipal castration anxiety reinforced by his father's first wife in association with the female traditional healer. The first wife used to beat him as a child and did everything against him up to now, and Ayo believes that they (the first wife and healer) are up to kill him using witchcraft, first making him ill as he is now and later kill him.

Case 2 (female)

The negative oedipal conflict is in the female by taking on masculinity. Bola is 23 years, Yoruba Nigerian by ethnicity, Muslim, single and is studying pharmacy, a »male« subject. Initially, she had wanted to do medicine, got admission to physiotherapy and changed to pharmacy. Bola had her first menstruation at the age of 15 and she recalled it as a happy event for her mother but as a horrible experience for herself. Her menstruation never lasts for more than 3

days. She refers to her childhood as being a tomboy, moving with boys and uncomfortable with girls like in a girls Secondary School. Up to now she prefers trousers and keeps her hair very short. She avoids any intimacy with boys and believes all girls gossip. In fact she is aggressive towards girls, especially over feminine issues. She idealizes her father as very rich and very hard working. Bola is the fourth born from the third wife of her father. Her mother died 5 years ago when she was 18 years old. She felt if she had had the money, she could have saved her mother's life by sending her for hospital treatment overseas instead of seeking traditional treatment. Bola is the only member of the family who has reached University. Her own mother, who died, was the only wife of her father who was a bit educated. The two senior wives to her mother were gossipers and are believed to have contributed to the death of the patient's mother. As a result of that, Bola subjugates to the two senior mothers to the extent that herself and her siblings do not stay with their father. In particular, Bola subjugates herself towards her senior brother who is sponsoring her education. She also feels she can not think of sex, boy friend, and marriage before completing her education. This masculine and asexual behaviour helps her to defend her castration anxiety (not to have her own child) from feminine rivalry.

Zur Bedeutung des Ödipus-Komplexes für die Psychotherapie in Afrika

Karl Peltzer (Frankfurt/Main)

Basierend auf Literaturschau und eigener Psychotherapie-Forschung in Afrika systematisiert Peltzer die Bedeutung des Ödipus-Komplexes für die dortige Psychotherapie. Zwar ist bei verschiedenen Autoren wie *Binitie* (1982), *Corin* (1971), *Dupire* und *Gertler* (1977), *Ilechukwu* (1987), *Mbosowo* (1985), *Ortigues* (1964), *Ortigues* und *Ortigues* (1966), *Parin* et al. (1963, 1971) unumstritten, daß der Ödipus-Komplex auch in Afrika existiert, doch differieren sie über Ausmaß und Typus. Der Odipuskomplex ist definiert als die auf die Eltern gerichtete Libido und Aggression des Kindes. Richtet sich die Libido auf den gegengeschlechtlichen und die Aggression auf den gleichgeschlechtlichen Elternteil, spricht man von positivem Ödipus. Ist die Libido dagegen auf den gleichgeschlechtlichen und die Aggression auf den gegengeschlechtlichen Elternteil gerichtet, wird dies negativer Ödipus genannt (*Laplanche* und *Pontalis* 1972). In diesem Fall nimmt der Junge feminine, ein Mädchen maskuline Züge an.

In Afrika ist nach Ansicht des Autors der Ödipus-Komplex insgesamt schwächer als in Industriegesellschaften. Libido und Aggression richten sich hier weniger auf Autoritäten wie Eltern, Ältere etc., sondern mehr auf die Gruppe (Geschwister, Altersgenossen usw.), was die größere Intensität des negativen Ödipus gegenüber dem positiven erklärt. In Afrika ist die Sozialisation in der Gruppe nach Geschlechtern getrennt; als Folge davon bilden sich

starke Geschlechtsrollenunterschiede heraus, die verhindern, daß der negative Ödipus (wie in westlichen Gesellschaften) zu Homosexualität führt.

Peltzer (1989) schlägt ein afrikanisches Persönlichkeitsmodell vor mit den drei Dimensionen Autorität, Gruppe und Körper-Geist-Umwelt. Traditionell wird ein Afrikaner nach dem Prinzip von Alter und Seniorität erzogen, d.h. Mutter, ältere Geschwister, Vater, Alte, Vorfahren, Gott (Autoritätsdimension). Nach der Entwöhnung lebt er in Gemeinschaft mit Alters-, Geschlechts-, Schul- und Arbeitsgenossen (Gruppendimension). Die primäre Sozialisation erfolgt durch die Menschen in der Autoritäts- und Gruppendimension. Für den modernen Afrikaner sind Autoritäten und Gruppe nicht so bedeutsam, da er grundlegend durch nicht-menschliche Umgebung mit der Betonung auf Leistung, Wettbewerb und Konkurrenz sozialisiert ist. Mit dem Autor kann man also sozial- und objekt-orientierte Gesellschaften unterscheiden.

In sozial-orientierten Gesellschaften besteht eine verlängerte Mutter-Kind-Symbiose (Stillen, Körperkontakt, Schlafgewohnheiten). Der Ödipus, der in der Oral-Periode auf die Mutter gerichtet war, ist auf multilaterale Identifikationen (viele Väter, Mütter, ältere Geschwister) gerichtet und damit auf die Gruppe, weniger auf die Autoritäten. Die Libido (hier: Respekt) richtet sich mehr auf die Autorität, wogegen die Aggression nur gegen die Gruppe gerichtet werden kann. Dies führt zum negativen Ödipus. Die Introjektion externer Autoritäten wird vermieden; die regressive Wiederholung der prä-ödipalen Mutter und ein »Clan-Gewissen« bilden das Äquivalent des Über-Ichs. Das Ich kann ambivalent gegenüber einer Person bleiben, so daß der Locus of control extern und verknüpft mit Scham ist.

Peltzer illustriert den schwachen und negativen Ödipus an zwei kurzen Fallvignetten. Beide Patienten stammen aus traditionellen, polygynen Elternhäusern und leiden am »brain-fag«-Syndrom (»Hirnschinderei«-Syndrom), das *Prince* (1989) beschrieben hat. Dabei handelt es sich um einen psychoneurotischen Zustand von Depression bzw. Angst gemischt mit Depression, der mit dem Studium und speziell mit dem Lesen verbunden ist und meist bei Männern, selten bei Frauen, auftritt. Beim »brain-fag«-Syndrom kann die Libido nicht erfolgreich auf das andere Geschlecht gerichtet werden, der Patient kann also den Ödipus-Konflikt nicht lösen und verbleibt unter Kontrolle und abhängig von den Autoritätspersonen.

Literature

Binitie, A. (1982): The Oedipal complex in Nigerians: observations in Benin. In: Nigerian Journal of Clinical Psychology (1) 54—57

Corin, E. (1971): Le père comme modèle de différenciation dans une société clanique matrilinéaire: Yansi, Congo-Kinshasa. In: Psychopathologie Africaine (7) 185—225

Dupire, M., Gertler, D. (1977): L'organisation Oedipienne dans les variantes d'un conte quest Africaine. In: Psychopathologie Africaine (13) 5—46

Freud, S. (1961): Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie (Frankfurt/M.: Fischer)

Freud, S. (1961): Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie (Frankfurt/M.: Fischer)
Freud, S. (1977): Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse (Frankfurt/M.: Fischer)
Freud, S. (1979): Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse (Frankfurt/M.: Fischer)
Ilechukwu, S.T.C. (1987): The Oedipus complex, culture and ritual: a psychotherapeutic case study in the Nigerian setting. In: Transcultural Psychiatric Research Review (24) 202—204
Laplanche, J., Pontalis, J.-B. (1977): Das Vokabular der Psychoanalyse (Frankfurt/M.: Suhrkamp)
Mbosowo, D.E. (1985): The Oedipal complex in Nigerians: observation in Benin (Critical comments. . .). In: Nigerian Journal of Clinical Psychology (4) 65—69
Ortigues, M.C. (1964): Problems of clinical psychology concerning the children of Senegal: methods of resolving the Oedipus complex. In: Transcultural Psychiatric Research Review (1) 134—136
Ortigues, M.C., Ortigues, E. (1966): Oedipe Africaine (Paris: Ploh)
Parin, P., Morgenthaler, F., Parin-Matthey, G. (1963): Die Weißen denken zuviel: Psychoanalytische Untersuchungen bei den Dogon in Westafrika (Frankfurt/M.: Fischer)
— (1971): Fürchte deinen nächsten wie dich selbst: Psychoanalyse und Gesellschaft am Modell der Agni in West-Afrika (Frankfurt/M.: Suhrkamp)
Peltzer, K, (1989): A model of African socialization: authority, group, body-mind-environment. In: *Peltzer, K., Ebigbo, P.O.* (eds.): Textbook of clinical psychology in Africa (Enugu: Chuka)
Prince, R. (1989): The brain-fag syndrome. In: *Peltzer, K., Ebigbo, P.O.* (eds.): Textbook of clinical psychology in Africa (Enugu: Chuka)

Address of the author:

Dr. phil. Karl Peltzer
Psychosoziales Zentrum für ausländische Flüchtlinge
Hinter den Ulmen 15
W-6000 Frankfurt/M. 50

Betrachtungen zu Handlbauer: Die Adler-Freud-Kontroverse**

Rolf Schmidts (München)*

Bernhard Handlbauer ist Psychologie-Historiker. Er ist Psychoanalytiker und Individualpsychologe. Er gehört der Salzburger »Werkstatt für Gesellschafts- und Psychoanalyse« an.

In seinem Buch »Die Adler-Freud-Kontroverse« unternimmt er es, die geistesgeschichtlichen und gesellschaftlichen Aspekte, die wissenschaftsgeschichtlichen und standespolitischen Folgen der sich über fast ein Jahrzehnt — von 1902 bis 1911 — entwickelnden Auseinandersetzung zwischen *Freud* und *Adler* zu entfalten. Die quellenkritisch und methodisch äußerst sorgfältige Arbeit, die sowohl die Protokolle der »Wiener Psychoanalytischen Vereinigung« auswertet, für die Zeit bis 1906 in Ermangelung schriftlicher Zeugnisse der »Mittwochsgesellschaft« die Mitgliederstruktur im Hinblick auf ihre Beziehungen zueinander und in Relation zur Kontroverse analysiert, als auch sämtliche bedeutenden *Freud*- und *Adler*-Biographien hinzuzieht, eine Art Werkkonkordanz der Themenentwicklung und der Veröffentlichungen psychoanalytischer Texte ausbreitet, *Freuds* polemische Schrift »Zur Geschichte der Psychoanalytischen Bewegung« mit anderen Zeugnissen und Stellungnahmen vergleicht, sämtliches sonst zur Verfügung stehende Material zur Geschichte der Auseinandersetzung auswertet und schließlich das sozial völlig differente Patientenklientel beider in Beziehung zu ihren unterschiedlichen Neurosenkonzepten und therapeutischen Folgerungen untersucht, ist ein außerordentlich erfreuliches und trotz der Materialfülle flüssig lesbares Beispiel wissenschaftsgeschichtlicher Analyse, die die persönlichen emotionalen Beziehungen in die Darlegung schlüssig integriert.

Wenn *Leupold Löwenthal* (1981) hinsichtlich der Protokolle der Wiener Psychoanalytischen Vereinigung davon spricht, daß man »nur selten in so authentischer Weise Zeuge der Entwicklung einer Theorie, des dynamischen Geschehens in einer Gruppe und der Darstellung des Selbstverständnisses ihrer Mitglieder werden« könne, so möchte man diese Sentenz auch auf *Bernhard Handlbauers* Arbeit über ein entscheidendes Stück Geschichte der Psychoanalyse beziehen.

Handlbauer konstatiert eine Art »Wendepunkt« der Gruppendynamik der Gruppe um *Freud*, die trotz ihrer sachbezogenen Arbeit bis dahin eine Atmosphäre von Intimität und Kreativität, nicht gänzlich unähnlich derjenigen einer gruppendynamischen Selbsterfahrungsgruppe, pflegte, mit der beginnenden Institutionalisierung der Psychoanalyse auf dem Nürnberger Kongress

* Dr. med., Arzt für Psychiatrie und Neurologie, Psychotherapie, Psychoanalyse, Chefarzt der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige München

** Bernhard Handlbauer (1990): Die Adler-Freud-Kontroverse (Frankfurt a.M.: Fischer Taschenbuch)

von 1910. Das entscheidende Ereignis dieses Kongresses war die Gründung der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung. Die bedeutsamen wissenschaftlichen Veranstaltungen des Kongresses traten hinter dieses Ereignis zurück. *Wittels* sprach damals von einer zunehmenden »Verpapstung«. Die Tendenz einer psychoanalytischen Dogmenformulierung wird in der Folge unübersehbar. Während sich *Freud* erstmalig im Zusammenhang mit seiner Trennung von seinem Freund *Fliess* mit der Paranoia-Frage auseinandergesetzt hatte, schrieb er 1911 an seinen »Psychoanalytischen Bemerkungen über einen autobiographisch beschriebenen Fall von Paranoia (Dementia paranoidis)«. So kam es denn, um Wittels Metaphorik fortzuführen, 1911 zur Exkommunikation *Adlers*, nicht ohne ihn der Paranoia zu zeihen. Die »*Adler*-Bande«, wie *Freud* formulierte, ging. Ihr Versuch, eine »freie psychoanalytische Vereinigung« im Unterschied zur »unfreien« *Freud*schen zu gründen, scheiterte. Man fand in der Folge den Namen »Individualpsychologie« für die neue Bewegung. Diese reagierte freilich ihrerseits später in Konfliktfällen ebenfalls mit Ausschlüssen. Immerhin erlitt *Freud* bei seinen Anhängern 1911 eine Abstimmungsniederlage, da diese zunächst nicht mit ihm der Meinung waren, *Adlers* Lehren widersprächen der Psychoanalyse.

Man fragt sich, bleibt mit diesem gruppendynamischen und wissenschaftsgeschichtlichen Bruch innerhalb der psychoanalytischen Bewegung ein Thema offen, eine wissenschaftliche Frage unerörtert? Wird hier nicht vielmehr eine historische Entwicklung aus politischen sowie dogmatischen Gründen, nämlich der Unverfälschtheit der Lehre *Freuds*, zum Stillstand gebracht und auf Eis gelegt? Außerordentlich interessant erscheint in diesem Zusammenhang der seinerzeit ungehörte Diskussionsbeitrag von *Paul Federn*, der nach *Handlbauer* »in knappster Form eine gemeinsame Basis für *Freud* und *Adler* entwarf, ohne die Unterschiede zu verwischen« und somit eine Integration im geistigen und gruppendynamischen Sinne anbot. Es gehe doch nur darum, »ob man vom unbewußten Verdrängten ausgeht, oder vom Bewußten«. Die ichpsychologischen Desiderate der damaligen Psychoanalyse sah *Freud* selbst. Die Bedeutung des *Adler*schen »Aggressionstriebes«, in dem dieser freilich die *Freud*sche Libidolehre vollständig aufgehen lassen wollte, schien *Federn* unübersehbar. In diese Situation der Auseinandersetzung und des Versuches einer Integration platzte *Steiners* Antrag auf Ausschluß *Adlers*. Ein Jahr später, 1912, ging *Stekel*. 1913 ging *Jung*. 1914 formulierte *Freud* das Geschichtsbild der Psychoanalytischen Bewegung. *Ernest Jones* war es schließlich, der als Historiograph der Psychoanalyse dieses Bild festschrieb, bis es endlich, 1962 in New York und 1976 in Frankfurt/Main, zur Veröffentlichung der Protokolle der Wiener Psychoanalytischen Vereinigung kam. Diese Veröffentlichung hätte, wie *Löwenthal* 1981 gehofft hatte, zu einer »Flut von wissenssoziologischen, wissenschaftsgeschichtlichen und kulturhistorischen Arbeiten« provozieren müssen. Eine wissenschaftliche Reaktion blieb jedoch aus. 65 Jahre war die Auseinandersetzung zu diesem Thema stillgelegt. *Freud* und seine Anhänger behaupteten, *Adlers* Lehre habe nichts mit Psychoanalyse zu tun. *Adler*

hinwiderum behauptete, niemals Schüler *Freuds* gewesen zu sein. Mutet diese Unwahrheit nicht geradezu tragisch an?

Ein gutes Buch regt an. Es fordert Selbstreflektion. Das Bild der eigenen Geschichte, der Geschichte der eigenen Schule, gewinnt neue Perspektiven. Als *Ammon* im Juli 1969 die »Deutsche Gruppenspychotherapeutische Gesellschaft« (DGG) gründete, reagierte die orthodoxe Psychoanalyse, der er ja als Lehranalytiker angehörte, mit der Einleitung eines Anhörungsverfahrens. Erinnert dies nicht an die stereotypen Mechanismen der Macht, die die geistigen Impulse, denen sie sich doch selbst verdankt, zum Stillstand bringt, indem sie ausgrenzt, exkommuniziert, verbannt, wie schon in der Antike? Indem *Ammon* 1969 das »Berliner Lehr- und Forschungsinstitut für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik« aufbaute und die »Deutsche Akademie für Psychoanalyse« ins Leben rief, schuf er neue Tatsachen. Waren so gesehen die Ereignisse von 1911 nicht eine »Verdrängung« im Sinne *Freuds* und, oder eine »Sicherung« in der Sprache *Adlers*, gegen eine sich kreativ evolvierende Gruppe, gegen die sozialen, soziologischen und politischen Implikationen und Entwicklungsperspektiven einer »freien, humanistischen Psychoanalyse«, die fast 60 Jahre später erneut auf die Tagesordnung kamen?

Immerhin wurde das Thema in den 60er Jahren von der Frankfurter Schule der Soziologie, dem »Institut für Sozialforschung« von *Carl Grünberg, Max Horkheimer,* von *Adorno* und *Marcuse* wieder aufgegriffen. Ihre geistige Verbündung mit den sozialpsychologischen und psychohygienischen Forschungen *Heinrich Mengs*, den Arbeiten *Frieda Fromm-Reichmanns*, *Erich Fromms* und *Karl Landauers*, die die geistige Basis des »Frankfurter Psychoanalytischen Instituts« bestimmten, sowie das gewaltsame, vorläufige Ende dieser Arbeit durch die Faschisten 1933, nach 4jähriger Existenz, sind bekannt.

War so gesehen der Neubeginn *Ammons* an der Studentischen Beratungsstelle der »Freien Universität« in Berlin nicht eine reine Kontinuität der 1911 arretierten wissenschaftlichen und therapeutischen Entwicklung? Waren seine wissenschaftlichen und therapeutischen Bemühungen seinerzeit nicht eine wissenschaftliche Weiterführung der durch die Patienten *Adlers* aus dem sozial minderbemittelten 2. Bezirk Wiens gestellten Problematik, die nach *Freud* nicht einmal zu einer anständigen Verdrängung in der Lage waren? Waren so gesehen die Beschäftigung mit dem Symbioseproblem und der »Kindesmißhandlung« 1979 nicht eine über ein Jahrzehnt dauernde notwendige Auseinandersetzung mit einem zentralen menschlichen Problem?

Das als *Freud*ianische Weiterentwicklung gepriesene Narzißmuskonzept der Nachkriegszeit jedenfalls ermangelt der gruppendynamischen Prinzipien, die von *Ammon* bereits in seinen Arbeiten »Herrschaft und Aggression, zur Psychoanalyse der Aggression« 1969 und »Gruppendynamik der Aggression« 1970 entfaltet wurden. 1972 setzt die »Gruppendynamik der Kreativität« das Thema fort. War so gesehen die Zusammenschau von »Identitätsentwicklung, Gruppe, Ich-Struktur und Sozialenergie«, wie sie *Ammon* von 1970 bis 1982, zuletzt in »Das sozialenergetische Prinzip in der Dynamischen Psychiatrie«,

konzeptualisierte, indem er die offen gebliebenen ich-psychologischen Fragen von 1911, die auch *Hartmann, Kris* und *Loewenstein* nicht zu integrieren vermochten, wiederaufgriff und weiterführte, nicht wiederum reine Kontinuität?

Waren daher die großgruppendynamischen Erfahrungen in den Dynamisch-Psychiatrischen Kliniken seit 1975, den gruppendynamischen Klausurtagungen seit 1964, den kontinuierlichen gruppendynamischen Wochenenden der Lehr- und Forschungsinstitute seit 1969 sowie die Forschungen über die geistigen Prozesse und die Gruppendynamik von Kongressen mit ihren Implikationen sozialer, soziologischer, geistesgeschichtlicher und geistespolitischer Natur seit 1969 nicht Voraussetzungen eines Konzeptes, das die unumgängliche Institutionalisierung geistiger Bewegungen und ihre kreative Frische, sowie deren Tendenzen einer permanenten Destruktion des bereits Bestehenden, in einem gemeinsamen Dritten, dem Bild eines »mehrdimensioanlen Menschen« (*Ammon* 1986) aufzuheben und zu dynamisieren trachtete? Biologische, individualpsychologische, psychopathologische, selbst gruppenpsychologische und soziologische, historisch gewachsene Grundannahmen mußten dabei freilich einer ganzheitlicheren Sicht weichen, einer Sicht, die sogar sich selbst für fragwürdig hält, weil sie stets überboten werden kann durch die ihr innewaltende, systemübergreifende Dynamik kreativer gruppendynamischer Prozesse.

Kurzsichtige »Sicherungen« der Macht bzw. »Verdrängungen« unter der Herrschaft der »Kultur«, wie sie *Freud* verstand, tun sehr effektiv, was sie erreichen sollen. Sie arretieren, isolieren, inkriminieren. Sie sichern durch strukturelle Gewalt in Menschen und Zivilisationen ein terroristisches Seinsollen im Dienste der jeweiligen Macht, und, wo dies nicht ausreicht, tun sie es durch offene Gewalt.

In dem rechtlich unbegründbaren und politisch glücklicherweise vergeblichen gewaltsamen Vorgehen gegen die »Dynamisch-Psychiatrische Klinik Menterschwaige, Klinik für stationäre Psychotherapie und Psychosomatik« 1985 wurde offenkundig, wie sehr sich die Macht den Mechanismen des Verschweigens, der Verleugnung, der Verleumdung und Verbannung verdankt, wie vergeblich sie die Spuren geistiger Bewegung zu löschen versucht und wie wirksam sich die Dynamik einmal lebendig gewordener geistiger, gruppendynamischer und psychischer Prozesse entfaltet. Geistige Bewegungen entfalten sich unbeirrbar weiter.

Adresse des Autors:

Dr. med. Rolf Schmidts
Liebigstraße 1
W-8000 München 22

Buchbesprechungen

Stanley Cheren (Hrsg.)
Psychosomatic Medicine. Theory, Physiology and Practice

International University Press Inc., Madison, Connecticut 1989, 2 Bände, 977 Seiten

Das zweibändige Werk ist die zweite Monographie aus der Serie »Stress and Health« des gleichen Verlages und stellt einen umfassenden Überblick über den gegenwärtigen Stand von Theorie und Behandlung auf dem Gebiet der Psychosomatik dar. Die Autoren sind 28 Psychiater, Psychologen und Psychosomatiker, die Mehrzahl aus den USA, mit einigen Beiträgen aus Frankreich, Kanada, der BRD, Chile und Finnland.

Jeder Band wird zwei Themenkreisen gewidmet: Der erste setzt sich mit den aktuellen theoretischen Schulen und Konzepten und mit der Entwicklung der Psychophysiologie auseinander. Schon in seiner Einleitung versucht der Herausgeber, zwischen den Exklusivitätsansprüchen des verhaltenpsychologischen und des psychodynamischen Konzeptes zu vermitteln. Nach Vorstellung der traditionellen psychosomatischen Krankheitsmodelle — des biomedizinischen, des psychologischen und des psychosomatischen — wird eine Integration versucht, indem auf der Ebene der Psychophysiologie Korrelationen hergestellt werden zwischen Hirnaktivität, Immunologie, Endokrinologie, Genetik und soziokulturellen Faktoren. Erreicht wird jedoch lediglich ein Nebeneinander des Wissens auf diesen Gebieten, das aus der Sackgasse der eklektischen »multifaktoriellen Genese« nicht herauszuführen vermag und das die integrative Lösung von den auf der symptomatischen Ebene verharrenden Streß- und life event-Konzepten erwartet.

So münden z.B. Forschungsergebnisse, welche Zusammenhänge zwischen Autoimmunkrankheiten, Linkshändigkeit, Hirnfunktion und intrauterinem Testosteronspiegel feststellen sollten, in den Satz: »Auf diese Weise könnte die Kombination einer niedrigen Ich-Stärke mit einer genetischen Prädisposition zum Ausbruch der Krankheit führen«, ohne für die Erklärung niedriger Ich-Stärke psychodynamische oder gruppendynamische Bezüge heranzuziehen. Wenn auch die Einschränkungen monokausaler Genese in den gängigen Theorien kritisiert werden, erreicht der Kompromiß der Multikausalität keine reale Integration; Ansätze in diese Richtung werden auch durch den Versuch der Ergänzung mit dem Konzept der »erfolgreichen psychobiolgischen Anpassung des Organismus an die Umgebung« und deren soziokulturelle Wirklichkeit nicht weiterentwickelt. Zwar werden psychosomatische Erkrankungen differenzierter betrachtet, »disease« und »illness« werden voneinander getrennt, Begleitsymptome und Emotionen wie Depression, Zwang, Trauer, Aggression usw. werden jedoch phänomenologisch isoliert und nicht konzeptualisiert gesehen. Dem Leser wird die Entwicklung psychophysiologischer Forschung aus der Streßtheorie von Krankheitsentstehung, aus der System-

theorie *von Bertalanffys* und den Dysregulationstheorien ausführlich und mit reicher Fachliteraturdokumentation geschildert.

Interessant sind die Kapitel über einige Auslösemomente psychosomatischer Krankheiten sowie über Träume psychosomatischer Patienten, die z.B. Asthma-Attacken auslösen, wobei bedauerlicherweise die Fallvignetten keine Angaben über Kindheit oder Familiendynamik beinhalten. Hingegen werden Konzepte wie *Sifneos'* Alexithymie und die pensée opératoire der Pariser Psychosomatikschule anhand unterschiedlicher Modelle interpretiert; insbesondere hat die psychodynamische Theorie der Alexithymie das Verdienst, dieses Phänomen als Zeichen einer Defizienz der psychischen Struktur anzusehen, deren Entstehung nach kleinianischem Verständnis auf die mangelnde Introjektion guter Objektrepräsentation aufgrund gestörter früher Mutter-Kind-Beziehung zurückgeführt wird.

Im zweiten Band werden im Zusammenhang mit sechs klassischen psychosomatischen Krankheitsgruppen (gastrointestinale Störungen wie Ulcus duodeni, Colitis ulcerosa und M. Crohn, Erkrankungen des Bindegewebsapparates wie rheumatoide Arthritis, Gicht u.a., Herzerkrankungen wie der Myokardinfarkt, endokrine Störungen wie z.B. Diabetes mellitus oder Schilddrüsendysfunktionen und Fettsucht) die vorgestellten Krankheitskonzepte nochmals ausführlich diskutiert und ihre historische Entwicklung aufgezeichnet. Erstaunlich ist, daß das Forschungsgebiet der Anorexia nervosa ausgeklammert bleibt und dem Problembereich von Tod und Sterben nur eine Seite gewidmet wird.

Der letzte, klinisch-therapeutische Teil des Buches wird mit der Beschreibung der sog. Liaison-Psychiatrie eingeleitet, die Psychiatrie, somatische Medizin und Verhaltenspsychologie miteinander verbinden soll. Die letzten drei Kapitel beschäftigen sich jeweils mit der psychodynamischen Psychotherapie nach *Franz Alexander* unter Berücksichtigung des Patienten-Therapeuten-Kontaktes, mit Selbstregulationsbehandlung mittels Biofeedback-Verfahren und schließlich mit der Zusammenarbeit psychoanalytisch orientierter Psychosomatik und internistischer Medizin anhand eines von *Samir Stephanos* (Psychosomatische Klinik der Universitätsklinik Ulm) überzeugend und empathisch geschilderten Patientenschicksals.

Die Tatsache, daß von insgesamt 925 Inhaltsseiten des Buches sich nur 50 mit der Psychotherapie psychosomatischer Krankheiten befassen, spiegelt ein gewisses Maß therapeutischer Ratlosigkeit wider. Es gelingt zwar das Vorhaben des Herausgebers, zwischen den einzelnen aktuellen Psychosomatikkonzepten eine Brücke zu schlagen und therapeutische Kompromisse zu ermöglichen, nicht aber, eine konzeptuelle Integration von Theorie und Behandlungspraxis der verschiedenen Betrachtungsweisen zu erreichen. Der von *Franz Alexander* eingeleitete Integrationsansatz wird nicht weiterverfolgt, um zu einem einheitlichen und grundlegenden Konzept wie dem *Günter Ammons* zu gelangen, das psychosomatische Krankheit mit anderen psychischen Krankheiten und mit Störungen der Persönlichkeitsstruktur korreliert.

Das Hauptverdienst des Werkes bleibt die ausführliche, historisch und aktuell informierende Bestandsaufnahme gegenwärtiger Psychosomatikforschung und -praxis.

Egon Fabian (München)

Roger Lewinter
Geog Groddeck. Studien zu Leben und Werk

Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main 1990, 93 Seiten

Roger Lewinter ist Dichter und Übersetzer. Durch seine Übersetzungen der Arbeiten *Groddecks* ins Französische hat er diesen in Frankreich wahrscheinlich bekannter gemacht als er in Deutschland ist. Die zahlreichen Vorträge, die er über ihn gehalten und veröffentlicht hat, bilden die Grundlage dieses Buches.

Schon der Untertitel zeigt, daß der Autor keine umfassende Bearbeitung des Lebens und Wirkens *Groddecks* beabsichtigt. Er will vielmehr durch das Studium seiner Schriften dem Leser den Menschen *Groddeck* in seiner gesamten Persönlichkeit nahe bringen.

Neben den psychosomatischen und psychoanalytischen Schriften und dem Briefwechsel mit *Freud* befaßt sich *Lewinter* auch mit den Vorträgen, die *Groddeck* von 1916—1919 wöchentlich seinen Patienten hielt und die Teil seiner Behandlungsmethode waren. Er bezieht auch die literarischen Arbeiten in seine Studien mit ein, die er nicht als Nebenprodukt eines begabten Menschen sieht und die oft übersehen werden, sondern als Teil seines gesamten Lebenswerkes.

Der Autor versucht darzustellen, daß *Groddeck* im Gegensatz zur allgemeinen Ansicht, kein etwas absonderlicher Arzt ist, der in seiner Baden-Badener Praxis psychoanalytisch arbeitete, sondern daß sein Werk durchaus eine gewisse Konzeption als Hintergrund seines Arbeitens erkennen läßt.

Aufgrund dessen sieht er ihn eher in der Tradition der Heilkundigen angesiedelt als in der Reihe der Psychoanalytiker. Das kleine Buch wird meines Erachtens seiner gestellten Aufgabe gerecht und ist dem, der sich für den »Vater der psychosomatischen Medizin« interessiert, zum Lesen empfohlen.

Dorothee Doldinger (München)

Michael Argyle
Bodily Communication

Methuen & Co., London und New York, 2. Auflage 1988, 363 Seiten

Der amerikanische Sozialpsychologe *Michael Argyle* legt in diesem Buch eine Sammlung von Forschungsergebnissen zu non-verbaler Kommunikation vor. Dieses neue Gebiet hat seit 1975, als die erste Auflage des Buches erschien, großes öffentliches Interesse auf sich gezogen. Bereits ein Blick ins Inhaltsver-

zeichnis zeigt, wie umfassend das Buch angelegt ist; die Kapitelüberschriften lauten unter anderem: kulturelle Unterschiede der non-verbalen Kommunikation, Ausdruck von Emotionen, interpersonelle Haltungen, non-verbale Kommunikation und Sprache, Gesichtsausdruck, Blick, Gesten, Berührung und Körperkontakt, Verhalten im Raum. Welche Vielzahl von Studien in ihren Hauptergebnissen referiert wird, macht das umfangreiche Literaturverzeichnis von 37 Seiten deutlich.

Stellvertretend für die anderen Kapitel seien hier einige Aspekte nonverbalen Verhaltens von psychiatrischen Patienten aus dem Kapitel »Persönlichkeit und nonverbale Kommunikation« wiedergegeben: Schizophren reagierende Patienten zeigen im Vergleich zu Nicht-Schizophrenen einen leeren Gesichtsausdruck und mehr Links-Rechts-Asymmetrien im Gesicht. Evtl. könnte letzteres ein Hinweis auf einen höheren Grad an linkshemisphärischer Inhibition sein. Sie vermeiden häufiger den Blickkontakt, brauchen einen größeren persönlichen Raum um sich, ihre Gesten sind stärker auf den eigenen Körper gerichtet, die Stimme ist monotoner, weniger artikuliert und weniger rhythmisch. Zwar weist *Argyle* auf die Anwendung dieser Ergebnsisse in sogenannten »social skills trainings« für psychisch Kranke hin und stellt auch die Frage, ob die bei fast allen psychisch Kranken zu beobachtende Vermeidung von Kontakt ein Ergebnis oder eine Ursache der Erkrankung ist, gibt darauf aber keine Antwort. Seiner Meinung nach trägt das Mißlingen non-verbaler Kommunikation wesentlich dazu bei, die psychische Störung aufrechtzuerhalten. In diesem Zusammenhang fordert *Argyle*, die ganzheitliche Wahrnehmung der Patienten bei Ärzten und speziell bei Psychiatern und Psychotherapeuten zu schulen.

In den Anfangs- und Schlußteilen seines Buches stellt der Autor übergreifend die verschiedenen Arten und Funktionen von non-verbaler Kommunikation dar, beschreibt detailliert Versuchsdesigns und Forschungsmethoden auf diesem Gebiet der Sozialpsychologie und untersucht, wieweit non-verbale Kommunikation eine Art von Sprache darstellt.

Das Buch erscheint zunächst trocken, wird beim Blättern und Lesen zunehmend interessanter, nicht zuletzt der vielen Abbildungen wegen. Insgesamt stellt es den bisherigen Forschungsstand umfassend dar, der über die Grundlagen noch nicht hinausreicht. Ebenso viele neue Fragestellungen drängen sich auf, und es ist zu hoffen, daß non-verbale Aspekte der zwischenmenschlichen Kommunikation auch in thematisch anders gelagerten Studien Beachtung finden, etwa gerade bei psychiatrischen Verlaufsuntersuchungen. Ein übergeordnetes Menschenbild, auf dessen Hintergrund sich die vielen Einzelergebnisse zu einem Gesamtbild ordnen könnten, fehlt. Trotzdem bietet das Buch für Anfänger einen didaktisch gut aufbereiteten Einstieg in das Thema und für Forscher einen komprimierten Überblick über den Forschungsstand.

Sylvelin Römisch (München)

Egon E. Fabian
Der fragmentierte Patient und das Modell einer Medizin für den ganzen Menschen

Helix Verlag, München 1991, 127 Seiten

Daß das bundesdeutsche Gesundheitswesen selbst schwer krank ist, ist eine Binsenweisheit: Trotz Kostendämpfungsgesetz droht der Finanzkollaps, Krankenschwestern etc. fehlen zuhauf, die Ärzte sind unzufrieden und die Patienten beklagen die »Fünf-Minuten-Medizin«. In seinem Buch »Der fragmentierte Patient« erstellt *Fabian* im ersten Teil die genaue Diagnose des Patienten Medizinsystem in Deutschland.

Detailliert schildert er, wie ein Patient selbst bei banalen Erkrankungen wie Appendicitis »im Getriebe einer perfekten Maschinerie« gefangen wird (Kap. 1). Zwar wird er allen eindrucksvollen Methoden der Labor- und Gerätediagnostik unterzogen, die sich verselbständigen und neue Krankheiten zum Vorschein kommen lassen, die wieder neue Untersuchungen erfordern usw., zwar werden häufig andere Fachärzte zugezogen, doch dient das nicht etwa einer von Vertrauen getragenen Zusammenarbeit der Mediziner, sondern vor allem der juristischen Absicherung und erspart »dem anfordernden Arzt die Notwendigkeit, sein Gedächtnis mit gebietsfremdem Wissen zu belasten«. Auch kann die Verantwortung bequem auf die Geräte abgewälzt und damit der Kostenlawine Vorschub geleistet werden. Trotz alledem erlebt der Patient im Krankenhaus wie beim niedergelassenen Arzt, daß niemand wirklich Zeit und Interesse für ihn hat. Das eigentlich notwendige Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient ist zu einer »Konsumbeziehung« verkommen; der Patient wird in unmenschlicher Weise fragmentiert und reduziert auf fachspezifische Symptome. Eine ganzheitliche Behandlung wird unmöglich, weil der Arzt seinen Patienten und dessen Lebensbedingungen gar nicht kennt, keinen Kontakt darüber herstellt und ihn lediglich mit Medikamenten versorgt.

Mit vielen Zahlen und Beispielen untermauert, geißelt *Fabian* die Verkaufsstrategie der Pharma-Industrie und die Überbewertung medikamentöser Therapie durch Ärzte und Patienten. Letztere bleiben auf der Strecke: Aus wirtschaftlichen (Bettenpolitik) oder sozialen Gründen (Abschieben besonders von alten Menschen) müssen sie länger als erforderlich im Krankenhaus bleiben, ebenso aufgrund der strikten Trennung zwischen ambulanter und stationärer Behandlung und der mangelnden Flexibilität, z.B. bei der medikamentösen Einstellung von Diabetes- oder Epilepsie-Kranken.

Kritisch beleuchtet *Fabian* auch den Anspruch der Medizin, eine exakte Naturwissenschaft zu sein. Die Forderung nach empirischen, reproduzierbaren Daten hat dazu geführt, daß jedes Individuum nicht mehr für sich betrachtet, sondern an einer fiktiven »Normalität« gemessen wird. Wie sehr solches Denken in Frage zu stellen ist, liest sich sehr spannend in Kap. 6 (»Als Objekt der Naturwissenschaft Medizin«), wo die Pseudo-Wissenschaftlichkeit und der bewußte oder unbewußte wissenschaftliche Betrug, dessen sich Mediziner aus egoistischen Motiven schuldig machen, gebrandmarkt wird.

Seine Maxime medizinischen Handelns faßt *Fabian* so zusammen: »Ziel der Heilberufe muß sein, nicht *die* Menschen, sondern *den* Menschen zu verstehen versuchen und sich ihm anzunähern, indem man seinen individuellen Besonderheiten gerecht wird. Nur eine derart »wiederentdeckte« Medizin wird der Bezeichnung *Humanmedizin* wieder würdig sein.«

Im zweiten Teil des Buches entwirft der Autor dann sein »Modell der Humanistisch-Integrativen Versorgungseinheit« als Alternative zur bestehenden Gliederung unseres Gesundheitssystems. Dazu formuliert er zunächst seine Vorstellung von Gesundheit als einem dynamischen Prozeß: »Demnach ist jemand gesund, der sich in Richtung der angestrebten, nie vollkommen erreichbaren Harmonie mit sich und seiner Umgebung bewegt und damit der Realisierung seiner menschlichen Potentiale auf körperlicher, geistiger und sozialer Ebene näherkommt; krank ist, wer sich davon entfernt.« Diese Sichtweise impliziert eine Abkehr vom klassischen medizinischen Behandlungsmodell, denn sie beinhaltet die multifaktorielle Bedingtheit jeder Krankheit, mehr Zeit für und genauere Kenntnis des Patienten, um ihm Hilfe in allen menschlichen Existenzbereichen anbieten zu können und hebt die strenge Trennung von Prävention und Behandlung auf.

Als »Humanistisch-Integrative Versorgungseinheit« stellt sich *Fabian* vor, daß etwa acht bis zehn Mitarbeiter ca. 20 Patienten über lange Zeiträume sowohl ambulant wie stationär betreuen und dabei den Patienten auch in seinem häuslichen oder Arbeitsumfeld kennenlernen. Die Einheit hat zwar Behandlungsschwerpunkte (z.B. internistisch), das Team ist aber multidisziplinär zusammengesetzt (z.B. drei Internisten, 1 Neurologe/Psychiater, ein Chirurg, zwei bis drei Schwestern/Pfleger, ein Sozialpädagoge, ein Physiotherapeut oder Beschäftigungstherapeut). Mehrere solcher Einheiten kooperieren, d.h. sie helfen sich gegenseitig aus und nutzen Einrichtungen wie Labor, Röntgen und Verwaltung gemeinsam.

Wichtig dabei ist echte Integration und Flexibilität der Mitarbeiter, wobei auch hierarchische Strukturen aufgelöst werden. Das führt dazu, daß jeder seine persönlichen Begabungen und Interessen in die Arbeit einbringen kann und auch fachfremde Tätigkeiten übernimmt, obwohl die einzelnen Aufgabenbereiche klar beschrieben sind. Voraussetzung dafür ist hohes fachliches Niveau und Vielseitigkeit der Mitarbeiter. Für den Patienten bedeutet das Modell Emanzipation vom allmächtigen Arzt, Übernahme der Mitverantwortung für die eigene Gesundheit und Krankheit und auch von Aufgaben in der Modell-Einheit. D.h. er ist nicht nur Betroffener, sondern arbeitet aktiv mit und ist in seinem ganzen Sein als Mensch gefordert.

Die »Humanistisch-Integrative Versorgungseinheit« ist ein Modell für die Behandlung körperlicher Erkrankungen. *Fabian* selbst hält sie für besonders geeignet für chronisch Kranke (z.B. Diabetiker, Parkinson- und Epilepsie-Kranke). Auf dem Gebiet der Psychiatrie wird die geforderte Integration verschiedener therapeutischer Methoden und enge Zusammenarbeit von unterschiedlichen Fachleuten bereits seit zehn Jahren in der Dynamisch-Psychiatri-

schen Klinik Menterschwaige praktiziert, als deren Oberarzt *Fabian* seit vier Jahren tätig ist. Er verweist denn auch immer wieder auf diese Klinik und auf die Arbeiten ihres Gründers *Günter Ammon.*

Die Finanzierung seines Modells stellt sich *Fabian* unabhängig von den einzeln erbrachten Leistungen über einen Pflegesatz vor. Den weiteren Aufbau einer humanistisch-integrativen Versorgungseinheit läßt er deshalb wohl auch offen, weil es für die somatische Medizin ein derartiges Modell nirgends gibt und man sich die Mehrzahl der heutigen Ärzte nur schwer darin vorstellen könnte.

Das Buch ist leicht lesbar und flüssig geschrieben, spricht einem meistens so richtig aus der Seele und gibt Stoff zum eigenen Weiterdenken. Es ist allen, die sich über unser derzeitiges Gesundheitssystem Gedanken machen, als Lektüre zu empfehlen. Dem Autor und uns ist zu wünschen, daß mit der von ihm vertretenen Experimentierfreude bald die Umsetzung seiner Vorschläge versucht wird.

Sylvelin Römisch (München)

Paul L. Janssen (Hrsg.)
Psychoanalytische Therapie der Borderlinestörungen

Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg 1990, 94 Seiten

Das in der Reihe »Psychotherapie und Psychosomatik« erschienene Buch stellt eine Sammlung von Vorträgen des 1. Dortmunder Symposions für Psychotherapie dar, dessen Thema die Diagnostik und Behandlung von Borderline-Störungen war. Bereits in der Einleitung des Herausgebers wird deutlich, daß trotz intensiver und kompetenter Auseinandersetzung der Autoren mit der Borderline-Problematik kein einheitliches diagnostisches Grundverständnis vorhanden ist. *Janssen* zitiert vier diagnostische Auffassungen zur Borderline-Störung, die jeweils Einzelaspekte des Problems beleuchten oder auf unterschiedlichen Ebenen der Persönlichkeit angreifen, ohne jedoch ein explizites Menschenbild zugrundezulegen:

Die deskriptive Psychiatrie sieht die Borderlinepersönlichkeitsstörung im Unterschied zu anderen Persönlichkeitsstörungen, wie sie das DSM III-System beschreibt. Bei einigen Psychoanalytikern werden als »Borderline-Patienten« solche verstanden, die im Kern eine psychotische Störung aufweisen, aber psychoneurotisch strukturiert sind. In einem weiteren Teil der psychoanalytischen Literatur werden Borderline-Störungen als pseudoneurotische Schizophrenien aufgefaßt, d.h. als schizophrenieähnliche Erkrankungen mit neurotischem Überbau. Die vierte, am weitesten verbreitete Auffassung ist nach *Janssen* die von *Kernberg* geprägte »Borderlinepersönlichkeitsorganisation«. Hier wird »Borderline« als spezifische Persönlichkeitsstruktur aufgefaßt, bei der Defizite in der Ich-Struktur bestehen, nämlich eine mangelnde Integrationsfähigkeit, Identitätsdiffusion und spezielle Abwehrformationen.

In diesem Rahmen der geschilderten vier Ansätze eines Borderlineverständnisses bleiben die Autoren des Buches: *Tölle* als deskriptiver Psychiater widmet sich der Diskusssion der Persönlichkeitsstörungen, die er akribisch differenziert und darstellt. Der Psychoanalytiker *S.O. Hoffmann* geht auf die Zusammenhänge von Charakterpathologie und Borderline-Struktur näher ein und beschreibt nach einem kurzen historischen Abriß der Begriffsentwicklung (zitiert werden u.a. *Reich, Helene Deutsch, Kernberg, Stern, Frosch* etc.) das Borderline-Syndrom. Der Herausgeber *Janssen* selbst diskutiert ausgehend von *Kernbergs* Begrifflichkeit verschiedene aktuelle Theorien zur Borderline-Struktur, wobei er von *M. Klein* und *Winnicott* ausgeht. Seine Schlußfolgerung, daß die Auseinandersetzungen der Psychoanalytiker zu interessanten, sehr unterschiedlichen Borderline-Konzepten und damit zu ebenfalls sehr verschiedenen Behandlungskonzeptionen führen, wird in den folgenden Beiträgen bestätigt. Daß dabei eine einheitliche Persönlichkeitstheorie ebenso fehlt wie eine Vorstellung von Identitätsentwicklung, die gerade bei Borderline-Patienten mit ihrer »Als-Ob-Identität« ein zentrales Moment der Therapie darstellt, erklärt vielleicht die nach der Lektüre der einzelnen, in sich interessanten und aufschlußreichen Beiträge zurückbleibende Ratlosigkeit.

Trotz im weiteren dargelegter guter Ansätze zu einer Borderline-Psychotherapie unter Einbeziehung des Unbewußten, der Bedeutung der Abgrenzungs- und Aggressionsproblematik bei Borderline-Patienten und deren therapeutische Bearbeitung, fehlt auch in der Darstellung der Therapiemethoden die integrative Dimension, wie sie die gruppendynamisch orientierte Behandlungs-Konzeption der Dynamischen Psychiatrie beispielhaft bietet. Lediglich in der letzten Arbeit des Buches von *Lohmer,* in der ein stationärer Behandlungsverlauf eines Borderline-Patienten exemplarisch dargestellt wird, kommt der Autor zur Schlußfolgerung, daß bei der Behandlung von Borderline-Patienten »das gesamte soziale System der Station therapeutische Bedeutung gewinnt«.

Erstaunlich ist die Tatsache, daß in der gesamten, gut zusammengestellten Literatur zum Thema die umfassende Borderline-Konzeption *G. Ammons* überhaupt nicht zitiert wird.

Die eklektisch zusammengestellten Vorträge zum Thema der heute vorwiegend »anerkannten« Borderline-Behandlung, wie sie in diesem Buch dargestellt werden, widerspiegeln in vielen Momenten die Zersplitterung des betroffenen Patienten selber, der gerade Integration und Zentrierung sucht und braucht.

Ulrike Schanné (München)

Steven E. Hyman (Hrsg.)
Manual der psychiatrischen Notfälle

Enke-Verlag, Stuttgart 1988, 363 Seiten

Das Buch, das aus den Erfahrungen der Bereitschaftsdienste entstanden ist, will dem Kliniker helfen, die psychiatrischen Notfälle in verschiedenartigen Situationen zu behandeln, sei es in rein psychiatrischen Kliniken und Notfallabteilungen, sei es in internistischen und chirurgischen Abteilungen von Allgemein-Krankenhäusern. Es werden deshalb nicht nur Krankheitsbilder aus dem traditionellen Bereich der Psychiatrie beschrieben, sondern auch solche, die durch internistische und neurologische Erkrankungen oder durch Drogen- und Medikamentenmißbrauch bedingt sein könnten. Die einzelnen Kapitel sind übersichtlich gegliedert und durch Tabellen ergänzt, so daß es möglich wird, rasch einen Überblick zu gewinnen. Der Schwerpunkt der Darstellung liegt nach einer allgemeinen Einführung mit Hinweisen zum Umgang mit den Patienten und zu deren Erleben auf der Differentialdiagnose und der Notfallbehandlung; Empfehlungen zu einer sich anschließenden längerfristigen Behandlung werden bewußt nicht gemacht. Jedes Kapitel wird durch ausgewählte Literaturangaben abgerundet, welche im Anhang vom Übersetzer der deutschen Ausgabe, *Rainer Mathias Dunkel,* um neuere Literatur aus dem deutschen Sprachraum ergänzt wurden.

Hyman gibt allen Ärzten, die notfallmäßig mit Patienten, die psychiatrische Symptome aufweisen, zu tun haben, ein ausgezeichnetes Nachschlagewerk an die Hand, das seinem Anliegen, alle psychiatrischen Notfälle abzudecken, bestens gerecht wird und uneingeschränkt empfohlen werden kann.

Bernhard Richarz (München)

Manfred Bauer, Hartmut Berger
Kommunale Psychiatrie auf dem Prüfstand

Enke-Verlag, Stuttgart 1988, 154 Seiten

Am Beispiel der Stadt Offenbach beschreiben und analysieren die Autoren ein kommunales Versorgungssystem, das sie als leitende Ärzte entsprechend den Vorschlägen der Psychiatrie-Enquete des Deutschen Bundestages in der Zeit von 1981 bis 1988 mitaufgebaut haben.

Im ersten Teil werden die einzelnen Glieder der sozialpsychiatrischen Versorgungskette, wie sie in Offenbach entstanden ist, aufgezeigt: Angefangen bei der psychiatrischen Abteilung am Allgemeinkrankenhaus über den sozialpsychiatrischen Dienst und unterschiedliche Formen betreuten Wohnens und Arbeitens bis hin zu Laienhilfe und Freizeiteinrichtungen für psychisch Kranke. Im zweiten Teil ist zusammengestellt, wie sich der Prozeß der Kommunalisierung der Psychiatrie in empirischen Daten widerspiegelt, was zusätzlich durch einige

Krankengeschichten veranschaulicht wird. Das Anliegen der Autoren, nämlich nachzuweisen, daß unter bestimmten Bedingungen auf psychiatrische Großkrankenhäuser verzichtet werden kann, wird dadurch eindrucksvoll bestätigt.

Auch wenn *Bauer* und *Berger* dem traditionellen psychiatrischen Krankheitsverständnis von *Kraepelin* und *Bleuler* verhaftet bleiben, zeigt ihre Arbeit einmal mehr, daß der Verlauf psychischer Krankheiten wesentlich von der Art des Umgangs mit den Patienten bestimmt wird. Über die Reform von psychiatrischen Organisationsstrukturen hinaus ist aber auch eine inhaltliche Weiterentwicklung der Psychiatrie zu fordern, welche das einseitig naturwissenschaftliche Krankheitsbild überwindet.

Bernhard Richarz (München)

Horst Wilhelm
Informationshandbuch Psychologie

Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt 1987, 471 Seiten

Für alle wissenschaftlichen Arbeitenden und Interessierten stellt dieser zweite Band der Reihe »Informationshandbücher Geistes- und Sozialwissenschaften« eine wahre Fundgrube dar: Er verzeichnet in einem bücherkundlichen Teil nationale und internationale Informationsquellen zum psychologischen Schrifttum und zu den diagnostischen Methoden (Tests) und nennt vorhandene Einführungswerke, Handbücher, Darstellungen, Fachlexika, Fachenzyklopädien, Bibliographien, Referatenorgane und Fachzeitschriften. Der institutionenkundliche Teil nennt aus dem deutschprachigen Raum Umfang und Art der Bestände und Sondersammelgebiete der psychologischen Fachbibliotheken, öffentlicher und wissenschaftlicher Bibliotheken und Archive einschließlich deren Veröffentlichungen (Arbeits- und Forschungsberichte) mit jeweils genauen Anschriften und Telefonnummern von Informations- und Dokumentationsstellen, Datenbankdiensten sowie Institutionen der Forschung und Lehre. Darüberhinaus werden die einschlägigen wissenschaftlichen Gesellschaften sowie die Berufs- und Fachverbände aus dem europäischen und außereuropäischen Bereich mit ihren Zielen und Aufgaben aufgeführt. Als Bindeglied zwischen den beiden Informationsteilen findet sich ein Verzeichnis der fachorientierten Sammelgebiete und Spezialbestände in den Bibliotheken des deutschsprachigen Raumes — in dieser Ausführlichkeit ein Novum für den Bereich der Psychologie. In der Einleitung werden die wichtigsten Grundlagen des wissenschaftlichen Arbeitens über Bibliographieren, Recherchieren und schließlich Dokumentieren vermittelt. Angesichts der Fülle der auf dem Markt angebotenen Fachliteratur wird dank präziser Untergliederung der Bereiche dem interessierten Leser ein Nachschlagewerk angeboten, was übersichtlich, handlich und leicht zu handhaben ist und voller wertvoller Informationen steckt. Eine geglückte Synthese zwischen Psychologie und Informationswissenschaft.

Gerhard Wolfrum (München)

Nachrichten / News

Fortsetzung der wissenschaftlichen Zusammenarbeit zwischen dem Psychoneurologischen Institut W.M. Bechterew in St. Petersburg und der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP)

Vom 23.—28. November 1991 waren Dipl. Psych. Dr. phil. Ilse Burbiel, Chefpsychologin der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige, sowie Dr. med. Rolf Schmidts, Chefarzt der gleichen Klinik, und seine Frau Gäste des Psychoneurologischen Institutes W.M. Bechterew in St. Petersburg. Die Einladung erfolgte im Rahmen des im Jahre 1990 geschlossenen Vertrages zwischen dem Bechterew-Institut, der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) und der Klinik Menterschwaige über die wissenschaftliche und klinische Zusammenarbeit auf dem Gebiet der Psychosenpsychotherapie. Geplant ist u.a. eine kontrollierte Verlaufsuntersuchung der Behandlung schizophren erkrankter Patienten in der Klinik Menterschwaige und dem Bechterew-Institut mit dem Ziel, die dort praktizierten Therapiemodelle in ihrer Relevanz für spezifische Behandlungsziele miteinander zu vergleichen.

Ziel der wissenschaftlichen Begegnung in St. Petersburg war die weitere Ausarbeitung des Untersuchungsdesigns, wozu u.a. die Spezifizierung der Ziele, der Hypothesen, der Variablen, der Methoden und der Stichprobe der Untersuchung gehört. Unter Leitung von Prof. Dr. med. Modest M. Kabanov, dem Direktor des Bechterew-Forschungsinstitutes, kam es gemeinsam mit den Professoren Shereshewsky, Popov, Tupizin und Wied, dem Projektleiter auf russischer Seite, zu intensiven Diskussionen über die erarbeiteten Ergebnisse und zukünftigen Arbeitsschritte. Vereinbart wurde, daß die Studie zum gegenwärtigen Zeitpunkt der Planung auf dem kommenden 9. Weltkongreß der WADP in Regensburg einer Gruppe von Wissenschaftlern der WADP vorgestellt und zur Mitarbeit eingeladen werden soll. (Arbeitsgruppe Ammon G./Kabanov M: »Verlauf und Wirksamkeit stationärer Psychotherapie schizophren erkrankter Patienten: Theorie und Methodik eines Forschungsprojektes des Psychoneurologischen Forschungsinstituts St. Petersburg und der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige München.«) Geplant wurde außerdem, daß Dr. Tupizin mit seinen beiden psychologischen Mitarbeiterinnen, die an der Adaptation des ISTA an russische Verhältnisse arbeiten, die ersten Untersuchungsergebnisse an einer selektierten russischen Stichprobe auf dem Kongreß vortragen werden.

Die Zusammenarbeit gestaltete sich außerordentlich fruchtbar und wurde getragen von einer offenen und herzlichen Atmosphäre eines gegenseitig sich bereichernden und verstehenden geistigen Austausches, der dazu beitrug, die ohnehin schon gewachsenen freundschaftlichen und kollegialen Beziehungen weiter zu vertiefen. Unvergeßlich an Herzlichkeit und Gastfreundschaft wird den deutschen Gästen der Abend im Hause von Prof. Kabanov und seiner

Frau bleiben, ebenso die Einladung in die Familie von Prof. Popov. Kulturelle Höhepunkte waren eine Stadtbesichtigung von St. Petersburg, der Besuch des Russischen Museums, ein Chorkonzert in der Auferstehungskathedrale des Smolnyjklosters, ein Balettabend im Konservatoriumstheater und zum Abschluß der Reise der Besuch einer inzwischen zu einem kleinen Museum gestalteten alten Poststation auf dem Weg zwischen St. Petersburg und Kiew, in der Puschkin auf seinen Reisen mehrfach übernachtete und die zum Vorbild für seine Novelle »Der Postmeister« wurde. Ein großes feierliches Abschiedsessen mit Prof. Kabanov, seinen Mitarbeitern und führenden Vertretern der sozialpsychiatrischen Versorgung des Bezirkes St. Petersburg beschloß den erfolgreichen Aufenthalt. Zur Fortführung der gemeinsamen Zusammenarbeit erfolgte eine Gegeneinladung an Prof. Wied, nämlich im März für vier Wochen nach München in die Dynamisch-Psychiatrische Klinik Menterschwaige zu kommen, um das Schizophrenie-Projekt weiter vorzubereiten.

83. Gruppendynamische Klausurtagung in Paestum/Süditalien

Im Tagungszentrum der Deutschen Akademie für Psychoanalyse in Paestum/Süditalien trafen sich vom 27. Dezember 1991 bis zum 5. Januar 1992 insgesamt 30 Menschen, darunter drei Kinder, zur 83. gruppendynamischen Klausurtagung unter der Leitung von Dr. med. *Rolf Schmidts.* Sie trafen sich an einem Ort der Begegnung, an dem bereits viele Menschen seit mehr als zwanzig Jahren Bedeutsames für sich erlebt und Zeichen hiervon hinterlassen haben.

Dr. *Schmidts* gab in seiner Eröffnungsansprache im Amphitheater des Casageländes einen kurzen Überblick über die Entwicklung der Casa Ammon, über die Schaffung neuer Lebensräume aus den gewachsenen Bedürfnissen der Menschen heraus und wies auf die bewußte Entscheidung von Dr. *Ammon* für Paestum als einem religiösen und historischen Zentrum der Antike hin.

Die Teilnehmer der Klausurtagung ließen sich schnell auf unbewußte Prozesse in dem sich entwickelnden gruppendynamischen Feld ein, von Anfang an herrschte in den Sitzungen konzentrierte Arbeitsatmosphäre. Fragen des Vertrauens, der Eifersucht, der Paarbildung wurden thematisiert. Die abendlichen Seminare zu Themen wie Identität, Kreativität und Traum vertieften das Verständnis des Gruppengeschehens. Eine bemerkenswerte Rolle spielten die Träume der Teilnehmer — sie wurden weniger individuell interpretiert als vielmehr direkt auf das Gruppengeschehen bezogen. Die Tanzsitzungen erwiesen sich erneut als besonders integrativ und beziehungsstiftend: Vor allem neue Teilnehmer erlebten die bildhaft-direkte Aussage- und Mitteilungskraft des körpersprachlichen Ausdrucks, der das innere Bild vom eigentlichen Wesen eines Menschen vermittelt, so daß neue und differenzierte Beziehungen unter den Menschen entstanden.

Höhepunkte der Tagung waren der traditionelle Großgruppenausflug auf die zu jeder Jahreszeit schöne Insel Capri, die gemeinsame Sylvesterfeier, die Führungen durch das archäologische Tempelgelände sowie das bedeutende archäologische Museum von Paestum und der Besuch des Grabes des Tauchers.

Öffentliche Aufführung der Theatertherapiepruppe »Labyrinth« des Münchner Lehr- und Forschungsinstituts der DAP

Nach zweijähriger intensiver Probenarbeit hat die Theatertherapiegruppe »Labyrinth« ihr neues Theaterstück »Ein Engel kommt nach Babylon« von *Friedrich Dürrenmatt* in zwei öffentlichen Aufführungen vorgestellt; am 07.12.91 in der Aula des Bert-Brecht-Gymnasiums in München-Pasing und am 25.02.92 im Haus der Eigenarbeit (HEI) in München-Haidhausen. Eine öffentliche Aufführung ist für die Theatertherapiegruppe jedes Mal ein bedeutsames Ereignis, denn hier findet der vielschichtige Prozeß der Aneignung und Inszenierung seinen greifbaren und erlebbaren Ausdruck, gleichermaßen für die Spieler und für die Zuschauer.

Die Theatertherapiegruppe »Labyrinth« gibt es seit 10 Jahren unter der Leitung der Psychoanalytikerin *Ingeborg Urspruch* am Münchner Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP). Sie ist eine milieutherapeutische Erweiterung der ambulanten psychoanalytischen Gruppen- und Einzeltherapie im Rahmen der Behandlungskette der Dynamischen Psychiatrie. Die Theatertherapie ist für die Mitglieder der Gruppe ein spielerisch kreativer Weg zur Selbstfindung und es dreht sich in den von der Gruppe selbst gewählten Stücken stets um das Thema der Friedensfähigkeit des Menschen.

Die Gruppe befaßte sich im Laufe der Jahre mit zahlreichen Themen und Variationen des Theaterspielens. Öffentlich aufgeführt wurden »August, August, August« von *Pavel Kohut*, »Lysistrate« von *Aristophanes* und Friedenstheater zu aktuellen politischen Anlässen, wie zuletzt dem Golfkrieg, auf öffentlichen Plätzen in München.

Bei der Ausgestaltung der Rollen, der Kostüme, der Inszenierung des Stückes und der Gestaltung des Bühnenbildes entdecken und entwickeln die Mitglieder der Gruppe ihre kreativen Möglichkeiten, bei der Erarbeitung der Quellen und Inhalte des Theaterstückes neue geistige Dimensionen. Zentrale therapeutische Bedeutung hat für jeden Einzelnen die Rollenfindung. Jedes Gruppenmitglied probiert verschiedene Rollen aus, bis schließlich mit Hilfe der ganzen Gruppe die individuell stimmigste Besetzung gefunden ist. Die Auseinandersetzung mit der Bedeutung der Rolle für den einzelnen Darsteller findet in der begleitenden Gruppen- und Einzeltherapie statt.

Das neue Stück »Ein Engel kommt nach Babylon« von *Friedrich Dürrenmatt* führte die Gruppe insbesondere an ihren milieutherapeutichen Wochen-

enden zur Beschäftigung mit der Geschichte und Kultur des alten Babylon. Vor diesem Hintergrund wurde der Gruppe die zeitlose und gleichzeitig hochaktuelle Bedeutung ihres Theaterstückes deutlich: Es spielt zur Zeit König Nebukadnezars II. Er will den wahrhaft sozialen Staat einführen, der keine Bettler mehr duldet. Babylon unterwirft sich seiner Herrschaft, einzig der Bettler Akki, der ein freies Leben unter einer Euphratbrücke führt, widersetzt sich der Staatsmaschinerie. Ein Engel kommt auf die Erde, begleitet von dem erst vor wenigen Augenblicken erschaffenen Mädchen Kurrubi, das der Himmel den Menschen als Gnade zuteil werden lassen will.



Szene aus dem Theaterstück »Ein Engel kommt nach Babylon von Friedrich Dürrenmatt in der öffentlichen Aufführung der Theatertherapiegruppe »Labyrinth«

In dem Stück wirft *Dürrenmatt* die Frage auf, wie sich ein echter Mensch gegenüber Heuchelei und Macht behauptet. »Mein Engagement gehört der Aufklärung«, sagt *Dürrenmatt* — und: »Der Friede ist das Problem, das wir zu lösen haben, denn der Krieg entsteht aus dem nicht bewältigten Frieden.«

Die öffentliche Theateraufführung bedeutet für die Gruppe, über die Selbstfindung in der Rolle hinaus, auch die Vermittlung der erarbeiteten Botschaft durch das Theaterstück an die Zuschauer. Der einzelne Patient kann sich in diesem Geschehen selbst erleben und sich gleichzeitig als Teil des Gesamtgeschehens von Theaterstück und Theatertherapie begreifen. Es sind zwei weitere Aufführungen geplant; am 14. März 1992 im Kulturzentrum Gasteig in München und am 03. Mai 1992 im Rahmen des 9. Weltkongresses der WADP und DAP auf der Universitätsstudentenbühne in Regensburg.

Ingeborg Urspruch (München)

WPA Regional Symposium in Budapest, August 23—25, 1991: Changing Psychiatry in Changing Societies

It was a privilege for the Hungarian Psychiatric Association to have the right to organize a Regional Symposium of the WPA, the first of such distinguished meetings held in the country. The theme of the Regional Symposium was deliberatedly chosen since change is the main characteristic in this region and besides political and economical changes mental health has also to undergo changes — reforms, development, reorganization — in the countries of Eastern and Middle Europe. Although borders are now open in this region, the Symposium has been nevertheless meant as an occasion of encounter between psychiatrists of East and West.

Unfortunately political events did not favor our endeavor and many colleagues were deterred by global and regional crises to come to Budepest. At the time of preregistration and application for presentations the Gulf war demotivated people from traveling to abroad, later the worsening political situation in Yugoslavia, the neighboring country to Hungary, discouraged visitors to come to this part of Europe, and immediately before the Symposium the coup in Moscow caused concern for many psychiatrists preparing already to leave to Budapest. The only good thing was that the coup failed quickly and thereby the risk to go to a crisis site diminished considerably.

Despite such troubles more than 400 psychiatrists came together from all over the world, from more than 40 countries in Budapest, among them several dozens leading psychiatrist of the former Eastern block countries and cc 100 Hungarians. The range of presentations was extremely rich, more than 300 papers were read, many of them reporting about original research and new ideas. The only problem the organizers hat to face thus was that many famous lecturers might be disappointed by the small number of the audience.

The Symposium was located in a nice high school building where rooms and facilities were adequate for meetings, both for purposes of scientific exchange and for talks between old and new friends. The nearby luxury hotel, Hotel Helia offered accomodation to members of the WPA Executive Commitee and other distinguished guests and was the site of a short but memorable opening ceremony. The President of the Hungarian Republic, *Árpád Göncz,* greeted the participants speaking about the importance of mental health in Hungary and about the high expectations towards psychiatry the new goverenment is raising. *Göncz* has two children and two sons in law who are psychiatrists therefore he has first hand knowledge about our difficult profession. The Symposium was greeted also by the health authorities of Hungary, and after the speeches of WPA President Prof. *Costa e Silva* and the Symposium's President, Prof. *János Füredi* (President of the Hungarian Psychiatric Associations and member of the WPA Executive Committee) the diploma of the Hungarian Psychiatric Association's Honorary Membership was given to Prof. *Costas Stefanis,* former WPA President, as an acknowledgment of not

only of his scientific and professional merits but also of his friendship towards Hungarian psychiatrists which manifested itself in the last ten years. The opening ceremony was follwed by a lively reception, the first of a series of similar events held in different places of the Hungarian capital in the subsequent days. One among them happened on a board of a ship cruising the Danube and offering a magnificent view to monuments of the city.

As always the Symposium was an occasion of meeting of the Executive Committee members of the WPA Lection leaders, of the editors of psychiatric journals and of many other important gremia working under the auspices of the WPA. Shortly before the Symposium the report of a special expert group of the WPA visiting the Soviet Union and surveying the human right situation there — led by Professor *Birley,* the President of the Royal College of Psychiatrists — was submitted and quite naturally this report was discussed in the different boards during the Symposium. As it is known the All Union of Soviet Psychiatrists and Neurologists was readmitted to the WPA in 1989 in Athens on the condition that the WPA will supervise the process and the results of reestablishing human rights in Soviet psychiatry and of ending abuse of psychiatry for political purposes. The expert group found no new cases of abuse, but had many critical observations about the lack of change of the former bureaucratie structures in Soviet psychiatry and about the lack of rehabilitation and recompensation for the victims of former abuse. Psychiatric associations of the Baltic states were admitted to WPA, new Sections were inaugurated, a major new journal of the WPA — World Psychiatry — was introduced and its future course discussed, etc.

The highlights of the Symposium were, of course, the presentations. The stress of the scientific programe was put on the special symposia and the Sections' panels which had special topics to deal with, there were hardly any plenary lectures. Only the closing session was a plenary arrangement, where three lectures discussed implications of change. *Iván Szelényi,* a sociologist working and living now in California, an emigree from Hungary gave an interesting account about the political changes in Central Europe, seen from a global perspective, Ms. *Lieh-Mak* of Hong-Kong surveyed the coping problems emerging concerning social changes and *Béla Buda,* the local programe chairman, probed into the nature and processes of change within psychiatry. 13 Sections of the WPA organized special symposia, some of them needed two sections to be able to give room to all presentations, alcoholism, clinical psychopathology, psychiatric rehabilitation, classification, diagnostic assessment and nomenclature, and conflict management and conflict resolution were the main topics which were discussed in WPA Section symposia, some of them of the topics were elaborated also in thematic free paper sessions. Eating disorders and transcultural psychiatry attracted great interest, but a symposium and a free paper section about suicide and suicide prevention were also well attended, here many Hungarian experts could contribute to the issue with paper, the suicide being a major psychiatric and public health problem in the country

which is increasingly researched and approached by different methods of prevention and treatment. Alzheimer disease, psychopharmacology and forensic psychiatry were also themes which were important from the point of view of the Hungarian participants. There was a special symposium which merits mention, this was organized by *Norman Sartorius*, the director of the Mental Health Division of the WHO about the mental health promotion, with participants from different countries such as Portugal, United Kingdom, Hungary. Here possibilities of a positive approach to mental health were discussed. Schizophrenia was a topic which inspired many papers, in the free paper section about schizophrenia there were many reports from different countries and Professor *Heinz Häfner* (Mannheim, Germany) organized a special symposium under the title »What is schizophrenia«, where brand new research data from the Mannheim Centre were shown to the participants.

In summary, the Regional Symposium was a success from a scientific point of view and a very memorable event concerning colleaguial contacts and communications. For the Hungarian psychiatrists was very important to be able to meet the leaders of the WPA, while, we think, for the WPA it might be encouraging to experience the eagerness and interest of Eastern and Central European experts to participate at the WPA's activities, and there are not too many international events, where — in our troubled world of today — all the neighboring psychiatric associations could be listed among the co-organizers of the meeting. For everybody who knows something about the relationships between these neighboring countries this cooperation will be noteworthy.

Béla Buda (Budapest)

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

Seminar über Theorie und Methodik der Kurzpsychotherapie

Referent: Prof. Dr. Mauricio Knobel (Universität Campinas, Brasilien)
Veranstalter: Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V.
Ort: Münchner Lehr- und Forschungsinstitut der DAP
Zeit: 6. Mai 1992, 19.00—21.00 Uhr: Einführung in die Kurztherapie
8. Mai 1992, 19.00—21.00 Uhr: Darstellung der Konzeption
10. Mai 1992, 10.00—12.00 Uhr: Therapeutische Technik
13.00—15.00 Uhr: Klinische Beispiele
16.00—18.00 Uhr: Diskussion und Abschluß
Information: Münchner Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V., Goethestraße 54, 8000 München 2, Tel.: 089 - 53 96 74 und 53 96 75, Telefax: 089 - 5 32 88 87

20. Internationales Balint-Treffen

Veranstalter: Karl-Franzens-Universität Graz u.a.
Thema: Erkranktes Leben, kranker Leib
Ort: Graz, Österreich
Zeit: 9.—12. April 1992
Information: Prof. Dr. Walter Pieringer, Universitätsklinikum Graz

Rencontres Internationales de Ascona / Ascona-Gespräche 1992 — Monte Verità

Veranstalter: Balint Dokumentationszentrum
Thema: Die Beziehung zum depressiven Patienten in der Therapie
Ort: Ascona, Schweiz
Zeit: 25. April 1992
Information: Balint Dokumentationszentrum, CH-6612 Ascona
Anmeldeschluß: 31. März 1992

4. Deutsche Tagung für Poesietherapie und Bibliotherapie

Veranstalter: Fritz Perls Institut (FPI), Düsseldorf; Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit (EAG), Hückeswagen; Deutsche Gesellschaft für Poesie- und Bibliotherapie e.V. (DGPB), Düsseldorf
Thema: Macht und Sprache
Ort: Hückeswagen-Beversee
Zeit: 1.—3. Mai 1992
Information und Anmeldung: Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit (EAG), Wefelsen 5, 5609 Hückeswagen, Tel. 0 21 92 - 85 80

145th Annual Meeting of the American Psychiatric Association, Washington D.C. 1992
Organizer: American Psychiatric Association
Theme: Humane Values and Biosocial Integration
Place: Washington D.C.
Time: May 2—7, 1992
Information: Office of International Affairs of the APA,
1400 K Street, N.W. Washington D.C. 20005, Tel. 202 - 682 - 6286

Tagung der Frauen-AG der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.
Veranstalter: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.
Thema: Lust an Macht und Geld und Sexualität
Ort: Geseke
Zeit: 8.—10. Mai 1992
Information: DGVT-Geschäftsstelle, Postfach 1343, 7400 Tübingen
Anmeldeschluß: 15. März 1992

24. Verhaltenstherapiewoche in Kiel 1992
Veranstalter: IFT Institut für Therapieforschung, München, in Zusammenarbeit mit den Abteilungen Medizinische und Klinische Psychologie der Universität Kiel
Ort: Kiel
Zeit: 8.—12. Mai 1992
Information: IFT Institut für Therapieforschung, Verhaltenstherapiewoche, Parzivalstraße 25, 8000 München 40, Tel.: 089 - 36 08 04 - 22

1er Colloque International »Pour une Psychiatrie Humanitaire — Santé mentale, sociétés et culture«, Bucarest
Organizer: Médecins du Monde and Romanian Mental Health League
Place: Bucarest
Time: May 20—22, 1992
Information: Françoise Lucchesi, Médecins du Monde, B.P. 7189,
30914 Nimes Cedex, France, Tel.: (33) 66383514, Telefax (33) 66575511

84. Gruppendynamische Klausurtagung der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V. in Paestum, Pfingsten 1992
Veranstalter: Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V.
Gesamtleitung: Dr. med. Günter Ammon
Ort: Tagungszentrum der DAP in Paestum (bei Salerno/Süditalien)
Zeit: 2.—12. Juni 1992
Information/Anmeldung: Lehr- und Forschungsinstitute der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V., LFI Berlin, Wielandstraße 27—28,
1000 Berlin 15, Tel.: 030 - 8818059 und 8818050, Telefax 030 - 8854759;
LFI München, Goethestraße 54, 8000 München 2, Tel.: 089 - 539674, Telefax: 089 - 5328837

International Conference on the Use of Stories and Metaphors as Tools in Communication, Budapest 1992
Place: Budapest
Time: July 16—19, 1992
Information: Béla Buda, 1515 Budapest 114, PF 39, Hungary

85. Gruppendynamische Klausurtagung der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V. in Paestum, Sommer 1992
Veranstalter: Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V.
Gesamtleitung: Dr. med. Günter Ammon
Ort: Tagungszentrum der DAP in Paestum (bei Salerno/Süditalien)
Zeit: 21.—31. August 1992
Information/Anmeldung: Lehr- und Forschungsinstitute der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V., LFI Berlin, Wielandstraße 27—28, 1000 Berlin 15, Tel.: 030 - 8818059 und 8818050, Telefax 030 - 8854759; LFI München, Goethestraße 54, 8000 München 2, Tel.: 089 - 539674, Telefax: 089 - 5328837

1. Internationaler Kongreß »Welten des Bewußtseins«, Göttingen
Veranstalter: Europäisches Collegium für Bewußtseinsstudien (ECBS)
Ort: Göttingen
Zeit: 24.—27. September 1992
Information: ECBS, Jüdenstraße 33, 3400 Göttingen; Tel.: 05 51 - 48 44 63

15. Donausymposium für Psychiatrie, Regensburg
Veranstalter: Kuratorium des Donausymposiums für Psychiatrie, in Zusammenarbeit mit dem Kollegium für Ärtzliche Fortbildung Regensburg
Ort: Regensburg
Zeit: 7.—10. Oktober 1992
Information: Prof. Dr. E. Lungershausen, Psychiatrische Klinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Schwabachanlage 6—10, 8520 Erlangen, Tel.: 09131 - 854160 und 854264, Telefax: 09131 - 854436

Arbeitstagung der Internationalen Gesellschaft für Tiefenpsychologie e.V., Stuttgart
Veranstalter: Internationale Gesellschaft für Tiefenpsychologie e.V.
Thema: Pflanze — Tier — Mensch — Eingebundensein und Verantwortung
Ort: Lindau am Bodensee
Zeit: 25.—29. Oktober 1992
Information: Geschäftsstelle der Internationalen Gesellschaft für Tiefenpsychologie e.V., Postfach 1147, 7310 Plochingen, Tel.: 07153 - 21062

International Conference on the Use of Stories and Metaphors as Tools in Communication, Budapest 1992

Place: Budapest
Time: July 16—19, 1992
Information: Béla Buda, 1515 Budapest 114, PF 39, Hungary

Im nächsten Heft erscheint . . .

Günter Ammon / Ilse Burbiel (Berlin/München)
Theorie und Methodik klinischer Psychotherapie

A. Shereshewsky (St. Petersburg)
Die Entstehung der transkulturellen Aspekte der Sozialpsychiatrie in Rußland

Jai Sinha (Patna)
The Inner Transformation of the Hindu Identity

Edward Dehné (Carson City)
Population Dynamics and Security

Marius Erdreich (Haifa)
Sectorial Automatism: A New Approach to Behavioral and Psychosomatic Medicine

Béla Buda (Budapest)
Anxiety: A Critical Examination of the Concept from the Point of View of the Clinician

Rolf Schmidts (München)
Die integrative Funktion der Großgruppe in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige

Gabriele von Bülow (Berlin)
Die Bedeutung der Sprache in der nonverbalen Therapie

Mauricio Knobel (Campinas)
Drug Addiction as a Psychotic Entity in Adolescence: Its Treatment

Chandra B.P. Singh (Bhagalpur)
Coping with Marital Strain

— Änderungen vorbehalten / Changes reserved —

Impressum

Verlag, Sitz und Geschäftsstelle/Publishing House, seat and office:
»Pinel« Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie GmbH München, Goethestraße 54, W-8000 München 2, Tel. (0 89) 53 96 74.
Verlagsleitung und Hauptgeschäftsstelle/Head Office
Wielandstraße 27/28, W-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, W-1000 Berlin 15 (20%)
Geschäftsführer des Verlages: Dipl. Ing. Werner Schütz, Wielandstr. 27/28, W-1000 Berlin 15.
Druck: Alfa-Druck GmbH, Buch- und Offsetdruckerei, Levinstraße 9a, W-3400 Göttingen.
Herausgeber/Editor: Dr. med. Günter Ammon, Meierottostraße 1, W-1000 Berlin 15 (verantwortlich für den wissenschaftlichen Teil).
Buchbesprechungen/Book reviews: Dr. med. (Univ. Tel Aviv) Egon Fabian, Asamstraße 18, W-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, W-8000 München 40; Rechtsanwalt Thomas Hessel, Justitiar und Schatzmeister im Executive Council der World Association for Dynamic Psychiatry WADP, Arcisstraße 59, W-8000 München 40.
Anzeigen/Advertising Manager: Petra Hieber, Schwindstraße 1, W-8000 München 40 (verantwortlich).
Abonnentenabteilung/Subscription management: Dipl. Ing. Werner Schütz, Wielandstraße 27/28, W-1000 Berlin 15.
Manuskripte nehmen entgegen/manuscripts should be sent to:
Hauptschriftleitung Dr. med. Günter Ammon, Wielandstr. 27/28, W-1000 Berlin 15.
Anschrift der Redaktion/Address of the editorial staff:
Wielandstraße 27/28, W-1000 Berlin 15

Weitere Mitglieder der Redaktion/Members of the editorial staff:
Dipl. Psych. Maria Berger, Dr. phil. Ilse Burbiel, Dipl. Psych. Gabriele von Bülow, Dr. med. Dorothee Doldinger, Dr. med. (Univ. Tel Aviv) Egon Fabian, Dipl. Psych. Daniel Hermelink, Dr. phil. Gertraud Reitz, Dr. med. Bernhard Richarz, Dipl. Psych. Sylvelin Römisch, Dr. med. Ulrike Schanné, Dr. med. Rolf Schmidts, Dipl. Psych. Margit Schmolke, 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 Beleghefte.

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, Mitarbeiter der Psychoanalytischen Kindergärten gegen Nachweis nur in Deutschland DM 75,— (zzgl. Porto). Studenten DM 48,— (zzgl. Porto). Einzelheft DM 18,—. Das Abonnement verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn es nicht vier Wochen vor Ablauf des Bezugsjahres gekündigt wird. Zahlung des Jahresabonnements bis zum 1.4. d.J. auf das folgende Konto: Commerzbank München (BLZ 700 400 41), Kto.-Nr. 225 295 500.

The author's opinion does not necessarily reflect the opinions of the editorial staff. Manuscripts (three copies), each limited to 20 double-spaced typed pages, will be accepted in all languages. All manuscripts must have a summary in either German or English (minimum two double-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 Commerzbank München (BLZ 700 400 41), Kto.-Nr. 225 295 500.

Experimentalpsychologie heute

100 Jahre Zeitschrift für Psychologie

Herausgegeben von M. Zeißler, Berlin
(Zeitschrift für Psychologie, Supplement 11)

1991., ca. 500 S., 166 Abb.,
Broschur 98,- DM

Hundert Jahre Zeitschrift für Psychologie, das ist 100 Jahre Bemühen um Erkenntnisfortschritt. Und eben dies dokumentiert der vorliegende Jubiläumsband für die Gegenwart. Kompetente Wissenschaftler thematisieren ein breites Forschungsspektrum mit ihren neuesten Arbeiten über Wissensrepräsentation und -nutzung, über Sprach- und Textverstehen, Lernen, Wahrnehmen und Handeln, Problemlösen und Steuerung komplexer Probleme; eingeschlossen sind diagnostische und psychophysiologische Forschungen. Dem Anlaß des Symposiums entsprechend, ist Raum gegeben dem historischen und problemgeschichtlichen Rückblick.

Aus dem Inhalt: D. Dörner (Berlin): Strategisches Denken und Streß • **W. Prinz** (München): Über Wahrnehmung und Bewegung • **Th. Herrmann** (Mannheim): Ein dualer Rechts-Links-Effekt • **M. Denis** (Paris): Cognitive approaches to the processing of descriptions • **F. W. Hesse** (Göttingen): Ist der Einfluß positiver Stimmung auf die kognitive Verarbeitung auf stimmungsbezogene Inhalte beschränkt? • **P. Petzold** (Jena): Zur Struktur des Personengedächtnisses • **W. Schnotz** (Tübingen): Symbolische und analoge Repräsentationen beim Verstehen • **R. Näätänen** (Helsinki): Mismatch negativity and the trace of sensory memory • **K.-D. Hänsgen** (Berlin): Diagnostische Parameter zur Erfassung von Aufmerksamkeitsstörungen • u.a.

Bestellcoupon

bitte senden an:

..... **Zeißler, Experimentalpsychologie heute 98,- DM**

Name, Vorname

Straße

PLZ Ort

Unterschrift Datum

JOHANN AMBROSIUS BARTH

LEIPZIG · HEIDELBERG

Salomonstr. 18 b · O-7010 Leipzig

ASCHENDORFF
VERLAG

Aus unserer Reihe: Arbeiten zur sozialwissenschaftlichen Psychologie

Klinische Psychologie

Marc Barthels
Subjektive Theorien über Alkoholismus

Der Autor plädiert in diesem Band für eine kognitiv-epistemologische Sichtweise der Alkoholismus-Problematik, in der der Abhängige als reflexives, intentionales und handlungsfähiges Subjekt gesehen wird. Mit dieser neuen Sichtweise ergeben sich Ansatzpunkte für die Überwindung der stagnierenden Forschungs- und Anwendungssituation in der Alkohologie. 283 Seiten, kart. 58,– DM. ISBN 3-402-04592-3.

Franz Breuer
Analyse beraterisch-therapeutischer Tätigkeit

Auf dem Hintergrund psychologischer Handlungstheorien werden gegenstandsangepaßte Verfahren der Erforschung individueller Handlungssysteme entwickelt, die über das konventionelle Standardrepertoire psychologischer Methodik hinausgehen. Es wird gezeigt, welche Untersuchungs- und Auswertungsmöglichkeiten sich im Rahmen dieses methodischen Ansatzes ergeben. Schwerpunkte der Darstellung sind die Analyse von Berufs-Biografien psychologischer Berater und Therapeuten, von psychologischen Behandlungsgesprächen sowie von kognitiv-emotionalen Handlungsanteilen, die solche Gespräche steuern und begleiten. 262 Seiten, kart. 49,90 DM. ISBN 3-402-04591-5.

Annette Kämmerer
Die therapeutische Strategie „Problemlösen"

Dieses Buch informiert nicht nur über die allgemein- und denkpsychologischen Fundierungen des therapeutischen Problemlöse-Konzepts, sondern auch über dessen praktische Anwendung in der Therapie von Erwachsenen. Aufbauend auf einer Analyse zentraler Wirksamkeitsannahmen des Problemlösens und Überlegungen zu dessen adäquater Indikation wird ein Problemlöse-Training in Gruppen entwickelt und empirisch auf seine Effekte und seinen Nutzen überprüft. 338 Seiten, kart. 39,– DM. ISBN 3-402-04293-2.

Die Werke sind in unserer Reihe „Arbeiten zur sozialwissenschaftlichen Psychologie" erschienen. Hrsg. von Norbert Groeben, Ursula Piontkowski, Manfred Sader. Prospekt auf Wunsch vom Verlag Aschendorff Münster. Bezug der Bücher durch jede Buchhandlung.

Luchterhand
Verlag

Sichern Sie sich die neuesten Erkenntnisse aus dem Bereich der Sozialwissenschaften

neue praxis

Erscheinungsweise:
2monatlich
Jahresabonnement: DM 96,–
Studentenabonnement:
DM 66,–
Einzelheft: DM 24,–

6 × »neue praxis« im Jahr –
6 × Neueste Erkenntnisse aus zentralen Bereichen der Sozialarbeit/Sozialpädagogik und Sozialpolitik:

● Fünf bis sechs wissenschaftlich orientierte Beiträge und fundierte Praxisberichte aus dem gesamten Spektrum der Sozialwissenschaften in jeder Ausgabe.

● Der »neue praxis«-Essay: Renommierte Wissenschaftler/innen und erfahrene Praktiker/innen behandeln kontroverse Themen in knapper, feuilletonistischer Form.

● Die Kurzdiskussion: Fachleute nehmen Stellung zu aktuellen Fragen.

● Forschungsnotizen: Berichte über laufende Projekte und Forschungsvorhaben.

● Tagungsberichte: Informationen über fachbezogene, nationale und internationale Diskussionen.

● »neue praxis« aktuell (npa): Trends · Kommentare · Dokumentation · Information.

● Abstracts – Résumé
Für englische und französische Leser die Zusammenfassung der Beiträge in ihrer Sprache.

Fordern Sie ein kostenloses Probeheft an!

VERLAGS
GRUPPE LUCHTERHAND
Postfach 2352
5450 Neuwied

51191

Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V.
Goethestraße 54, 8000 München 2



84. Gruppen-dynamische Klausurtagung
im Tagungszentrum der DAP
in Paestum (bei Salerno/Süditalien)
mit
Selbsterfahrung
Vorträgen
Humanstrukturellem
Tanz
Tempelführung
Ausflug nach Capri

2. bis 12. Juni 1992

Gesamtleitung: Dr. med. Günter Ammon

Auskunft und Anmeldung:
Lehr- und Forschungsinstitute der
Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V.
Wielandstraße 27/28, 1000 Berlin 15, Telefon (0 30) 881 80 59 / 881 80 50
Goethestraße 54, 8000 München 2, Telefon (0 89) 53 96 74 - 75